

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES
PORTADORES DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS REHOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA ADULTO HCRV DURANTE EL AÑO 2001.

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciado en
Enfermería.

KARINA ANDREA ESPARZA GALLARDO
VALDIVIA – CHILE
2003

Profesor Patrocinante:

Nombre : Gema Santander M.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Salud Pública, Mención en Epidemiología.

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

1) - Nombre : Cecilia Rozas G.
- Profesión : Enfermera
- Grados : Magíster en Educación, Mención Tecnología Educativa.

- Instituto : Enfermería
- Facultad : Medicina

- Firma :

2) - Nombre : Maria Julia Calvo J.
- Profesión : Enfermera
- Grados : Magíster en Bioética, Magíster en Filosofía.

- Instituto : Enfermería
- Facultad : Medicina

- Firma :

1.- TÍTULO

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS REHOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA ADULTO HCRV DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2001 A ENERO 2002.

2.- INDICE

1.-TITULO	1
2.-INDICE	2
3.-RESUMEN	3
4.-SUMMARY	4
5.-INTRODUCCIÓN	5
6.-MARCO TEÓRICO	6
7.-OBJETIVOS	14
8.-MATERIAL Y MÉTODO	15
9.-RESULTADOS	18
10.-DISCUSIÓN	31
11.-CONCLUSIONES	37
12.-BIBLIOGRAFÍA	38
13.-ANEXOS	41

3.- RESUMEN

El aumento de enfermedades crónicas, degenerativas y con un alto potencial invalidante ha modificado el factor epidemiológico a nivel nacional, como repercusión directa a cambios a nivel mundial, dejando al descubierto las falencias de la visión curativa de la medicina. En Chile han aumentado las expectativas de vida y cada vez existe un mayor número de población adulto mayor lo que genera altos índices de rehospitalizaciones: la cuantificación de la tasa de rehospitalización y los factores que la determinan constituye hoy la herramienta utilizada para determinar factores susceptibles de modificar, disminuyendo la tasa de rehospitalización y mejorando la eficiencia de la gestión hospitalaria.

La presente investigación descriptiva retrospectiva, planteó determinar el perfil sociodemográfico de pacientes crónicos rehospitalizados en un periodo menor de 31 días después del alta, en el Servicio de Medicina Adulto H.C.R.V. entre el periodo de Enero 2001-Enero 2002. La población total está conformada por 1711 pacientes que generaron 2333 atenciones, de los cuales 162 pacientes cumplen con los criterios de reingreso constituyendo la población en estudio. Se compararon los promedios de edad, días cama y las frecuencias de sexo, previsión, procedencia y diagnósticos médicos prevalentes entre la población total y los pacientes rehospitalizados. Los resultados obtenidos indican que los pacientes rehospitalizados tienen un promedio de edad de 60,6 años, utilizan preferentemente el sistema previsional Fonasa tipo A y B, provienen en un 78% de Valdivia, ocupan un promedio de 7,58 días cama, y los diagnósticos médicos de mayor prevalencia corresponden a Angina Inestable, Infarto Agudo al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Renal Crónica y Hemorragia Gastrointestinal. Al calcular los costos de los días cama ocupados por pacientes rehospitalizados, se obtiene que el 10% de estos pacientes utiliza el 18% del presupuesto de la población total.

Se concluye que la tasa de pacientes rehospitalizados en este estudio se sitúa en 9.5 % y que los factores dependientes del paciente como el sexo, edad, previsión y días cama no tienen incidencia directa en la tasa de rehospitalización. Sin embargo el diagnóstico médico y la residencia del paciente son relevantes al momento de determinar las tasas de rehospitalización.

4.-SUMMARY

The epidemiological national level factor have been modified by the increase of chronic degenerative diseases with a high invalidate potential as direct repercussion to worldwide changes, leaving overdraft the medicine curative vision failings. In Chile, life expectations have increased and there is a higher number of major adult population which generates high indexes of readmission, the rate quantification of readmission and the factors that determine it, is the tool used to find sensible modified factors, lowering the rate of readmission and improving the efficiency of hospitals management.

The present descriptive retrospective research have the aim to determine the social - demographics profile of re-hospitalized chronic patients within a 31 days period after leaving the hospital, in the H.C.R.V Service of Adult Medicine, between January 2001- January 2002.. The total population of 1.711 patient that generated 2.333 attentions, which 162 patients fulfill the reentry criteria that constituted the population in study. Average age, days in hospital, gender frequencies, medical benefit system, origin and more common medical diagnoses were compared among the total population and re-hospitalized patients.

The results indicate that re-hospitalized patients have an average age of 60,6 years old, uses preferably the medical benefit system type A and B, 78% come from Valdivia, occupy an average of 7,58 days in bed, and the medical diagnoses of major prevalence correspond to unstable angina, heart disease to the myocardium, cardiac insufficiency, pneumonia, chronic pulmonary obstructive disease, major renal insufficiency, chronic renal insufficiency and gastrointestinal hemorrhage. When calculate the hospitalization days costs occupied by re-hospitalized patient, we get that 10 % of these patient uses 18 % of the total population budget.

We conclude in this study that re-hospitalized patients rate is around 9,5 % and that dependent factors of the patient as of gender, age, medical benefit system and days in bed do not have direct effect in the readmission rate, nevertheless the medical diagnosis and the patient residence are relevant when determine the readmission rates.

5.- INTRODUCCIÓN

En el transcurso de nuestra vida nos vemos sometidos constantemente al continuo salud-enfermedad, que dada la conjunción de numerosos factores tanto internos como externos tiende a polarizarse u oscilar entre ambos extremos; es así como en el desarrollo de una enfermedad se puede desencadenar la etapa aguda, o bien la fase subclínica, la cual necesariamente debe ser tratada con cuidados profesionales para lograr la total o parcial remisión de ésta, siendo la hospitalización uno de los recursos de atención que puede contribuir a reestablecer el equilibrio del continuo.

El sistema hospitalario chileno está encargado de absorber esta necesidad de la población, cumplir con las expectativas de calidad de atención y poder de resolución de los problemas de salud; esto contrasta con una realidad en que la calidad es percibida como de alto costo y genera gran demanda laboral, en tanto la resolutivez es alcanzada solo en niveles de alta complejidad que requieren mayor especialización y por tanto mayor inversión en recursos.

La modificación del factor epidemiológico durante los últimos años, a nivel de países desarrollados como también a nivel nacional, ha presentado una disminución de las enfermedades infecciosas transmisibles, ha dado paso al aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas, enfermedades oncohematológicas, muertes y secuelas por accidentes de tránsito en una población que crece envejeciendo.

Estas enfermedades tienen un alto potencial invalidante que ha dejado al descubierto las falencias de la visión curativa de la medicina, puesto que la característica más trascendental de estas patologías radica en que se pueden prevenir y la necesidad de un enfoque preventivo a nivel individual como familiar con énfasis en el autocuidado se hace imprescindible (LEIGHTON, 2002).

Actualmente las rehospitalizaciones son una realidad en el medio hospitalario chileno, involucrando principalmente a pacientes crónicos descompensados ya sea, por una consecuencia del avance de la enfermedad como por factores ambientales, falta de adherencia al tratamiento, negación a la existencia de la enfermedad o desconocimiento de los riesgos y medidas protectoras. En resumen, déficit de autocuidado, que les imposibilita mantener por sí mismos el equilibrio dentro del continuo salud- enfermedad, requiriendo de constantes intervenciones del equipo de salud en niveles terciarios de atención, asumiendo un alto costo que, eventualmente puede evitarse con una adecuada intervención precoz (ESPARZA Y FIERRO, 2002).

6.- MARCO TEÓRICO

Los conceptos de readmisión y reingreso son utilizados internacionalmente en publicaciones científicas relacionadas con el ámbito de salud, en Chile se maneja el concepto de rehospitalización.

La definición de paciente rehospitalizado, varía según estudios y autores, pues no todos ocupan los mismos factores de exclusión (GARCIA y COL, 1998; INSALUD. 2000)

De acuerdo con Indicadores de salud en España (INSALUD, 2000) las diferentes definiciones del indicador rehospitalización, hacen muy difícil comparar los resultados obtenidos ya que no existe un criterio estándar.

De acuerdo con INSALUD (2000) la rehospitalización es cualquier ingreso hospitalario precedido en el tiempo por un alta, sin embargo se establecen ciertas condiciones al momento de operacionalizar el concepto. Es así como el límite temporal se ha considerado de manera distinta según los autores que se tomen de referencia.

Para GARCIA y COL, (1998); el plazo debe ser menor a 30 días después de ser dado de alta, coincidiendo con BARBA y COL. (2000) y extendiéndose a 31 días según MEDRANO, (1998).

Sin embargo para GÓMEZ y COL. (1998) se debe considerar el periodo de un año, paralelo a lo anterior MARTÍNEZ y ARANAZ, (2002) plantean que se debe incluir cualquier episodio de hospitalización que se produce en un periodo determinado de tiempo, tras uno previo que correspondería al ingreso índice.

Dada la ambigüedad al momento de definir un rango de tiempo INSALUD (2000), considera muy interesante la posibilidad de mostrar las rehospitalizaciones producidas en distintos rangos de tiempo.

Otra condicionante para la rehospitalización según INSALUD (2000) es que se haya producido por una causa similar, signo y/o síntoma clínico o bien, consecuencia directa del diagnóstico principal del ingreso índice (primer ingreso) coincidiendo con lo planteado por GARCIA y COL, (1998); GÓMEZ y COL. (1998)

Sin embargo JIMÉNEZ y COL. (2002) sostienen que el diagnóstico principal debe ser diferente al del ingreso previo para detectar situaciones que son potencialmente evitables.

INSALUD (2000) hace referencia a otra variable, ya que utiliza como criterio de rehospitalización solo los ingresos urgentes, eliminando los ingresos programados como por ejemplo, la administración de quimioterapia; contrastando con lo aplicado por BARBA y COL. (2000); GARCIA y COL, (1998) quienes no hacen diferencia entre ambos tipos de ingreso.

Continuando con los criterios de INSALUD (2000), otro aspecto a considerar es que los pacientes más graves pueden causar más rehospitalizaciones en periodos cortos sin embargo, este mismo grupo al ser estudiado en un año, reduce el número de readmisiones debido a una mayor mortalidad. Por lo que pacientes fallecidos deben ser eliminados, ya que no son susceptibles de volver a ingresar, coincidiendo con lo expresado por GARCIA y COL, (1998); CRUZ y COL. (2001) de la misma forma, descartan a pacientes con traslados a otros centros hospitalarios y aquellos que potencialmente puedan ingresar a otro centro asistencial, aclarando que estos dos últimos indicadores tienen poca utilidad en la práctica por el escaso porcentaje que pueden llegar a presentar.

Respecto a la definición de Paciente Crónico GÓMEZ y COL. (1998), postulan que sería aquel, que independiente de la enfermedad de base, se encuentra en un estado sintomático continuo y ha agotado las posibilidades del proceso diagnóstico y terapéutico.

TIMMS y COL. (2002) describen que la mayoría de los pacientes adultos mayores tienen al menos una condición crónica asociada y a medida que aumenta la edad, existe una sumatoria de condiciones crónicas, asociado a tratamientos prolongados en el tiempo y de alto costo institucional.

Las enfermedades crónicas y sus progresivas secuelas, como Arteriosclerosis, Demencia Senil, Cáncer, Daño Renal, alteraciones cardiacas y alteraciones metabólicas como la Diabetes Mellitus, son las principales causas de muerte en Chile y en los países desarrollados. La expectativa de vida de la población mundial aumenta constantemente, por lo que las enfermedades crónicas son el desafío de la medicina actual. (LEIGHTON, 2002).

Paralelo a esto, existen algunos factores de riesgo que incidirían directa o indirectamente en las rehospitalizaciones (NUIN y COL. 2002), plantean que las tasas de rehospitalización presentan una importante variabilidad, que se encuentra influenciada por factores dependientes del paciente, de la enfermedad y del ambiente.

Respecto a las características del paciente, ANTIÑOLO y COL. (2002), incluyen variables demográficas tales como: edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, previsión, procedencia, conformando el gran factor específico, independiente y no modificable como factor de riesgo por intervención; a esto se suma que JIMÉNEZ y COL. (2002) consideran que la mayor parte de los reingresos hospitalarios se debe a estos factores, no evitables, aún con una intervención en salud durante el ingreso previo, reforzando con ello lo planteado por AGUILO y COL. (2001); GÓMEZ y COL. (1998) al considerar que dichos factores tienen gran peso al momento de la rehospitalización, BENBASSAT y COL. (2000) son categóricos al concluir que la mayoría de las readmisiones son debido a causas que no se pueden modificar.

En relación con los factores propios de la enfermedad, INSALUD. (2000) considera que la readmisión puede deberse a la exacerbación de una enfermedad crónica, no relacionada con la asistencia recibida en el ingreso previo, coincidiendo con lo planteado por MEDRANO, G. (1998), quien sostiene que los factores causales más frecuentes son las enfermedades crónicas graves, con evolución poco satisfactoria o bien descompensación y concluye que es de gran importancia un análisis detallado por patología para evitar realidades enmascaradas.

AGUILO y COL. (2001); GÓMEZ y COL. (1998) citan factores ambientales del sistema sanitario de gran importancia en la rehospitalización, entre ellos, los aspectos organizativos y resolutivos, ya que existe la cultura de la alta especialización, la coordinación entre los niveles de atención generando falta de continuidad en los cuidados entregados. La visión de CRUZ y COL. (2001) indica la necesidad de una mejora en el sistema de coordinación, como también la puesta en marcha de alternativas a la hospitalización clásica, ya sea en el hogar o con mayor integración del núcleo familiar.

