asistencial en que estaba siendo atendido este grupo de pacientes cuyo ingreso resultó inadecuado como medidor indirecto de eficiencia asistencial.

En segundo lugar, nos interesa conocer si se realizó algún tipo de ajuste de la "probabilidad de reingreso" teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente medida con el índice de Charlson (4), que ha relacionado de forma inequívoca la pluripatología del paciente con la probabilidad de reingresar a los 30 días y a los tres meses, así como de exitus (5,6). Este fenómeno aparece reflejado de forma indirecta en el artículo del Dr. Alonso en el hecho de que al grupo que reingresó antes de los 30 días correspondiera una mayor mortalidad intrahospitalaria, sugiriendo que este grupo de pacientes podría tener una mayor comorbilidad.

Finalmente, constatamos que tanto la consulta con Atención Primaria como la adecuación del manejo ambulatorio se asociaron a un retraso del ingreso. Probablemente este hecho muestre la necesidad de optimizar la atención continuada del paciente con miras a evitar el reingreso hospitalario, que es al mismo tiempo un indicador indirecto de la calidad de vida y salud de un importante grupo de la población.

F. J. Rodríguez-Vera, M. R. Alcoucer Díaz, Y. Marín Fernández, E. Pujol de la Llave

Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

1. Alonso Martínez JL, Llorente Díez B. Echegaray Agara M, Urbieta Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2001; 18 (5): 248-54.
2. Rodríguez-Vera FJ, Alcoucer Díaz MR, Rodríguez Gomez FJ, Martínez García T, Colchero Fernández J, Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos en un Servicio de Medicina Interna en un Hospital de segundo nivel. An Med Interna (Madrid) 1999; 16: 277-80.
3. Restuccia JD. Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revision. Fundació Avedis Donabedian per la milora de làssitencia sanitaria. ISBN: 84-88024-02-9.
4. Charlson ME, Pompei P, Ales K, MacKenzie R. A new meted of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987; 40 (5): 373-83.
5. Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Chronic comorbitidy and outcomes of hospital care: length of stay, mortality and readmission at 30 and 365 days. J Clin Epidemiol 1999; 52 (3): 171-9.
6. Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Comorbilidad crónica y homogeneidad de los grupos de diagnóstico relacionados. Gac Sanit 1999; 13 (4): 292-302.

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Rodríguez Vera y cols. (1) respecto del trabajo *Reingreso hospitalario en Medicina Interna*, donde se plantean varias preguntas que intentaremos contestar, ya que pudieron no quedar suficientemente aclaradas en el original, debido a motivos de brevedad.

Para la clasificación del reingreso evitable se usaron los criterios de adecuación del ingreso urgente del *Appropriateness Evaluation Protocol –AEP-* (3,4) puesto que la mayoría de los pacientes (98%) ingresaron de forma urgente desde el Servicio de Urgencias, considerando reingreso evitable cuando no se cumplían ninguno de los puntos (Tabla I). Aunque el trabajo iba dirigido a la evaluación del reingreso en general, y no al análisis del reingreso evitable, los puntos de incumplimiento más frecuentes fueron la no necesidad de fluidos intravenosos, ya que podrían haber sido tratados con ajustes de la medicación habitual y la inadecuada valoración del punto 9, deterioro cardiorrespiratorio agudo o progresivo. Los procesos más frecuentes de reingreso inadecuado fueron la insuficiencia cardiaca y la descompensación hiperglucémicas no cetósicas no hiperosmolares de la diabetes *mellitus*.

TABLA I

CRITERIOS DE ADECUACIÓN DE INGRESO URGENTE

Condiciones del paciente

1. Pérdida brusca de conciencia o desorientación.
2. Frecuencia cardiaca <50 o >140 l.p.m.
3. Tensión arterial sistólica <90 o >200 mmHg. Tensión arterial diastólica <60 o >120.
4. Pérdida brusca de audición o visión.
5. Déficit motor agudo.
6. Fiebre (>38º oral o >38.5º en otro lugar) durante más de 5 días.
7. Hemorragia activa.
8. Alteración acusada de electrolitos y/o gases. Na <123 mM/l o > 156. K<2.50 mM7l o > 6. pH arterial <7.30 o > 7.45. Poder de combinación de CO2 <20 mE/CO2 o >36.
9. Deterioro cardiorrespiratorio agudo o progresivo.
10. Evidencia electrocardiografica de isquemia aguda.
11. Evisceración o dehiscencia de suturas.

Necesidades de asistencia

12. Medicación y/o fluidos endovenosos.
13. Necesidad de cirugía o técnica especial a realizar antes de 24 horas.
14. Monitorización cada 2 horas.
15. Quimioterapia que requiera atención continuada.
16. tratamiento en UCI.
17. Antibioterapia intramuscular cada 8 horas.
18. Ventilación asistida.

Appropriateness Evaluation Protocol (2,3).

De los pacientes con reingreso considerado evitable, la mitad estaba siendo manejado en Atención Primaria, y la otra mitad en Atención Especializada (no diferencia estadística en la prueba exacta de Fisher), aunque la valoración de este dato es de dudosa utilidad debido a que gran parte de los pacientes reingresaron tras visita en el Servicio de Urgencias.

Respecto del reingreso temprano (antes de 30 días) y reevaluando los datos, efectivamente la comorbilidad parece tener un peso importante: Los 33 pacientes que causaron reingreso temprano tenían un total de 105 segundos diagnósticos frente a 13 segundos diagnósticos los pacientes que reingresaron de forma más tardía ($p< 0,001$ prueba de Fisher dos colas). Los segundos diagnósticos más frecuentes en los pacientes con reingreso temprano se encuadraban dentro de enfermedades cardiovasculares (30%), presididos por la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus (20%) y los trastornos neurológicos crónicos (13%), siendo el resto una miscelánea no clasificable.

Por último, estamos de acuerdo con Rodríguez Vera et al. en la máxima importancia del manejo ambulatorio adecuado de los pacientes, en particular con trastornos crónicos, y en la adecuada

coordinación asistencial ambulatoria entre Atención primaria y Atención Especializada con el fin de reducir las tasas de reingreso y optimizar los recursos hospitalarios. No obstante, en nuestra comunidad, la representación y relación de la Medicina Interna con Atención Primaria, al menos con los hospitales de nivel terciario, es menor que la aceptable, en parte por la escasez de las plantillas de médicos internistas y en parte por la tendencia de Atención Primaria a consultar más con otras especialidades que con Medicina Interna.

J. L. Alonso Martínez, B. Llorente Díez, M. A. Urbieta Echezarreta

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra.

1. Rodríguez-Vera FJ, Alcoucer Díaz MR, Marín Fernández Y, Pujol de la Llave E. El reigreso hospitalario como medida de la calidad asistencial. An Med Interna 2002; 19: 275.
2. Alonso Martínez JL,Llorente Diez B, Echegaray Agara M, Urbieta Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 248-54.
3. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol : A technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981; 19: 855-70.
4. Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and comparative position. Health care Manage Rev 1987; 12: 17-27.