En el caso de la distribución demográfica en Chile, ésta se encuentra en un proceso de cambio profundo, inserto en la permutación ocurrida en Occidente durante el siglo XX desde la sociedad post-industrial a la moderna y de ésta, a la post-moderna. La transición del componente poblacional ya se evidenciaba en los informes de las Naciones Unidas publicados en el año 1982: la población mayor de 60 años del mundo estaba aumentando, mientras la menor de 15 años estaba disminuyendo, fenómeno que ya mostraba una mayor acentuación en los países más desarrollados. (MORALES, 2002)

De acuerdo a MORALES (2002), en 1950 existían 200 millones de habitantes mayores de 60 años, en el año 2000 se registró una población de aproximadamente 590 millones de habitantes, por lo que las proyecciones para el año 2025 auspician una población de aproximadamente 1100 millones de habitantes mayores de 60 años.

Chile se ha convertido en un país que crece envejeciendo, la proporción de adultos y mayores de 65 años aumenta a diferencia de la proporción de niños y adolescentes que disminuye (MINSAL Situación de Salud en Chile para 1990), más específicamente mencionan que el 63.4 % corresponde a individuos entre 15 y 65 años y que los mayores de 60 años equivalen al 6 % de la población.

Desde el punto de vista de los días cama ocupados como indicador predictor de rehospitalizaciones, MARTÍNEZ y ARANAZ, (2002) consideran que es un factor de riesgo, AGUILO y COL. (2001); NUIN y COL. (2002) establecen que existe relación entre ambos indicadores al momento de evaluar los resultados.

De acuerdo a lo anterior BARBA y COL. (2000); CRUZ y COL. (2001) plantean en su estudio que este parámetro no es un buen indicador, puesto que aún ocupando más días cama y generando una mayor demanda de recursos, la posibilidad de rehospitalizarse más bien tiene relación con la edad avanzada y las características propias de la enfermedad base.

Para BENBASSAT y COL. (2000) la implementación de intervenciones por parte del equipo de salud durante y después de la hospitalización es un punto clave que actuaría como factor protector, disminuyendo las tasas de rehospitalización, más aún, TIMMS y COL. (2002) establecen que el número de reingresos disminuye a medida que el número de visitas domiciliarias o contactos telefónicos entre enfermera - paciente aumentan.

Es por esta razón que la teoría del autocuidado planteado por Orem, es una valiosa herramienta para el estudio de la rehospitalización, no sólo como indicador de calidad sino también, desde un punto de vista paciente/enfermera/autocuidado. (VALENZUELA, 2001).

Esta teoría se basa en:

- El examen de los factores (individuales y ambientales), los problemas de salud de la persona y el déficit de autocuidado que manifiestan.
- Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del paciente.
- El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Implica el diseño y la planificación de la atención según el diagnóstico del déficit de autocuidado que se haya generado en conjunto con el paciente, para establecer las estrategias de intervención que requieren un profundo conocimiento de la realidad que se enfrenta, puesto que nos asegura que la planificación será adecuada a los requerimientos, permitiendo el logro de resultados satisfactorios tanto para el equipo de salud como para la comunidad permanentes en el tiempo.

- Se centra en capacitar y animar al paciente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Supone poner en práctica los sistemas de enfermería totalmente compensadores, parcialmente compensadores o de apoyo educativo en acción de acuerdo a las características del paciente y de acuerdo a ello asumir un papel de cuidador u orientador.
- Se lleva a cabo entre la enfermera y el paciente en conjunto, creando un sistema de retroalimentación.

Es una característica prevalente entre los adultos mayores que su estado de salud se deteriore, puesto que componen un segmento de la población en el que los recursos materiales, emocionales y capacidades funcionales que poseen tienden a reducirse y además, en esta etapa de la vida aparecen o se manifiestan problemas de salud crónicos y productores de secuelas invalidantes.

Esto conduce a que las necesidades de salud y de servicios sociales adquieran connotaciones especiales frente a las requeridas por otros grupos de edad. Esta dependencia social progresiva a la que se ven abocados muchos de ellos, hace que les sea indispensable la ayuda del entorno (familia, recursos comunitarios, voluntariado, etc.) y la intervención profesional de enfermería tanto para ellos como para sus cuidadores.

El tipo de ayuda que precisan generalmente, suele ser encaminada a satisfacer necesidades de cuidados específicos y aprender a vivir con las limitaciones que les dificultan responsabilizarse de su salud y bienestar. Hasta ahora el sistema sanitario les presta ayuda en alteraciones de la salud agudas y en los cuidados que de estas se desprendan, pero después son derivados a su lugar de residencia con escaso apoyo profesional.

Entre los profesionales de la salud, las enfermeras/os aparecen como expertos en la prestación de los cuidados que se requieren para el autocuidado, es decir, para mantener y promocionar la salud y restablecer alteraciones de la misma. El profesional de enfermería debe tomar conciencia de los potenciales que posee como generador de alternativas en la atención integral del adulto mayor, es preciso que al aportar nuevas ideas y puntos de vista para favorecer y/o garantizar la adaptación del anciano a sus actividades cotidianas y de autocuidado, sin que esto implique una excesiva carga adicional para el resto de la sociedad. VALENZUELA (2001).

El estudio de las rehospitalizaciones como indicador de calidad se encuentra aún en abierta discusión, según BARBA y COL. (2000) durante los últimos años, las medidas encaminadas a mejorar la gestión de los recursos sanitarios ha irrumpido con fuerza dentro del sistema público de salud, estableciendo como objetivos prioritarios los conceptos de rentabilidad, eficiencia, ahorro, bajo la misión principal del cuidado del paciente e intentando encontrar la fórmula del equilibrio.

De acuerdo a esto la identificación de índices de calidad confiables y sencillos es un objetivo básico previo a cualquier planteamiento de control de calidad asistencial; es por ello y según lo planteado por GARCIA y COL (1998), el estudio de los reingresos se basa en fundamentos que permiten describir la historia natural de la enfermedad, conocer el impacto económico, la evolución de los cuidados o bien, como un indicador de calidad por sí mismo o asociado a evaluación de cambios también, permite identificar pacientes con un alto riesgo de reingresar según el perfil demográfico o social.

Los sistemas de información computacional de fácil empleo, concebidos para apoyar la labor de Enfermería en diversas situaciones, son considerados como una importante herramienta según la teoría general de la enfermería. (VALENZUELA, 2001). Estas ideas permiten implementar planes de cuidados específicos para cada institución de salud.

MEDRANO, (1998), desarrolla diversos puntos de vista en relación con los reingresos como indicador de calidad, desde la perspectiva administrativo-político interesa la eficacia; desde el administrativo-gestor interesa la eficiencia, la mejor relación costo-resultados y la satisfacción de los usuarios en conjunto con los prestadores de servicios de salud. Desde el punto de vista clínico, interesa la relación riesgo-beneficio y la calidad del proceso en relación con estándares científicos; desde el paciente-cliente interesan los resultados en la calidad de vida y la duración en el tiempo de la intervención. Además establece que la calidad es un binomio con dos aspectos básicos que están o deben estar estrechamente relacionados: corresponde a la calidad intrínseca y la calidad percibida es decir, la mejora en la calidad de los sistemas sanitarios aumenta los logros de los profesionales sanitarios y la satisfacción de las necesidades de la población.

Siguiendo con la línea de planteamiento GARCIA y COL, (1998) consideran que los pacientes con numerosos reingresos constituyen una importante preocupación clínica, calificándolos como un posible indicador de la gestión hospitalaria, por lo que su medición dentro de la calidad asistencial, constituye una referencia de importancia dentro de la planificación de la oferta y la demanda hospitalaria.

Para NUIN y COL. (2002) e INSALUD (2000), la readmisión como indicador de la calidad asistencial permite realizar una planificación adecuada, ahorro de costos, inversión adecuada de recursos, financiamiento de proyectos y puesta en marcha de políticas certeras de acción, ayudando a evaluar o corregir los objetivos planteados.

La tasa de reingresos hospitalarios es utilizada como indicador de calidad, aún cuando las causas de éstas no están suficientemente estudiadas ni existe una definición unificada en torno a la temática (JIMÉNEZ y COL. 2002).

BENBASSAT y COL. (2000) establecen que la tasa de readmisión por sí misma no es un indicador útil sin embargo, al definir condiciones puntuales de frecuencia y no globales, pueden ser útiles al momento de diagnosticar problemas de calidad del cuidado.

La medición del reingreso hospitalario como herramienta indicadora de la calidad asistencial está aún en discusión ya que no se ha podido establecer un nexo causal entre la calidad de la atención durante el ingreso hospitalario y el riesgo de reingresar (BARBA y COL. 2000).

BARBA y COL (2000), recomiendan que la utilización de la tasa de reingresos como parámetro de calidad asistencial no se haga de manera aislada, ya que se ve influenciada de manera significativa por factores como las características individuales del paciente y otras variables ajenas al manejo hospitalario.

De acuerdo con TORRES Y COL (2002), los costos económicos asociados a rehospitalizaciones pueden alcanzar en la mayoría de los casos, a un tercio del total de los costos de hospitalizaciones, por esta razón es de suma importancia disminuir la tasa de reingresos lo que contribuiría a una disminución de los costos del servicio hospitalario.

Estos costos tienen relación principalmente con la estadía de los pacientes y ocupación de días cama, para calcular dicho impacto en el presupuesto hospitalario la normativa de facturación del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) considera que el día cama incluye las siguientes prestaciones:

- El uso de un catre clínico y colchón con la respectiva ropa de cama y el de todos los materiales y elementos de enfermería descartables y no descartables y todo tipo de útiles fungibles de uso general
- La alimentación oral o parenteral diaria, prescrita por el médico tratante
- Atención completa de enfermería, incluyendo las curaciones, colocaciones de sondas, inyecciones, enemas, toma de muestras, administración de fleboclisis
- La administración de transfusiones de sangre o hemoderivados
- La atención completa otorgadas por Enfermeras, kinesiólogos, Matronas y otros profesionales de la salud
- Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos otorgados durante la hospitalización del paciente
- La atención del médico tratante, residente o interconsultor
- Los insumos y medicamentos en el porcentaje de contribución estatal que señala la Res. Ex. N° 1.885/98 de los Ministerios de Salud y Hacienda.

También relacionado con los costos, en un trabajo realizado con lactantes se observan diferencias estadísticas significativas en los días cama ocupados en las rehospitalizaciones, esto llevado a costos demostró que se habían ahorrado U\$ 9021 si los niños no se hubiesen rehospitalizado (Santander, 2001)

7.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre el perfil socio demográfico de los pacientes consultantes del Servicio de Medicina Adulto H.C.R.V y los pacientes rehospitalizados, los diagnósticos más frecuentes y los costos que conllevan las rehospitalizaciones en el servicio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar el perfil de los pacientes portadores de enfermedades crónicas rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V.
- Comparar el perfil de los pacientes rehospitalizados con la población total en estudio.
- Comparar los diagnósticos médicos prevalentes entre los pacientes rehospitalizados y la población total consultante.
- Determinar el costo económico de días cama utilizados durante atenciones y rehospitalizaciones de pacientes portadores de enfermedades crónicas.
- Asociar el perfil descrito con potenciales estrategias de intervención de enfermería que aporten a mejorar la realidad del servicio.

8.- MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL

La investigación se realizó sobre una base inicial de 2333 atenciones registradas en el período comprendido entre el 01 enero 2001 al 31 enero de 2002, para evitar sesgos de estacionalidad; en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia, que corresponde a un hospital tipo 1.

MÉTODO

Se llevó a cabo el estudio descriptivo retrospectivo en pacientes portadores de patologías crónicas que fueron rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto

Se clasificó a los pacientes hospitalizados en ese periodo de tiempo y que cumplieron con los dos criterios de inclusión, ser portadores de una patología crónica y haber sido rehospitalizados por una misma causa de cronicidad o bien por signos o síntomas que correspondan a una consecuencia directa de una patología crónica y/o sus complicaciones.

Se tomará como referencia un período no mayor a los 31 días posteriores al alta, para dicho efecto se considera la primera hospitalización o atención como índice y la o las siguientes como rehospitalización

Los criterios de exclusión aplicados en el estudio son las atenciones realizadas de manera programada como es el caso de las quimioterapias; las atenciones generadas por pacientes portadores de enfermedades hematooncológicas, Linfoma Hodgkin y no Hodgkin Leucemia Mieloide y Linfoide, dado que la historia natural de la enfermedad genera numerosos reingresos que abarcarían un gran número de atenciones por lo que ameritan un estudio individualizado; los casos en que el alta hospitalaria se deba a defunción del paciente serán excluidos puesto que no son susceptibles de volver a rehospitalizar

Se entenderá por patología crónica toda enfermedad que una vez superado el episodio agudo, persiste con o sin sintomatología clínica, siendo de carácter progresivo e irreversible, independiente del momento en el cual ha sido diagnosticada patología crónica.

Se entiende en este estudio por paciente rehospitalizado, todo ingreso con el mismo diagnóstico principal o bien por signos o síntomas que correspondan a una consecuencia directa de una patología crónica y/o sus complicaciones en los 31 días siguientes al alta (GARCÍA y COL. 1998).

La fuente de información corresponde a la unidad de Informática y Estadística del H.C.R.V, donde se obtuvieron las variables socio demográficas del paciente y aspectos relacionados con el proceso asistencial.

Los diagnósticos médicos se agruparon por especialidades diagnósticas, de acuerdo con BARBA et al (2000). en las siguientes categorías:

- Enfermedades Infecciosas (A y B)
- SIDA (A)
- Enfermedades Respiratorias (J)
- Enfermedades Cardiovasculares (I)
- Enfermedades Endocrinas (E)
- Enfermedades Dermatológicas
- Enfermedades Digestivas (K)
- Enfermedades Renales (N)
- Enfermedades Reumatoides (M)

La información entregada por la unidad de Informática y Estadística del H.C.R.V, corresponde a las atenciones realizadas durante el periodo 2001, sobre esta lista de atenciones se obtiene una lista de pacientes que tienen el antecedente de rehospitalización, en ellos se cuantificaron la frecuencia de rehospitalización y se realiza el cálculo de los días cama ocupados en ella, las otras variables no sufren modificaciones ya que corresponden a edad, previsión, procedencia.

Se compararon los promedios de edad y días cama, por medio del Test de Wilcoxon y se compararon las frecuencias para sexo, procedencia, previsión y patología, por medio del test para dos proporciones independientes, desarrollado por FEMIA y LUNA (2002), entre los pacientes totales y los pacientes reingresados, para determinar qué factores sociodemográficos puedan influir en la frecuencia de pacientes rehospitalizados.

Las variables en estudio son las siguientes:

Edad: corresponde a la edad cronológica del paciente al momento de la rehospitalización.

Sexo: serán considerados los géneros masculino y femenino.

Previsión: Se distribuirán según sistema FONASA, en grupos A, B, C, D, e Isapres, según corresponda.

Procedencia: se diferenciará a pacientes procedentes de Valdivia y aquellos que provienen de comunas de la décima región y otras ciudades

Diagnóstico Médico de Ingreso: corresponde a las causales de rehospitalización, inmediatamente descritas después del ingreso, sin someter al paciente a estudios o tratamiento previo.

Diagnóstico Médico de Egreso: corresponde al diagnóstico médico definitivo descrito al momento de alta del paciente, posterior a estudios y tratamiento.

Días cama: número de días que el paciente permanece rehospitalizado, recibiendo atención del equipo de salud y haciendo uso de una unidad.

Costo de días cama: corresponde a la suma total en dinero de la utilización durante 24 horas de recursos humanos y materiales puestos a disposición para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Finalmente, se aportarán conclusiones basadas en la presente investigación y estudios preliminares, tendientes a esbozar futuras intervenciones de enfermería y del equipo de salud, atinentes a la realidad evidenciada en el Servicio de Medicina Interna.

9.- RESULTADOS

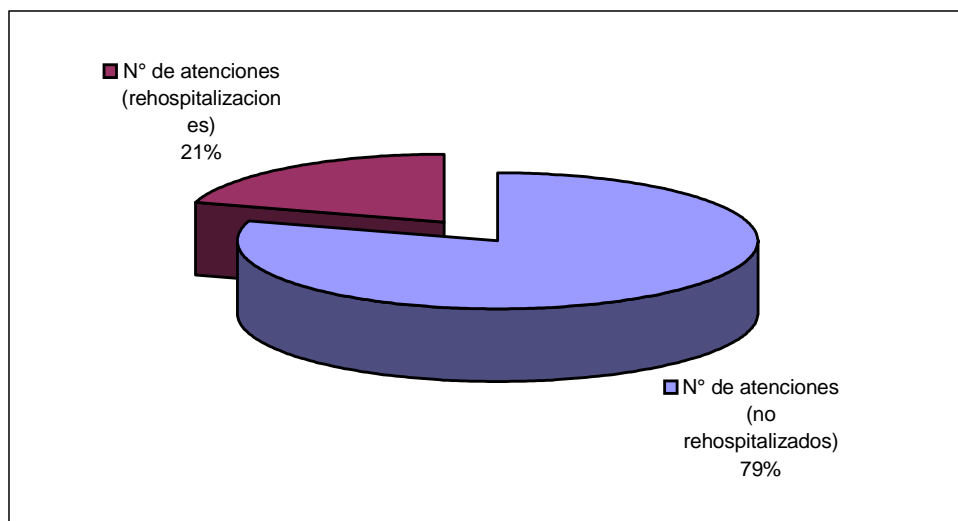
9.1 Determinación de la población muestral.

La presentación de los resultados se iniciará mostrando el proceso a través del cual se obtuvo la población en estudio.

Esta investigación se inició con un universo de 2333 atenciones de las cuales, 973 corresponden a atenciones de pacientes con más de una visita (42%) y dentro de estos últimos 473 corresponden a atenciones de pacientes clasificados como rehospitalizados (21%); registradas en el período comprendido entre el 01 enero 2001 al 31 enero de 2002. En el Grafico 1, se muestra la proporción de atenciones a pacientes rehospitalizados en comparación con pacientes no rehospitalizados.

Los gráficos y tablas ilustrados en la presente investigación se desprenden del análisis de los datos entregados por la unidad de informática y estadística del H.C.R.V.

Gráfico 1. Distribución porcentual de atenciones en el Servicio de Medicina Adulto H.C.R.V según criterio de rehospitalización, periodo enero 2001, enero 2002

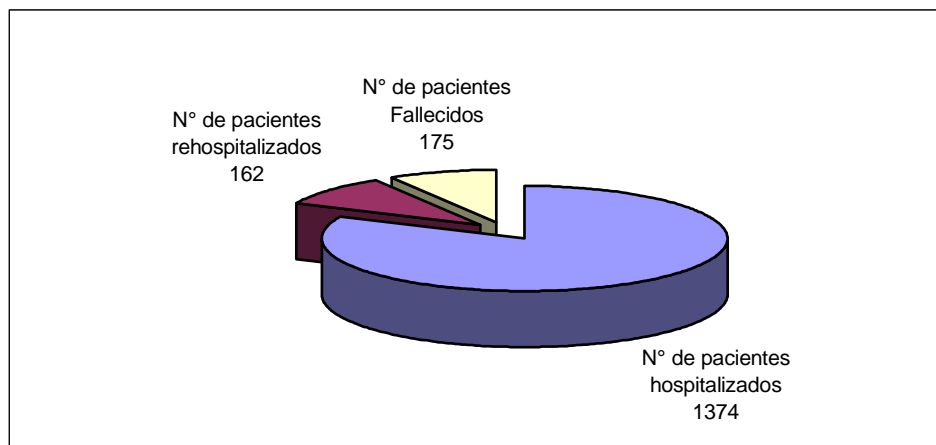


De las 2333 atenciones generadas por 1711 pacientes, correspondientes a la población total, 1361 pacientes recibieron sólo una atención y 350 pacientes recibieron más de una atención, de los cuales, 162 cumplieron los criterios de clasificación de rehospitalización de este estudio (Anexo 1).

Al excluir a los pacientes fallecidos el porcentaje de rehospitalización de este estudio se establece en 9.5 % de los pacientes totales.

En el Gráfico 2 se muestra el número de pacientes que no clasifican como rehospitalizados en comparación con los pacientes rehospitalizados y fallecidos. Este estudio indica que el número de pacientes totales es de 1711, de los cuales 1374 no clasifican como rehospitalizados (Incluyendo enf. oncohematológicas y los ingresos programados), 162 son rehospitalizados y 175 fallecidos.

Gráfico 2. Distribución numérica de pacientes según condición de hospitalizado, rehospitalizado y fallecido, en el Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V. en el periodo enero 2001, enero 2002



9.2 Determinación del perfil sociodemográfico y de variables asociadas al proceso de atención de los pacientes portadores de enfermedades crónicas rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

En este estudio se analizaron variables dependientes del paciente como son sexo, edad, previsión, procedencia y además factores dependientes de la enfermedad, como son días cama y diagnóstico médico.

Los resultados indican que existe una probabilidad compartida con respecto al género, promedian una edad de 60 años, utilizan preferentemente el sistema de previsión Fonasa A o B, en su mayoría provienen de Valdivia y utilizan un promedio de 8 días cama durante las rehospitalizaciones, esto se detallan en la Tabla 1, en la cual se dan a conocer las proporciones en que se distribuyen.

Tabla 1. Frecuencia de previsión, sexo, procedencia y promedio de edad y días cama de pacientes rehospitalizados, en Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V.

	Promedio		Sexo %		Previsión % FONASA TIPO						% de pacientes de Valdivia
	Edad	Días cama	Mujeres	Hombres	A	B	C	D	I	O y P	
Población reingresada	60.6	7.58	53%	47%	29%	51%	5%	4%	0%	11%	78%

Los diagnósticos médicos asociados en mayor medida a rehospitalizaciones, corresponden proporcionalmente a aquellos que generan una mayor demanda asistencial como se muestra en la Tabla 2. donde podemos apreciar que los diagnósticos médicos asociados en el grupo de especialidades diagnósticas: enfermedades cardiovasculares (I), enfermedades respiratorias (J), enfermedades del aparato digestivo (K) y renales (N) concentran el mayor número de rehospitalizaciones, identificadas con la letra que determina la CIE.

Tabla 2. Frecuencia de especialidades diagnósticas en pacientes rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

Reingresados		
Patologías	Numero	Frecuencia
A	5	3.1%
B	4	2.5%
C	5	3.1%
D	2	1.2%
E	5	3.1%
F	1	0.6%
G	0	0.0%
H	0	0.0%
I	40	24.7%
J	41	25.3%
K	20	12.3%
L	1	0.6%
M	7	4.3%
N	27	16.7%
R	0	0.0%
S	0	0.0%
T	2	1.2%
Z	2	1.2%
Total	162	100%

En la Tabla 2 se detalla la frecuencia de los diagnósticos médicos específicos (Detalle Anexo 4), que están en directa relación con las especialidades de diagnóstico más prevalentes y que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos médicos prevalentes en pacientes rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.

Código	Patología	Numero	Frecuencia
I20,0	Angina Inestable	7	4.3%
I21,9	Infarto Agudo Miocardio	6	3.7%
I50,9	Insuficiencia Cardíaca	8	4.9%
J18,1	Neumonía Lobar	2	1.2%
J18,9	Neumonía	13	8.0%
J44,1	EPOC	9	5.6%
K92,2	Hemorragia Gastrointestinal	4	2.5%
N10,X	Nefritis Tubulointersticial Aguda	3	1.9%
N17,9	Insuficiencia Renal Aguda	3	1.9%
N18,9	Insuficiencia Renal Crónica	17	10.5%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

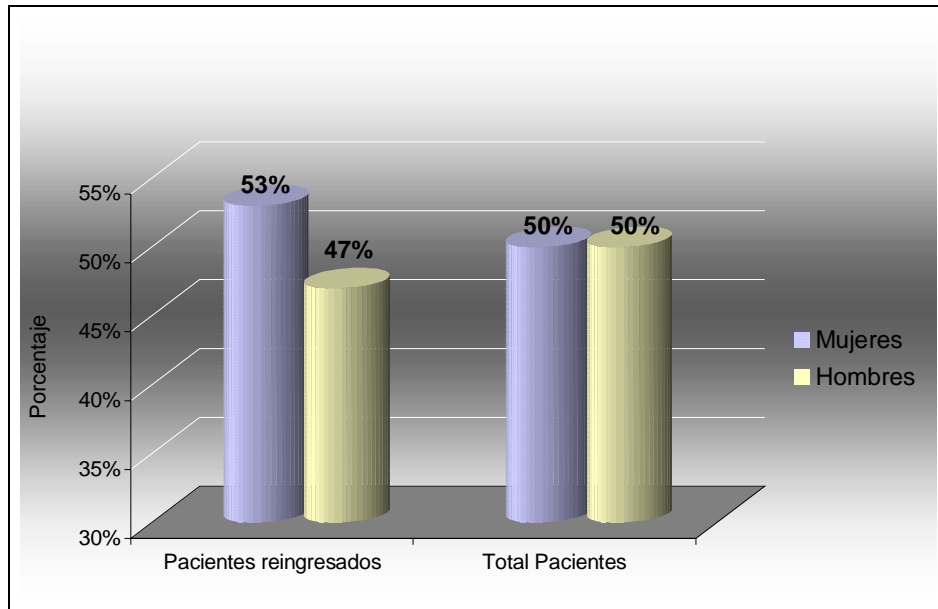
9.3 Asociación de variables sociodemográficas y del proceso de atención entre pacientes rehospitalizados y la población total, en el Servicio de Medicina Adulto, H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.

Basados en la caracterización del perfil de los pacientes rehospitalizados, se compararon los resultados con el perfil de población total, utilizando como factor independiente los pacientes rehospitalizados, y como factores dependientes, la distribución del sexo, el promedio de edad, la distribución de la previsión, procedencia, promedio días cama y diagnósticos médicos prevalentes.

9.3.1 Sexo.

La proporción de pacientes reingresados al comparar ambos géneros, no arroja diferencias estadísticamente significativas ($P > 0.05$), el número de pacientes rehospitalizados mujeres es de 86 y los hombres 76, lo cual equivale al 53% y 47% respectivamente, en el caso de la población total, 853 corresponden a pacientes mujeres, y 858 corresponden a hombres, generando ambas un 50%, esto se detalla en el Grafico 3.

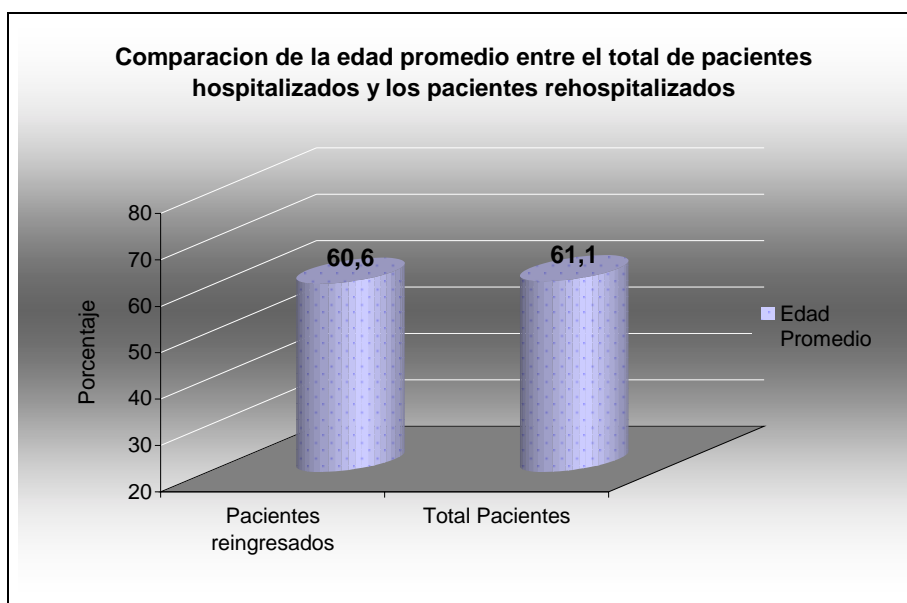
Grafico 3. Distribución porcentual de pacientes rehospitalizados y población total según sexo en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.



9.3.2 Edad.

El estudio indica que la población total y los pacientes reingresados tienen una edad promedio de 61 años, no existiendo diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$) entre la edad de los pacientes, como se describe en el Grafico 4.

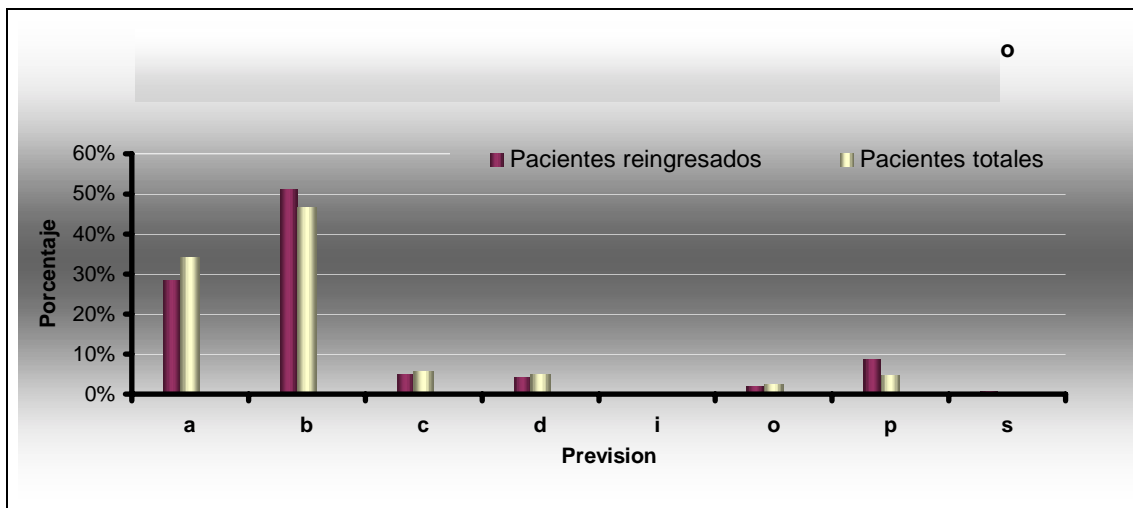
Gráfico 4. Distribución comparativa entre pacientes rehospitalizados y población total según edad promedio, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.



9.3.3 Previsión.

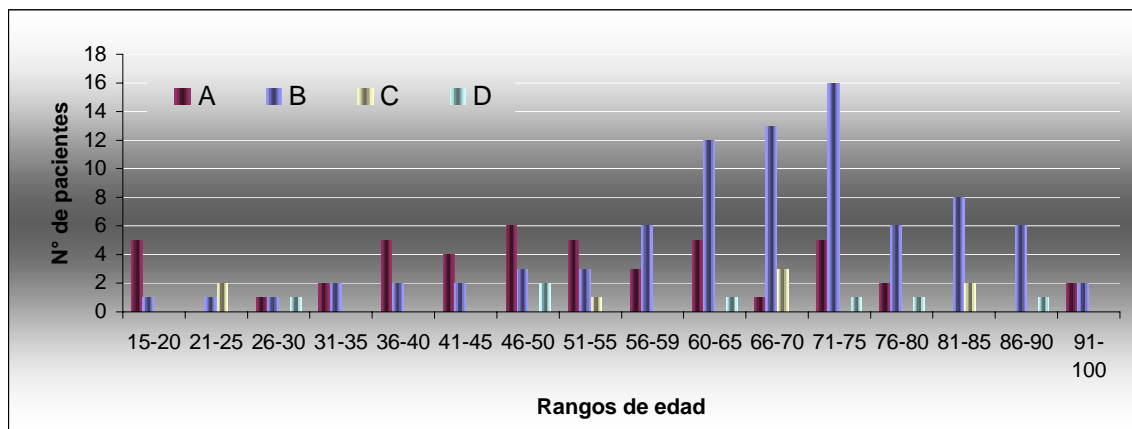
Los resultados muestran que una mayor proporción de la población total es usuaria del sistema provisional Fonasa A y B con un 34% y 47% respectivamente, lo cual se refleja del mismo modo en los pacientes rehospitalizados, dentro de los cuales el 28% utiliza Fonasa A y el 51% utiliza Fonasa B, no existiendo diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$), lo cual se detalla en el Grafico 5.

Gráfico 5. Distribución porcentual comparativa entre la población total y los pacientes rehospitalizados según tipo de previsión, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.



Cabe destacar que al asociar el tipo de previsión con la variable edad, la población rehospitalizada utiliza Fonasa tipo A en un 28% del total, siendo el 67% de estos menores de 60 años, la utilización de Fonasa tipo B corresponde a un 53% del total de pacientes rehospitalizados, siendo el 39% del total mayores a 60 años, lo cual se describe en el Grafico 6.

Grafico 6. Distribución numérica de los pacientes rehospitalizados según tipo de previsión en función de la edad, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

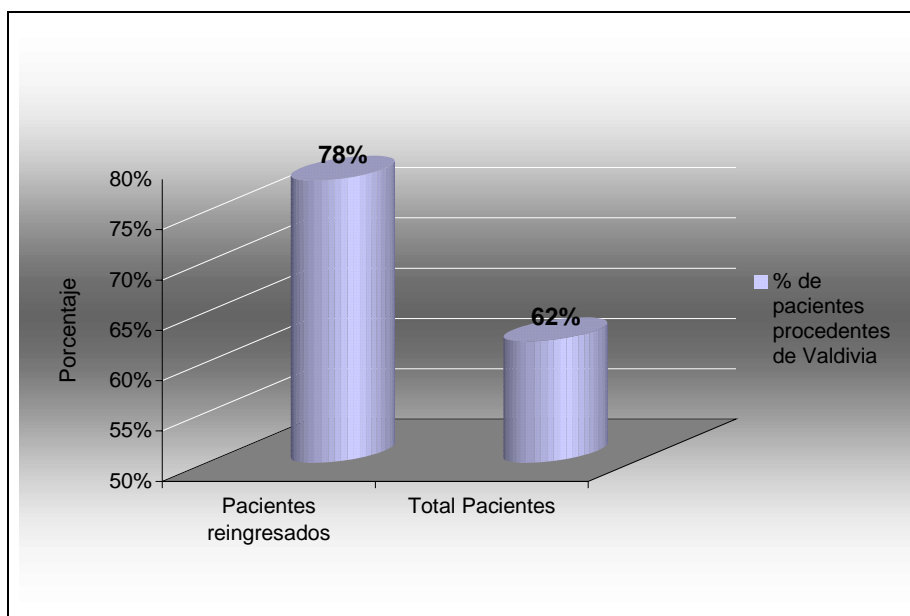


Estos antecedentes indican que ambos grupos (81% del total) obtienen gratuidad en la atención, siendo FONASA quien cubre los costos.

9.3.4 Procedencia.

El análisis demuestra que 126 pacientes provienen de Valdivia lo que equivale al 78% de la población total de rehospitalizados, al comparar con la población total donde 1063 pacientes provienen de Valdivia 62% (Gráfico 7), se producen diferencias estadísticas significativas $P < 0.05$ (Anexo 3).

Gráfico 7. Distribución porcentual comparativa de la población total y pacientes rehospitalizados según la procedencia, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

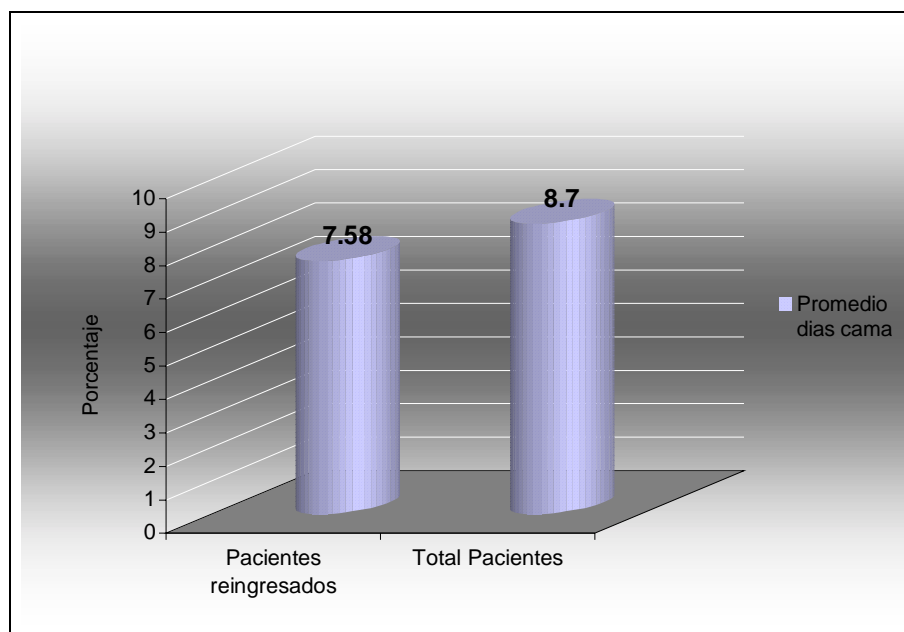


9.3.5 Días cama.

Al analizar la permanencia de pacientes rehospitalizados en el recinto hospitalario, se obtuvo un promedio de 7,58 días cama y de 8,7 días en la población total, lo cual no arroja diferencias estadísticamente significativas ($P > 0.05$).

En el Gráfico 8, se observa la asociación entre el uso de días cama promedio entre los pacientes totales y los pacientes rehospitalizados.

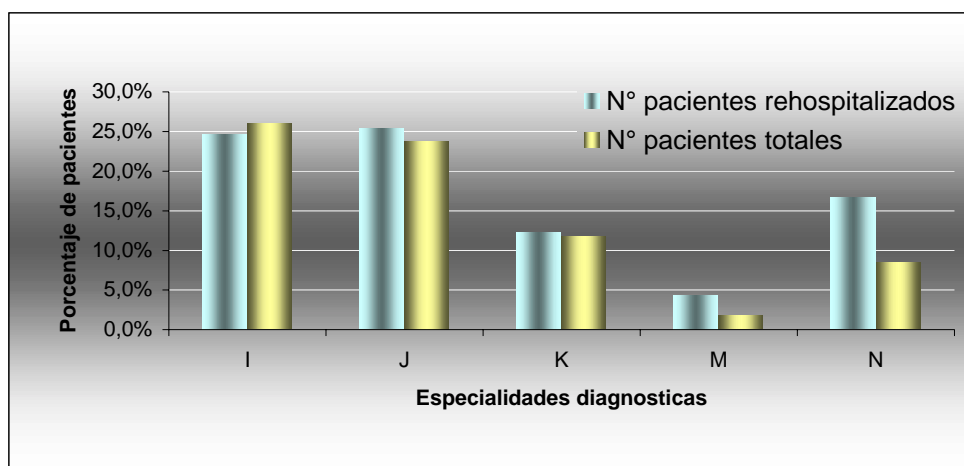
Gráfico 8. Distribución porcentual comparativa entre la población total y pacientes rehospitalizados según el promedio de días cama, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.



9.4 Comparación de las especialidades diagnósticas y diagnósticos médicos prevalentes en los pacientes rehospitalizados y la población total, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.

Al comparar la frecuencia (Grafico 9) de pacientes rehospitalizados con los pacientes totales según las principales especialidades diagnósticas se puede apreciar que se relacionan en forma directamente proporcional.

Grafico 9. Distribución porcentual comparativa entre pacientes rehospitalizados y población total según especialidad diagnóstica, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.



Se evidencia también, que los diagnósticos médicos agrupados en los especialidades diagnósticas Reumatóides (M) y Renales (N) generan una mayor tasa de rehospitalizaciones estadísticamente significativa $P < 0.05$ (Anexo 5).

La comparación de la población total con los pacientes rehospitalizados según la frecuencia de especialidades diagnósticas se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de especialidades diagnósticas más prevalentes en pacientes totales comparados con pacientes rehospitalizados, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.

Reingresados			Totales			DIFERENCIA
Patologías	Número	Frecuencia	Patologías	Número	Frecuencia	
A	5	3,1%	A	85	5,0%	1,9%
B	4	2,5%	B	16	0,9%	-1,5%
C	5	3,1%	C	98	5,7%	2,6%
D	2	1,2%	D	27	1,6%	0,3%
E	5	3,1%	E	100	5,8%	2,8%
F	1	0,6%	F	13	0,8%	0,1%
G	0	0,0%	G	14	0,8%	0,8%
H	0	0,0%	H	1	0,1%	0,1%
I	40	24,7%	I	444	25,9%	1,3%
J	41	25,3%	J	407	23,8%	-1,5%
K	20	12,3%	K	201	11,7%	-0,6%
L	1	0,6%	L	11	0,6%	0,0%
M	7	4,3%**	M	30	1,8%**	-2,6%**
N	27	16,7%**	N	144	8,4%**	-8,3%**
R	0	0,0%	R	44	2,6%**	2,6%
S	0	0,0%	S	1	0,1%	0,1%
T	2	1,2%	T	28	1,6%	0,4%
Z	2	1,2%	Z	47	2,7%	1,5%
TOTAL	162	100%	TOTAL	1711	100%	

** Diferencias estadísticas significativas (P<0.05)

Siendo la tasa de reingreso esperada de 9.5 % en este estudio, en la tabla 4 se aprecia que para los diagnósticos médicos de (J44.1) EPOC, (N18.9) Insuficiencia Renal Crónica y (M32.9) Lupus Eritematoso sistémico las frecuencias son proporcionalmente mayores a lo esperado (Anexo 5).

Tabla 4. Frecuencia de diagnósticos médicos prevalentes en pacientes totales comparados con pacientes rehospitalizados, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

Pacientes Reingresados			Pacientes Totales			Frecuencia Pacientes reingresados
Patologías	Numero	Frecuencia	Patologías	Numero	Frecuencia	
I20,0	7	4,3%	I20,0	58	3,4%	12,1%
I21,9	6	3,7%	I21,9	73	4,3%	8,2%
I50,9	8	4,9%	I50,9	68	4,0%	11,8%
J18,1	2	1,2%	J18,1	45	2,6%	4,4%
J18,9	13	8,0%	J18,9	139	8,1%	9,4%
J44,1	9	5,6%	J44,1	36	2,1%	25,0%**
K92,2	4	2,5%	K92,2	55	3,2%	7,3%
N10,X	3	1,9%	N10,X	33	1,9%	9,1%
N17,9	3	1,9%	N17,9	14	0,8%	21,4%
N18,9	17	10,5%	N18,9	41	2,4%	41,5%**
M32,9	4	2,5%	M32,9	9	0,5%	44,4%**

** Diferencias estadísticas significativas (P<0.05)

9.5 Costo económico de los días cama utilizados por pacientes rehospitalizados, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

De acuerdo con los indicadores analizados, los días cama promedio utilizados por los pacientes rehospitalizados se estima en 7.6 días, las 472 atenciones que generan estos pacientes, emplean 3587 días cama.

El valor del día cama en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. corresponde a \$23.300 pesos equivalente a U\$ 31 (Valor actualizado Diciembre 2002).

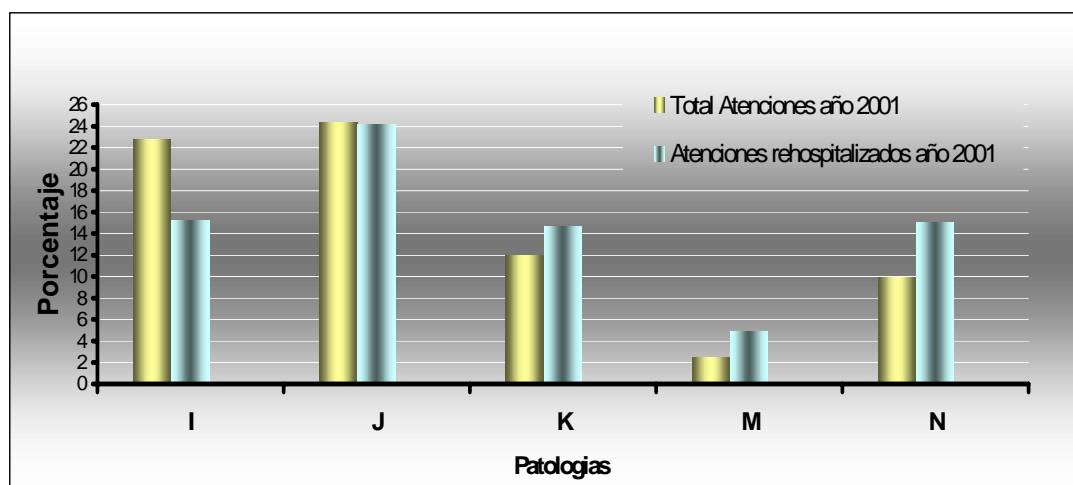
El costo económico que involucran las atenciones de pacientes rehospitalizados ascienden a \$ 84.000.000, en tanto las 2333 atenciones de la población total, emplean 19.597 días cama correspondiendo a \$ 458.000.000 de pesos equivalente a U\$ 60263, esto implica que el 18% de los recursos destinados para atención de la población total se utilizan en las atenciones de los pacientes que cumplen con los criterios de rehospitalización que ha utilizado este trabajo.

Las principales especialidades diagnósticas detalladas en el Grafico 9, equivalen a un 77% de las atenciones de pacientes rehospitalizados, por lo que son las más importantes al momento de evaluar los costos que las atenciones generan en el Servicio de Medicina Adulto.

En el Gráfico 10 se muestra en forma comparativa la frecuencia de atenciones de pacientes totales con las atenciones de pacientes rehospitalizados, según las principales especialidades diagnósticas.

Las especialidades diagnósticas que generan el mayor número de atenciones totales, se comportan en forma directamente proporcional con el número de atenciones de pacientes rehospitalizados, situación similar a la observada anteriormente para N° de pacientes en el (Gráfico 9).

Gráfico 10. Distribución porcentual comparativa de las especialidades diagnósticas principales entre pacientes totales y pacientes rehospitalizados según el número de atenciones, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. período Enero 2001 – Enero 2002.



10.- DISCUSIÓN

10.1 Distribución de la población muestral.

La tasa de rehospitalizaciones resultante de este estudio corresponde a un 10 – 13 %, valor que difiere con lo publicado por otros autores que utilizan una misma definición de rehospitalización, como GARCIA y COL, (1998); GÓMEZ y COL. (1998); INSALUD (2000). quienes establecen como promedio una tasa de rehospitalización de alrededor del 5%.

Esta tasa surge de la eliminación de pacientes fallecidos, de atenciones programadas y de pacientes con patologías oncohematológicas que dada la evolución de la historia natural de la enfermedad requieren numerosas intervenciones del equipo de salud.

La sensibilidad de la tasa de rehospitalización puede verse afectada ya que no se contabilizan aquellos pacientes que después del alta consultan en el Servicio de Urgencia o incluso son ingresados en camas de observación de urgencia como lo plantea ROIGE (1994), también se desconoce el número de pacientes que ingresaron a otros centros hospitalarios.

La tasa de rehospitalizaciones por si misma no constituye un indicador adecuado para el análisis de la calidad del proceso asistencial, ya que se requiere identificar aquellos ingresos evitables de los no evitables, es decir los que se relacionan con las condiciones del paciente y no del proceso asistencial BARBA y COL. (2000)

10.2 Asociación de variables sociodemográficas y del proceso de atención

Basados en la caracterización del perfil de los pacientes rehospitalizados, se compararon los resultados con el perfil de población total, utilizando como factor independiente los pacientes rehospitalizados, y como factores dependientes, la distribución del sexo, el promedio de edad, la distribución de la previsión, procedencia, promedio días cama y diagnósticos médicos prevalentes.

Sexo.

Al analizar la distribución de los reingresos por sexo, se evidencia que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres al momento de rehospitalizarse, lo que contrasta con el planteamiento de BARBA y COL. (2000); GARCIA y COL. (1998) quienes sostienen que los hombres tienen una mayor probabilidad de reingresarse debido a una mayor dependencia en el autocuidado y por la consulta tardía. A diferencia de esto VASQUEZ y COL. (2002) indican que el sexo femenino tiene mayor prevalencia de rehospitalización.

Los estudios realizados difieren al momento de concluir sobre el tema y el comportamiento de este factor lo hace poco concluyente al asociarlo con los pacientes rehospitalizados de este estudio.

Edad.

En esta investigación la edad no representa un factor pronóstico por sí mismo de rehospitalización; esto concuerda con los resultados obtenidos, por CRUZ y COL. (2001). A diferencia de esto GARCIA y COL. (1998); BARBA y COL. (2000) determinan que la edad es un factor determinante para los reingresos observándose en los pacientes rehospitalizados una edad promedio mayor que en los pacientes totales.

Quizás la mayor edad sea un indicador de mayor prevalencia de enfermedades crónicas asociadas puesto que, los paciente que se rehospitalizan promedian una edad por sobre los 60 años, TIMMS y COL. (2002), describen que la mayoría de los pacientes adultos mayores tienen al menos una condición crónica asociada y a medida que aumenta la edad existe una sumatoria de condiciones crónicas, esto asociado a tratamientos prolongados en el tiempo y de alto costo institucional, por lo cual tendrían mayor probabilidad de rehospitalización.

Son numerosos los factores que pueden ejercer influencias asociados a la edad, sin embargo los datos obtenidos en la investigación no son concluyentes para dar un acercamiento al efecto real de la edad sobre la tasa de rehospitalización.

Previsión.

Desde el punto de vista económico, un 69% de la población total posee gratuidad en los costos del servicio de hospitalización, al comparar esa proporción con la obtenida en pacientes rehospitalizados (67%), no se observan diferencias significativas por lo cual no correspondería a un factor que aumente la tasa de reingresos.

Procedencia.

Los pacientes rehospitalizados que provienen de Valdivia equivalen al 78%, este resultado permite confirmar lo expresado por NUIN y COL. (2002), quienes establecen que vivir en la misma localidad del centro hospitalario se muestra determinante al momento de analizar las rehospitalizaciones, por su parte VASQUEZ y COL. (2002), también concuerda que vivir a menos de 30 minutos del hospital es un factor que influye directamente en la frecuencia de rehospitalizaciones.

La procedencia es determinante en aumentar la tasa de reingresos debido, principalmente a la cercanía del centro de salud, lo que genera una mayor accesibilidad.

Días cama.

No se encontraron diferencias estadísticas en el promedio de días camas de los pacientes totales al comparar con los pacientes rehospitalizados en este estudio, por el contrario, MARTÍNEZ y ARANAZ, (2002) consideran que es un factor de riesgo la estancia media prolongada, AGUILO y COL. (2001); NUIN y COL. (2002) establecen que existe relación directa entre ambos indicadores al momento de evaluar las tasas de rehospitalizaciones.

CRUZ y COL. (2001), determinan que los días cama promedio no son un indicador confiable de rehospitalización, ya que son numerosos los factores que influyen sobre el número de días cama, por lo cual en un estudio más detallado de las fichas médicas se pueda concluir en forma más concreta el efecto real sobre la tasa de reingreso.

10.4 Comparación de las especialidades diagnósticas y diagnósticos médicos prevalentes.

Las especialidades diagnósticas prevalentes en este estudio son: las Enfermedades Respiratorias (J), Enfermedades Cardiovasculares (I), Enfermedades Digestivas (K), Enfermedades Renales (N), Enfermedades Reumatoides (M).

Estos resultados son coincidentes con BARBA y COL. (2000), quien determina que las especialidades diagnosticas prevalentes en pacientes rehospitalizados son las enfermedades cardíacas con un 27% y las respiratorias con un 29%.

Los mismos resultados fueron reportados por CRUZ y COL. (2001), quienes determinaron que las patologías prevalentes en pacientes reingresados fueron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica reagudizada y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva descompensada.

Tabla 5. Frecuencia de pacientes rehospitalizados en relación a las principales especialidades diagnósticas, en el Servicio de Medicina Adulto del H.C.R.V. periodo Enero 2001 – Enero 2002.

	Principales especialidades diagnósticas					Total
	I	J	K	M	N	
N° de pacientes rehospitalizados	40	41	20	7	27	135
% del total de pacientes rehospitalizados	24.7%	25.3%	12.3%	4.3%	16.7%	100%

GOMEZ y COL. (1998), determinan que la Cardiopatía Isquémica, la Broncopatía Crónica, la Cardiopatía no Isquémica y la Hepatopatía Crónica generaron un 74% de los diagnósticos de rehospitalizaciones. Resultados relacionados fueron obtenidos en esta investigación para los diagnósticos médicos prevalentes (Tabla 2)

En trabajos realizados en España, GARCIA y COL, (1998) establecen que el SIDA constituye actualmente la principal causa de rehospitalización en el Servicio de Medicina Interna, encontrándose en la actualidad infracuantificado, dado el elevado número de posibles codificaciones de la enfermedad, lo que disminuye la probabilidad de ingreso por el mismo código, en este estudio no se encontraron indicadores ni asociaciones interesantes de mencionar respecto a esta patología, puesto que el número de pacientes no es representativo.

10.5 Costo económico de los días cama utilizados por pacientes rehospitalizados.

Los pacientes rehospitalizados equivalen al 9.5 % del total de pacientes clasificados en este estudio.

El 18% de los recursos destinados para la atención de la población total se utilizan en las atenciones de los pacientes que cumplen con los criterios de rehospitalización que han sido utilizados en este trabajo. De igual forma GÓMEZ y COL. (1998), describen que en 1993 en España 2,5% de los pacientes consumían el 9,5% de los recursos totales.

El costo generado por los pacientes que se rehospitalizan es significativo y es un parámetro importante de estudiar, puesto que se relaciona frecuentemente a la calidad asistencial de servicio otorgado, tanto desde un punto de vista médico como el de gestión GARCIA y COL. (1998).

10.6 Estrategias de intervención según el perfil de los pacientes rehospitalizados.

El equipo de enfermería basándose en los diagnósticos médicos más prevalentes, debe optimizar y/o desarrollar las intervenciones tendientes a determinar los factores susceptibles de ser modificados para contribuir a disminuir la tasa de rehospitalizaciones. De especial importancia son los diagnósticos médicos de mayor tasa de rehospitalización que lo esperado, ya que éstos pueden ser más susceptibles de ser mejorados.

La elaboración y ejecución de programas educativos dirigidos a pacientes con alta probabilidad de rehospitalización, basados en el perfil desarrollado en este estudio podría constituir una buena herramienta para potenciar aquellos factores modificables del individuo y del ambiente, entre ellos se destaca el núcleo familiar, hábitos o estilos de vida, redes de apoyo, tipo de vivienda, factores de riesgo específicos y comunitarios, nivel económico, acceso a servicios de salud y la escolaridad que resulta determinante en la planificación de estrategias para el cambio relacionándose con la capacidad de manejar información y el grado de compromiso con su propio cuidado, estableciéndose una calidad asistencial óptima y no ideal, de acuerdo a las potencialidades y desventajas de cada individuo.

Al establecer la localidad como un factor que influye en la tasa de rehospitalización, es necesario desarrollar estrategias de seguimiento a los pacientes de otras procedencias portadores de diagnósticos médicos asociados a altas tasas de reingresos, para cuantificar de manera objetiva la evolución real del paciente y así determinar en forma eficaz el resultado de

las estrategias desarrolladas para disminuir la tasa de rehospitalización, una alternativa factible ha resultado la puesta en marcha de enfermería comunitaria, en donde el equipo de salud realiza visitas domiciliarias evaluando las condiciones del individuo y su entorno, permitiendo una visión integrada de la realidad del paciente.

Una propuesta aceptada es la coordinación con el nivel primario de atención o bien con los hospitales tipo 4 existentes en las comunas más lejanas de Valdivia, para efectuar el seguimiento de estos pacientes, sin embargo la implementación de tal sistema esta sujeto a numerosos cambios administrativos y operativos en los cuales aún no se llega a un consenso que beneficie a la calidad asistencial.

La correcta codificación de los diagnósticos médicos por parte de equipo de salud, son fundamentales al momento de generar los resultados y estrategias, se deben generar protocolos para la codificación de diagnósticos médicos unificando criterios, para así no tener sesgos en el análisis de los datos y desarrollar estrategias basadas en el perfil real de la población en estudio.

La utilización adecuada y oportuna de los registros de enfermería facilitarían la recolección de datos al momento de llevar a cabo una investigación, la labor de enfermería se ve subvalorada, ya que no existen registros del proceso de atención en la ficha clínica del paciente.

El desarrollo de esta investigación ha generado una base científica objetiva y cuantificable, cuyos resultados permiten caracterizar individualmente a los grupos más susceptibles a rehospitalizarse, lo que asegura una planificación adecuada a los requerimientos que permitirá a posterior el logro de resultados satisfactorios tanto para el equipo de salud como para la comunidad permanentes en el tiempo, de igual forma permitirá establecer futuras investigaciones para potenciar el avance científico de la disciplina de enfermería, a modo de mejorar la calidad de la atención en el sistema público de salud.

11.- CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes rehospitalizados en este estudio se encuentra en 9.5 %, el cual se ubica entre las más altas de las publicadas en estudios anteriores.

El sexo, los días cama promedio y la previsión son factores, que no se relacionan en este estudio a la tasa de rehospitalización.

La residencia en el mismo lugar que se ubica el centro hospitalario podría afectar de manera significativa el aumento de la tasa de rehospitalizaciones.

Los diagnósticos médicos que generan una mayor tasa de rehospitalización son: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica y Lupus Eritematoso Sistémico.

Los diagnósticos médicos que causan mayor número de rehospitalizaciones son: Angina Inestable, Insuficiencia Cardíaca, Infarto Agudo al Miocardio, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Neumonía, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Renal Crónica y Hemorragia Gastrointestinal.

Los pacientes rehospitalizados equivalentes al 10 % de la población total ocupan un 18% de los recursos de la población total.

12.- BIBLIOGRAFIA

- AGUILÓ, L.; PEIRÓ, V.; VICIANO, A.; TORRÓ, M.; GARCÍA, .M.; GARA, .J.; MEDRANO, R.; FERRI, C.; MUÑOZ, A. y RAMOS P. 2001. Factores asociados a complicaciones, reingresos y otros episodios adversos en cirugía biliar. Cirugía Española. 69: 560-569
- ANTIÑOLO y COL.2002. Un nuevo modelo para la atención de pacientes multiingresadores. Revista Clínica Española. 202: 197 - 198
- BARBA, J.; MARCO, S.; PLAZA, J.; GÓMEZ, I.; DE LA RIVA, .M.; CERVERO, J. y SOLÍS VILLA. 2000. Estudio retrospectivo de los reingresos precoces Revista Clínica Española. 200: 252-256
- BENBASSAT, J. y TARAGIN. M. 2000. Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care, Advantages and Limitations. Arch Intern Med. ;160: 1074-1081
- CRUZ, J.; ZAMBRANA, .M.; DELGADO, .F. y DÍEZ, G. 2001. Reingresos hospitalarios en Medicina Interna y estancia media Revista Clínica Española, Cartas al director. 201: 163-166
- ESPARZA, K.; FIERRO, A. 2002. Documento de internado. UACH. 5: 45-48
- FEMIA, P. y LUNA J. 2002. Bioestadística: “1^{er} Curso de la Diplomatura en Enfermería”. Bioestadística - Facultad de Medicina. Universidad de Granada (España) <http://www.ugr.es/~bioest> (Visita 5-Enero-2003)
- GARCIA, C.; ALMENARA, J. y GARCIA, J. 1998. Tasa de reingresos en un hospital de comarcal. Revista Española de Salud publica. 72: 103-110
- GÓMEZ, E.; DE VILLAR, E; MAYORAL, L. y GRILO, A. 1998. El reingreso hospitalario en medicina interna. Medicina Clínica, Cartas al director. 110: 479-

- INSALUD. 2000. Programa de Calidad Atención Especializada - Memoria 1999, Monitorización de indicadores. 5 Septiembre 2002
http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1999/indicador_12.htm
- JIMÉNEZ, P.; GARCÍA, A.; GÓMEZ, J.; HIDALGO, J.; LORENZO, L.; FERNÁNDEZ, L. y CREHUET, J. 2002. Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. Medicina Clínica. 118: 500-505
- LEIGHTON, F. 2002. Las Patologías Crónicas un Desafío para la Medicina Actual. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<http://www.bio.puc.cl/vinsalud/proyecto.htm> 5 Septiembre 2002
- MARTÍNEZ, M. y .ARANAZ, A. 2002. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial?. Calidad Asistencial. 17: 79-86
- MEDRANO, G. 1998. Plan de calidad del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Albacete para 1999.
<http://club.telepolis.com/fmedrano/documentos/calidad.htm> 5 Septiembre 2002
- MORALES, M. 2002. Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario.
<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien2.htm> 5 Septiembre 2002
- NUIN, L.; SALDAÑA, M. y DE PEDRO, M. 2002. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria?. Calidad Asistencial, 17: 67-78
- ROIGÈ, J. y MIQUEL, C. 1994. El reingreso en un servicio de medicina interna (carta). Med. Clin. Barcelona. 102: p. 317
- SANTANDER, G 2001. Programa de participación materna en el cuidado del lactante hospitalizado. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XIX nº 2 p. 52-56
- TIMMS, V.; PARKER, W. y FALLAT, E. 2002. Documentation of Characteristics of Early Hospital Readmission of Elderly Patients: A Challenge for Inservice Educators. Journal for Nurses in Staff Development. 18 (3):136 – 143

TORRES, F.; GONZÁLEZ, E.; ANGUITA, M.; RUIZ, F.; ROSAS, G.; IÑIGO, L. y GARCÍA, J. 2001. Tratamiento multidisciplinario del paciente con insuficiencia cardíaca. Unidad de Cardiología. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

http://www.sacardiologia.org/sac/revista/revista36/rev_m_5.htm 5 Septiembre 2002

VALENZUELA S. 2001. Fundamentos teóricos de Enfermería

<http://www.metas.org/listametas/DorotheaOrem.ppt> 5 Septiembre 2002

VASQUEZ, E; GARCIA, J; LEA, M., FAJARDO, A; GUZMAN, M; LOZANO, C; CARDENAL, R; RAMÍREZ, A; TARABINI, A. Y PAGOLA, C. 2002. Análisis de los factores condicionantes del reingreso hospitalario en medicina. Revista Clínica Española. 204: 187-196

13.- ANEXOS

Anexo 1. Lista total de pacientes que reingresaron año 2001.

	Promedio días cama	EDAD	PREVISION	SEXO
1	7.6	74	B	Masculino
2	1	77	B	Femenino
3	5.7	64	P	Masculino
4	3.7	20	A	Masculino
5	7.3	58	B	Femenino
6	15	91	A	Femenino
7	5.3	48	A	Masculino
8	10.5	73	B	Femenino
9	7.5	57	A	Femenino
10	8	66	B	Femenino
11	7	40	B	Femenino
12	3.5	87	B	Masculino
13	6.5	73	B	Masculino
14	4	87	B	Femenino
15	7	91	B	Femenino
16	6	76	D	Femenino
17	1.1	61	B	Femenino
18	5	70	B	Femenino
19	4	63	A	Masculino
20	7.7	59	B	Masculino
21	4.5	62	B	Femenino
22	7.2	64	A	Femenino
23	8	83	B	Femenino
24	5.5	66	B	Femenino
25	2	71	A	Femenino
26	11.2	82	B	Femenino
27	12.5	65	A	Femenino
28	6.4	57	B	Femenino
29	8	51	B	Femenino
30	2	23	C	Femenino
31	3.6	85	B	Femenino
32	9.5	85	B	Masculino
33	5.7	78	P	Masculino
34	12	86	P	Masculino
35	4	86	D	Femenino
36	4.5	41	P	Masculino
37	4.4	75	O	Masculino
38	8.6	74	B	Femenino
39	6	71	B	Femenino
40	6.6	76	B	Femenino
41	5.5	91	B	Masculino

42	10.8	74	B	Femenino
43	3	62	B	Femenino
44	13	73	B	Masculino
45	5.7	57	P	Femenino
46	5.8	45	A	Masculino
47	5.5	52	B	Masculino
48	6.2	61	P	Femenino
49	10.5	76	A	Femenino
50	7.6	66	B	Masculino
51	2.5	68	B	Masculino
52	14.5	62	B	Masculino
53	9.6	64	B	Femenino
54	8.5	35	A	Masculino
55	6.5	66	B	Femenino
56	7	67	B	Femenino
57	11	47	B	Femenino
58	7	50	A	Femenino
59	9	57	B	Masculino
60	10.5	51	A	Femenino
61	8	70	B	Femenino
62	6.5	52	C	Masculino
63	2	73	B	Masculino
64	9.6	73	B	Masculino
65	3	72	A	Masculino
66	1.3	62	B	Femenino
67	2.3	54	A	Masculino
68	18.6	84	C	Femenino
69	2.6	49	A	Masculino
70	7.6	89	B	Femenino
71	18.5	85	B	Masculino
72	8.5	70	C	Masculino
73	1	37	B	Femenino
74	9.6	72	B	Femenino
75	4.5	74	S	Femenino
76	4.4	45	B	Masculino
77	12.6	64	B	Femenino
78	4.5	69	B	Masculino
79	11.5	51	A	Masculino
80	14.5	82	B	Masculino
81	6.5	65	A	Femenino
82	4	59	B	Femenino
83	4.3	62	B	Femenino
84	14	54	B	Masculino
85	10	77	B	Femenino
86	5.5	76	A	Masculino
87	12.5	47	O	Masculino

88	10.6	58	A	Femenino
89	3.5	35	A	Masculino
90	1.6	44	B	Femenino
91	7	65	B	Masculino
92	2	26	D	Femenino
93	11.5	82	C	Masculino
94	3	70	B	Masculino
95	7	32	O	Masculino
96	6.6	74	B	Masculino
97	6	39	A	Masculino
98	8	41	A	Femenino
99	4.5	27	B	Femenino
100	5	80	B	Masculino
101	13.7	73	A	Femenino
102	8	55	P	Masculino
103	4.3	58	B	Masculino
104	3	90	B	Femenino
105	1.5	20	P	Masculino
106	13.5	61	P	Femenino
107	8.8	47	B	Femenino
108	4	16	B	Femenino
109	7.2	52	P	Masculino
110	10.5	21	B	Masculino
111	6.7	31	B	Femenino
112	5.5	81	P	Femenino
113	4.2	48	D	Femenino
114	6.5	27	P	Femenino
115	8.5	41	A	Femenino
116	4.5	48	A	Masculino
117	9.7	63	B	Masculino
118	9.5	89	B	Femenino
119	13.6	76	P	Masculino
120	9.5	63	D	Masculino
121	1.5	34	B	Masculino
122	9	57	A	Masculino
123	7	25	C	Masculino
124	6	36	A	Femenino
125	11.5	52	A	Masculino
126	10	76	B	Femenino
127	7	71	B	Masculino
128	3	36	A	Masculino
129	11	73	B	Femenino
130	8	49	A	Femenino
131	2.3	74	A	Masculino
132	5.3	90	B	Femenino
133	19.6	69	B	Femenino

134	20.5	62	A	Masculino
135	2	17	A	Femenino
136	22.5	39	A	Masculino
137	23	17	A	Femenino
138	7	62	B	Masculino
139	6.7	72	B	Femenino
140	2	44	A	Masculino
141	5.6	74	A	Femenino
142	14	70	B	Masculino
143	6.5	74	D	Masculino
144	19.3	48	D	Femenino
145	6	57	P	Masculino
146	1	50	B	Femenino
147	5	81	B	Femenino
148	10.6	27	A	Femenino
149	12	66	C	Femenino
150	26	70	C	Masculino
151	11.3	52	A	Masculino
152	9	18	A	Femenino
153	4	16	A	Femenino
154	9.3	95	A	Masculino
155	5.5	68	A	Masculino
156	6.5	82	B	Femenino
157	2	68	B	Masculino
158		80	B	Femenino
159		49	A	Masculino
160		39	A	Masculino
161		72	B	Masculino
162		65	B	Femenino

Anexo 1. Lista total de pacientes que reingresaron año 2001. (Continuación)

	FICHA	COD_DI	DIAG_EGRESO
1	4	J44.1	ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
2	613	M06.9	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
3	1709	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
4	2727	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA congenita
5	3376	K76.9	ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA
6	3740	I49.8	OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS
7	4984	N00.2	SINDROME NEFRITICO AGUDO, GLOMERULONEFRI
8	6690	J98.8	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS LCFA
9	7643	E14.X	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA
10	8104	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
11	8260	I20.0	ANGINA INESTABLE
12	10233	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
13	10473	I20.0	ANGINA INESTABLE
14	13442	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
15	13615	J98.9	TRASTORNO RESPIRATORIO, NE, INS.RESP
16	14656	J98.9	TRASTORNO RESPIRATORIO, NE LCFA
17	14940	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFI
18	15065	J81.X	EDEMA PULMONAR
19	16560	I48.X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR
20	16780	K70.9	ENFERMEDAD HEPATICA ALCOHOLICA, NO ESPEC
21	18053	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADA
22	19284	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFI
23	20506	N10.X	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA
24	21286	J98.8	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS SBO
25	22071	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
26	22416	J84.1	OTRAS ENF.PULM.FIBROSIS PULMONAR
27	23408	I85.0	VARICES ESOFAGICAS CON HEMORRAGIA
28	25619	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFI
29	27187	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
30	27718	B02.2+	HERPES ZOSTER CON OTROS COMPROMISOS DEL
31	27865	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
32	28255	J18.1	NEUMONIA LOBAR, NO ESPECIFICADA
33	28405	J81.X	EDEMA PULMONAR EPA
34	28552	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
35	28696	I49.0	FIBRILACION Y ALETEO VENTRICULAR
36	31106	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFI
37	32828	J98.9	TRASTORNO RESPIRATORIO, NE EPOC
38	34576	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
39	35001	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
40	35185	N17.9	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICA
41	35246	K92.2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFI
42	36213	N10.X	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA

43	36477	I85.0	V RICES ESOF GICAS CON HEMORRAGIA
44	38735	I10.X	HIPERTENSI" N ESENCIAL (PRIMARIA) IRC
45	40276	J44.8	BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVAS
46	40457	E14.1	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON
47	40775	J44.8	BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVAS
48	41481	I85.0	V RICES ESOF GICAS CON HEMORRAGIA
49	41640	I64.X	AVE AGUDO INSUF HEPAT
50	42265	I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HTA INSUF HEP
51	43711	I49.0	FIBRILACI" N Y ALETEO VENTRICULAR
52	45544	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI
53	47223	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL EST" MAGO, PARTE NO ESP
54	50408	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR" NICA
55	53058	I20.0	ANGINA INESTABLE
56	53087	I85.0	V RICES ESOF GICAS CON HEMORRAGIA
57	55525	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR" NICA
58	56158	I49.8	OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESP INSUF CARD
59	60444	I20.0	ANGINA INESTABLE
60	63414	J81.X	EDEMA PULMONAR
61	63703	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
62	64381	I47.2	TAQUICARDIA VENTRICULAR IAM
63	65044	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI
64	71902	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
65	73081	D37.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO
66	74892	E14.2+	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON
67	77816	I20.0	ANGINA INESTABLE
68	80625	N10.X	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA
69	89512	K70.3	CIRROSIS HEP TICA ALCOH" LICA
70	90755	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
71	91666	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
72	92087	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
73	94773	I49.0	FIBRILACI" N Y ALETEO VENTRICULAR
74	110016	K72.9	INSUFICIENCIA HEP TICA, NO ESPECIFICADA
75	112014	J96.1	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CR" NICA
76	116208	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI
77	117535	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
78	134552	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR" NICA
79	136657	K92.2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFI
80	140476	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
81	142255	J81.X	EDEMA PULMONAR EPA
82	143497	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADA
83	148896	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI
84	151150	M30.0	POLIARTERITIS NUDOSA
85	152968	A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
86	156616	K92.2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFI
87	156788	K70.9	ENFERMEDAD HEP TICA ALCOH" LICA, NO ESPEC
88	159195	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI

89	160895	B20.9	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENFERM
90	163985	M32.9	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SIN OTRA ES
91	164912	J18.1	NEUMONIA LOBAR, NE LCFA
92	167373	K92.2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFI
93	169247	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
94	170266	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
95	173611	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
96	173713	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
97	174759	N17.9	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICA
98	175548	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
99	179564	K85.X	PANCREATITIS AGUDA
100	193940	K25.4	ULCERA G STRICA, CR"NICA O NO ESPECIFICA
101	198444	K70.4	INSUFICIENCIA HEP TICA ALCOH"LICA
102	204923	I85.0	V RICES ESOF GICAS CON HEMORRAGIA
103	205757	I85.9	V RICES ESOF GICAS SIN HEMORRAGIA HDA
104	208419	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
105	210061	B75.X	TRIQUINOSIS
106	229454	J44.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR"NICA,
107	230971	M32.9	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SI N OTRA ES
108	240649	M32.9	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SIN OTRA ES
109	245650	K70.9	ENFERMEDAD HEP TICA ALCOH"LICA, NO ESPEC
110	249840	A01.0	FIEBRE TIFOIDEA
111	251139	A16.2	TBC DEL PULM"N, SIN MENCI"N DE SBO
112	262414	I50.9	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES AGUDAS
113	264874	C90.0	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA
114	273404	T50.9	MIELOMA M#LTIPLE
115	277329	E43.X	OTRAS DROGAS Y SUSTANCIAS BIOL"GICAS, Y
116	282106	I20.0	DESNUT CALOR-PROT SEVERA, SD INTEST CORTO
117	284189	I20.0	ANGINA INESTABLE
118	285562	N17.9	ANGINA INESTABLE
119	285749	J18.9	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICA
120	286141	K70.9	NEUMONIA, NE EPOC
121	295721	N18.9	ENFERMEDAD HEP TICA ALCOH"LICA, NO ESPEC
122	296711	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
123	305064	K26.0	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
124	317699	N18.8	ULCERA DUODENAL, AGUDA CON HDA
125	322110	T86.1	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES CR"NICAS
126	329118	C64.X	FALLA Y RECHAZO DE TRASPLANTE DE RI#N
127	329913	K72.1	TU MALIG RIÑON, IRC
128	352125	M32.9	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SIN OTRA ES
129	365875	E10.7	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SIN OTRA ES
130	366252	M34.9	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, C
131	366763	J20.9	ESCLEROSIS SIST MICA, NO ESPECIFICADA
132	373134	J18.9	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
133	375802	L93.0	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
134	376771	N18.9	LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE

135	398949	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
136	404493	B24.X	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
137	404814	I30.9	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE
138	409122	I21.9	PERICARDITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
139	414816	C90.0	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
140	417849	I23.6	MIELOMA M#LTIPL
141	418162	I50.9	TROMBOSIS DE LA AURICULA, AP NDICE AURIC
142	418628	D43.0	INSUFICIENCIA CARD!ACA, NO ESPECIFICADA
143	419924	J44.1	TU DE COMPORTAM INCIERTO CARD CORO
144	421166	Z49.0	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR"NICA
145	421325	C16.9	CUID PREP P DIALISIS IRC
146	424514	N18.8	TUMOR MALIGNO DEL EST"MAGO, PARTE NO ESP
147	428520	J44.1	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES CR"NICAS
148	430104	Z94.0	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR"NICA
149	431164	K70.3	TRASPLANTE DE RIÑON IRC
150	432441	A40.9	CIRROSIS HEP TICA ALCOH"LICA
151	432830	J44.1	SEPTICEMIA ESTREPTOC"CICA, NO ESPECIFICA
152	433238	K29.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR"NICA
153	433710	K25.0	GASTRODUODENITIS,NE HDA
154	433780	A41.9	ULCERA G STRICA, AGUDA CON HEMORRAGIA
155	435404	I48.X	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
156	437283	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES
157	438368	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CR"NICA, NO ESPECIFI
158	18929	I50.9	INSUFICIENCIA CARD!ACA, NO ESPECIFICADA
159	122029	K70.3	CIRROSIS HEP TICA ALCOH"LICA
160	243690	F10.2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
161	291609	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
162	432080	N39.0	INFECCI" N DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ES

Anexo 2. Comparación de las medias para el promedio de días cama entre pacientes reingresados y pacientes totales.

Mann-Whitney (Wilcoxon) W test para comparar las medianas.

Hipotesis nula: mediana 1 = mediana 2

Hipotesis alternativa: mediana 1 ≠ mediana 2

W = 142721,0 P-value = 0,171778. Por lo que se acepta la hipótesis nula.

Anexo 3. Comparación de la frecuencia de pacientes provenientes de Valdivia entre los pacientes totales y los pacientes reingresados.

	Casos	
	Nº total de pacientes	Nº pacientes de Valdivia
Pacientes reingresados	162	126
Pacientes totales	1711	1063

Hipótesis
Hipótesis nula= son iguales las proporciones
Hipótesis alternativa= son distintas las proporciones

		Característica		
		Son de Valdivia	No son de Vald.	Total
Muestra	Pacientes reingresados	126	36	162
	Pacientes totales	1063	648	1711
	a1	1189		1873 (Total)
	a2	684		

Porcentaje PR=	0,78	P=	0,63
Porcentaje PT=	0,62	Q=	0,37

Calculo de Z			
		Z Final	3,947
			P<0.05

P-value < 0,05. Por lo que se acepta la hipótesis alternativa.

Anexo 4. Código de identificación y patología asociada.

FIEBRE TIFOIDEA	A01.0	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	C92.0
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO OR	A09.X	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	C92.1
TUBERCULOSIS DEL PULMÓN, SIN MENCIÓN DE	A16.2	TUMORES MALIGNOS (PRIMARIOS) DE SITIOS M	C97.X
PLEURESIA TUBERCULOSA, SIN MENCIÓN DE CO	A16.5	TUMOR BENIGNO DEL ESTÓMAGO	D13.1
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICAD	A16.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO	D37.6
TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	A18.1+	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO	D37.9
TUBERCULOSIS DE GLÁNDULAS SUPRARRENALES	A18.7+	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO	D39.0
TUBERCULOSIS DE OTROS ÓRGANOS ESPECÍFICA	A18.8+	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO	D41.0
TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECÍFICA	A19.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCO	D43.0
CARBUNCO, NO ESPECIFICADO	A22.9	SÍNDROME MIELODISPLÁSICO, SIN OTRA ESPEC	D46.9
SEPTICEMIA ESTREPTOCÓCICA, NO ESPECÍFICA	A40.9	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDA	D50.0
SEPTICEMIA DEBIDA A OTRO ESTAFILOCOCO ES	A41.1	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE FOLATOS, SIN O	D52.9
SEPTICEMIA DEBIDA A ESTAFILOCOCO NO ESPE	A41.2	ESFEROCITOSIS HEREDITARIA	D58.0
SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRA	A41.5	OTRAS ANEMIAS HEMOLÍTICAS AUTOINMUNES	D59.1
OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS	A41.8	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	D64.9
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	A41.9	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII	D66.X
ACTINOMICOSIS, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	A42.9	PLAQUETOPENIA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA	D69.3
INFECCIÓN BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	A49.9	OTRAS TROMBOCITOPENIAS PRIMARIAS	D69.4
OTRAS SIFILIS SECUNDARIAS	A51.4	TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA	D69.6
MENINGITIS VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	A87.9	AGRANULOCITOSIS	D70.X
HERPES ZOSTER CON OTROS COMPROMISOS DEL	B02.2+	EOSINOFILIA	D72.1
HEPATITIS AGUDA TIPO B, SIN AGENTE DELTA	B16.9	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E03.8
HEPATITIS VIRAL NO ESPECIFICADA SIN COMA	B19.9	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	E03.9
ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN NEUMON	B20.6	BOCIO MULTINODULAR NO TÓXICO	E04.2
ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENFERM	B20.9	TIROTOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO	E05.0
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIE	B24.X	TIROTOXICOSIS, NO ESP. HIPERTIROIDISMO	E05.9
INFECCIÓN VIRAL, NO ESPECIFICADA	B34.9	TIROIDITIS AGUDA	E06.0
ESTOMATITIS CANDIDÍASICA	B37.0	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, C	E10.6
CANDIDIASIS, NO ESPECIFICADA	B37.9	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, C	E10.7
TRIQUINOSIS	B75.X	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, C	E10.8
SECUELAS DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA Y	B90.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.0
TUMOR MALIGNO DEL ESÓFAGO, PORCIÓN CERVI	C15.0	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.1
TUMOR MALIGNO DEL ESÓFAGO, PARTE NO ESPE	C15.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.2+
TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO, PARTE NO ESP	C16.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.4+
CARCINOMA DE VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICA	C22.1	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.5
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICAD	C22.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON	E14.8
TUMOR MALIGNO DE LA VESÍCULA BILIAR	C23.X	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN	E14.9
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PUL	C34.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA	E14.X
LESIÓN DE SITIOS CONTIGUOS DEL CORAZÓN,	C38.8	COMA HIPOGLICÉMICO NO DIABÉTICO	E15.X
TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ES	C48.2	OTRAS HIPOGLICEMIAS	E16.1
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPEC	C50.9	HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	E16.2
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	C56.X	INSUFICIENCIA CORTICOSUPRARRENAL PRIMARI	E27.1
TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	C61.X	OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACIÓN ALV	E66.2
TUMOR MALIGNO DEL RÍEN, EXCEPTO DE LA P	C64.X	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DEL CALCIO	E83.5

TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS	C77.2	AMILOIDOSIS, NO ESPECIFICADA	E85.9
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	C80.X	DEPLECI'N DEL VOLUMEN-DESHIDRATACION	E86.X
ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA	C81.9	HIPOSMOLARIDAD E HIPONATREMIA	E87.1
LINFOMA NO HODGKIN DE C LULAS PEQUEÑAS (C83.0	ACIDOSIS	E87.2
LINFOMA NO HODGKIN DE C LULAS GRANDES (D	C83.3	HIPOPOTASIA	E87.6
OTROS LINFOMAS DE C LULAS T Y LOS NO ESP	C84.5	EMBRIAGUEZ-TRAST.MENT.Y DEL COMP.DEB.A U	F10.0
LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	C85.9	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	F10.2
MIELOMA M#LTIPL	C90.0	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	F10.3
LEUCEMIA LINFOBLSTICA AGUDA	C91.0	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	F32.9
OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS [DE CONVER	F44.8	INFARTO CEREBRAL, NO ESPECIFICADO	I63.9
ABUSO DE SUSTANCIAS QUE NO PRODUCEN DEPE	F55.X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEF LICO AGUDO, NO	I64.X
MENINGITIS ESTREPTOC'ICA	G00.2	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESP	I67.8
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G30.9	ATEROSCLEROSIS DE OTRAS ARTERIAS	I70.8
DEGENERACI'N DEL SISTEMA NERVIOSO DEBIDA	G31.2	DISECCI'N DE AORTA (CUALQUIER PARTE)	I71.0
OTRAS EPILEPSIAS	G40.8	ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL, SIN MEN	I71.4
MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	G43.9	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS	I74.8
ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA	G45.9	FISTULA ARTERIOVENOSA, ADQUIRIDA	I77.0
OTRAS MONONEUROPATIAS ESPECIFICADAS	G58.8	ARTERITIS, NO ESPECIFICADA	I77.6
SINDROME DE GUILLAIN-BARR	G61.0	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPEC	I82.8
MIOPATIA, NO ESPECIFICADA	G72.9	HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACI'N	I84.2
LESI'N CEREBRAL AN'XICA, NO CLASIFICADA	G93.1	V RICES ESOF GICAS CON HEMORRAGIA	I85.0
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA	G93.4	V RICES ESOF GICAS SIN HEMORRAGIA	I85.9
TRASTORNO DE LA FUNCION VESTIBULAR, NO E	H81.9	COMPRESI'N DE VENA	I87.1
ENFERMEDAD VALVULAR MITRAL, NO ESPECIFIC	I05.9	OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	I99.X
HIPERTENSI'N ESENCIAL (PRIMARIA)	I10.X	AMIGDALITIS AGUDA, INFECCIOSA	J03.9
ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INS	I11.9	NEUMONIA DEBIDA A OTROS VIRUS	J12.8
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFI	I12.0	NEUMONIA DEBIDA A ESTAFILOCOCOS	J15.2
ANGINA INESTABLE	I20.0	NEUMONIA DEBIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE	J15.7
OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE ANGINA DE	I20.8	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J18.0
ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	I20.9	NEUMONIA LOBAR, NO ESPECIFICADA	J18.1
INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO D	I21.0	OTRAS NEUMONIAS, DE MICROORGANISMO NO ES	J18.8
INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO D	I21.1	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J18.9
INFARTO AGUDO TRANSMURAL DEL MIOCARDIO D	I21.2	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J20.9
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ES	I21.9	INFECCI'N AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS V	J22.X
INFARTO SUBSECUENTE DEL MIOCARDIO DE LA	I22.0	SINUSITIS MAXILAR CR'NICA	J32.0
TROMBOSIS DE LA AURICULA, APNDICE AURIC	I23.6	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O	J40.X
ENFERMEDAD ISQUICA CR'NICA DEL CORAZ'N	I25.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR'NICA	J44.0
EMBOLIA PULMONAR SIN MENCI'N DE CORAZ'N	I26.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR'NICA	J44.1
HIPERTENSI'N PULMONAR PRIMARIA	I27.0	BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVAS	J44.8
ENFERMEDAD DEL PERICARDIO, NO ESPECIFICA	I31.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CR'NICA,	J44.9
ENDOCARDITIS INFECCIOSA AGUDA Y SUBAGUDA	I33.0	ASMA, NO ESPECIFICADA	J45.9
CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA	I42.9	BRONQUIECTASIA	J47.X
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GR	I44.0	NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACI'N DE ALIMEN	J69.0
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE SEGUNDO G	I44.1	NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACI'N DE OTROS	J69.8
BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO	I44.2	EDEMA PULMONAR	J81.X
OTROS TIPOS DE BLOQUEO AURICULOVENTRICUL	I44.3	EOSINOFILIA PULMONAR, NO CLASIFICADA EN	J82.X

TRASTORNO DE LA CONDUCCI" N, NO ESPECIFIC	I45.9	OTRAS ENF.PULM.FIBROSIS PULMONAR	J84.1
PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO	I46.9	ABSCESO DEL PULM" N SIN NEUMONIA	J85.2
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	I47.1	PIOT" RAX SIN FISTULA	J86.9
TAQUICARDIA VENTRICULAR	I47.2	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA P	J90.X
TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	I47.9	HEMOT" RAX	J94.2
TAQUICARDIA PAROXISTICA	I47.X	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS DE LA PLE	J94.8
FIBRILACI" N Y ALETEO AURICULAR	I48.X	AFECCI" N PLEURAL, NO ESPECIFICADA	J94.9
FIBRILACI" N Y ALETEO VENTRICULAR	I49.0	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J96.0
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS	I49.8	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CR" NICA	J96.1
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I49.9	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFIC	J96.9
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I50.0	OTROS TRASTORNOS DEL PULM" N	J98.4
INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I50.9	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFIC	J98.8
ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I51.9	TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	J98.9
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO,	I61.1	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS DE LOS DI	K08.8
HEMORRAGIA INTRAENCEF LICA, NO ESPECIFIC	I61.9	ESOFAGITIS	K20.X
INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE A	I63.3	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOF GICO S	K21.9
INFARTO CEREBRAL DEBIDO A EMBOLIA DE ART	I63.4	ULCERA DEL ES" FAGO	K22.1
ENFERMEDAD DEL ES" FAGO, NO ESPECIFICADA	K22.9	ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	M06.0
ULCERA G STRICA, AGUDA CON HEMORRAGIA	K25.0	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDES ESPECIFICADAS	M06.8
ULCERA G STRICA, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI	K25.3	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M06.9
ULCERA G STRICA, NO ESPECIFICADA COMO AG	K25.9	GOTA IDIOP TICA	M10.0
ULCERA DUODENAL, AGUDA CON HEMORRAGIA	K26.0	POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	M13.0
ULCERA DUODENAL, NO ESPECIFICADA COMO AG	K26.9	OTRAS ARTRITIS ESPECIFICADAS	M13.8
ULCERA P PTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	K27.0	DOLOR EN ARTICULACI" N	M25.5
ULCERA P PTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	K27.4	POLIARTRITIS NUDOSA	M30.0
ULCERA P PTICA, NO E SPECIFICADA COMO AGU	K27.9	SINDROME DEL CAYADO DE LA AORTA (TAKAYAS	M31.4
GASTRITIS AGUDA HEMORR GICA	K29.0	LUPUS ERITEMATOSO SIST MICO, SIN OTRA ES	M32.9
OTRAS GASTRITIS AGUDAS	K29.1	OTRAS DERMATOMIOSITIS	M33.1
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	K29.7	ESCLEROSIS SIST MICA, NO ESPECIFICADA	M34.9
GASTRODUODENITIS, NO ESPECIFICADA	K29.9	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	M54.9
ENFERMEDAD DEL EST" MAGO Y DEL DUODENO, N	K31.9	SINDROME DE LA ARTICULACI" N CONDRICOSTAL	M94.0
APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERA	K35.0	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL CART!	M94.8
OTRAS COLITIS ULCERATIVAS	K51.8	SINDROME NEFRITICO AGUDO, GLOMERULONEFRI	N00.2
COLITIS ULCERATIVA, SIN OTRA ESPECIFICAC	K51.9	SINDROME NEFRITICO CR" NICO, NO ESPECIFIC	N03.9
OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFEC	K52.8	SINDROME NEFR" TICO, GLOMERULONEFRITIS ME	N04.2
COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	K52.9	SINDROME NEFR" TICO, NO ESPECIFICADA	N04.9
OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	K56.4	SINDROME NEFRITICO NO ESPECIFICADO, GLOM	N05.2
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, P	K57.9	SINDROME NEFRITICO NO ESPECIFICADO, NO E	N05.9
SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	K58.9	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA	N10.X
HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO	K62.5	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL, NO ESPECIFI	N12.X
ULCERA DEL ANO Y DEL RECTO	K62.6	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON NECROSIS T	N17.0
PERITONITIS AGUDA	K65.0	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES AGUDAS	N17.8
PERITONITIS, NO ESPECIFICADA	K65.9	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICA	N17.9
HEPATITIS ALCOH" LICA	K70.1	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	N18.0
CIRROSIS HEP TICA ALCOH" LICA	K70.3	OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES CR" NICAS	N18.8
INSUFICIENCIA HEP TICA ALCOH" LICA	K70.4	INSUFICIENCIA RENAL CR" NICA, NO ESPECIFI	N18.9

ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA, NO ESPEC	K70.9	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	N18.X
INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA O SUBAGUDA	K72.0	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19.X
INSUFICIENCIA HEPÁTICA, NO ESPECIFICADA	K72.9	TRASTORNO DEL RÍEN Y DEL URTER, NO ESP	N28.9
HEPATITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	K73.9	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ES	N39.0
CIRROSIS BILIAR, NO ESPECIFICADA	K74.5	HEMOPTISIS	R04.2
OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPEC	K74.6	TOS	R05.X
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL HIGADO, NO E	K75.9	OTRAS ANORMALIDADES DE LA RESPIRACIÓN Y	R06.8
HIPERTENSIÓN PORTAL	K76.6	DOLOR PRECORDIAL	R07.2
ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	K76.9	ASFIXIA	R09.0
COLELITIASIS DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITI	K80.5	PARO RESPIRATORIO-INSUF.CARDIORESPIRATOR	R09.2
OTRAS COLELITIASIS	K80.8	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPEC	R10.4
COLECISTITIS AGUDA	K81.0	HEPATOMEGALIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PA	R16.0
COLANGITIS	K83.0	ICTERICIA NO ESPECIFICADA	R17.X
PANCREATITIS AGUDA	K85.X	TUMEFACCIÓN, MASA O PROMINENCIA INTRAABD	R19.0
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFI	K92.2	MAREO Y DESVANECIMIENTO	R42.X
CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBRO	L03.1	DISFASIA Y AFASIA	R47.0
PIODERMA	L08.0	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R50.9
PIRIFORMIS VULGAR	L10.0	CEFALEA	R51.X
OTROS PIIFORMIS	L10.8	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADA	R56.8
PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA	L40.1	CHOQUE CARDIOGENICO	R57.0
OTRAS PSORIASIS	L40.8	EDEMA GENERALIZADO	R60.1
ERITEMA MULTIFORME FLICTENULAR	L51.1	AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA Y MUSLO,	S78.9
LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	L93.0	OPIO	T40.0
GRANULOMA PIÓGENO	L98.0	BARBITÚRICOS	T42.3
OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TUMOR MALIGN	Z03.1	GLUCOSIDOS CARDIOTÓXICOS Y MEDICAMENTOS	T46.0
OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE OTRAS ENFERM	Z03.8	OTRAS DROGAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS, Y	T50.9
OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD O	Z03.9	OTRAS DROGAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS, Y	T50.9
EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A OTRO	Z09.8	ALCALIS CLÓSTICOS Y SUSTANCIAS ALCALINAS	T54.3
ASISTENCIA Y AJUSTE DE MARCAPASO CARDÍAC	Z45.0	HERBICIDAS Y FUNGICIDAS	T60.3
ASISTENCIA Y AJUSTE DE DISPOSITIVOS DE A	Z45.2	CHOQUE ANafiláctico, NO ESPECIFICADO	T78.2
OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES	Z48.8	ALERGIA NO ESPECIFICADA	T78.4
CUIDADOS PREPARATORIOS PARA DIÁLISIS	Z49.0	INFECCIÓN CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, N	T81.4
DIÁLISIS EXTRACORPÓREA	Z49.1	COMPLICACIONES VASCULARES CONSECUTIVAS A	T81.7
OTRAS DIÁLISIS	Z49.2	OTRAS COMPLICACIONES DE DISPOSITIVOS PRO	T82.8
OTRA QUIMIOTERAPIA	Z51.2	FALLA Y RECHAZO DE TRASPLANTE DE RÍEN	T86.1
HISTORIA PERSONAL DE LESIÓN AUTOINFLIGIDA	Z91.5	EFEECTO ADVERSO NO ESPECIFICADO DE DROGA	T88.7
TRASPLANTE DE RÍEN	Z94.0		

Anexo 5. Valores de Z y significancia estadística, sobre las diferencias de proporciones observadas entre pacientes totales y pacientes reingresados, para diferentes patologías.

Cuando el P-value es menor a 0.05 existen diferencias estadísticas significativas en la frecuencia de la patología, entre los pacientes totales y los pacientes reingresados.

PATOLOGIA	Valor Z	P-Value
A	1,052	P>0.05
B	1,781	P>0.05
E	1,443	P>0.05
I	0,342	P>0.05
J	0,436	P>0.05
M	2,219	P<0.05
N	3,472	P<0.05
R	2,042	P<0.05
Detalle		
I20,0	0,599	P>0.05
I50,9	0,578	P>0.05
J44,1	2,719	P<0.05
J80,1	0,064	P>0.05
N17,9	1,288	P>0.05
N18,9	5,666	P<0.05
M32,9	2,804	P<0.05