

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2602>

## Frecuencia y causas de reingresos a la sala de emergencias dentro de las 72 horas

Frequency and causes of re-admissions to the emergency room within 72 hours

**Cristel Valeria Quichimbo Aponte**

cristelvaleria1994@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2378-2500>

Investigador independiente

Loja – Ecuador

Artículo recibido: 28 de agosto de 2024. Aceptado para publicación: 04 de septiembre de 2024.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

La frecuencia de reingresos a las salas de emergencias dentro de las 72 horas posteriores al alta es un indicador clave de la calidad de la atención hospitalaria y un desafío para los sistemas de salud. Este estudio tiene como objetivo analizar la frecuencia y las causas de reingresos en dos hospitales de Loja, Ecuador, para identificar factores de riesgo y áreas de mejora. Se utilizó un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de registros médicos de pacientes que reingresaron a emergencias durante un período de 12 meses. La muestra incluyó a pacientes mayores de 18 años que reingresaron dentro de las 72 horas, excluyendo aquellos con reingresos relacionados con traumas no asociados a la condición inicial. Los resultados revelaron una tasa de reingreso del 5% en el Hospital A y del 5.5% en el Hospital B. Las principales causas de reingreso fueron complicaciones postoperatorias (33%) y la reagudización de condiciones crónicas (20%). El grupo etario de 41-60 años representó el 40% de los reingresos, y el tiempo promedio de estadía en emergencias fue de 2.15 horas. Las conclusiones destacan la necesidad de mejorar los protocolos de alta y seguimiento, particularmente en pacientes con condiciones crónicas y aquellos sometidos a cirugías. La implementación de estrategias de seguimiento y educación al paciente podría reducir significativamente las tasas de reingreso y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios.


*Palabras clave:* reingresos hospitalarios, emergencias, calidad de atención

### Abstract

The frequency of readmissions to emergency rooms within 72 hours of discharge is a key indicator of the quality of hospital care and a challenge for health systems. This study aims to analyze the frequency and causes of readmissions in two hospitals in Loja, Ecuador, to identify risk factors and areas for improvement. An observational, descriptive and retrospective design was used, based on the review of medical records of patients who were readmitted to the emergency department during a 12-month period. The sample included patients over 18 years of age who were readmitted within 72 hours, excluding those with readmissions related to trauma not associated with the initial condition. The results revealed a readmission rate of 5% at Hospital A and 5.5% at Hospital B. The main causes of readmission were postoperative complications (33%) and exacerbation of chronic conditions (20%). The age group 41-60 years accounted for 40% of readmissions, and the average length of stay in the

emergency room was 2.15 hours. The conclusions highlight the need to improve discharge and follow-up protocols, particularly in patients with chronic conditions and those undergoing surgery. The implementation of follow-up and patient education strategies could significantly reduce readmission rates and improve efficiency in the use of hospital resources.

*Keywords:* hospital readmissions, emergencies, quality of care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Quichimbo Aponte, C. V. (2024). Frecuencia y causas de reingresos a la sala de emergencias dentro de las 72 horas. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (5), 217 – 227. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2602>

## INTRODUCCIÓN

El reingreso a la sala de emergencias (SE) dentro de las 72 horas posteriores al alta es un indicador crítico de la calidad de atención médica, ya que puede reflejar problemas en el diagnóstico inicial, el manejo del paciente o la efectividad de la comunicación durante el proceso de alta (Harrison et al., 2022). Este fenómeno, conocido como "reingreso precoz", no solo representa un desafío para los sistemas de salud en términos de costos y recursos, sino que también puede ser indicativo de complicaciones clínicas no resueltas o de la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente (Lo et al., 2021).

Los estudios recientes han destacado diversas causas de reingreso temprano, incluyendo la insuficiente evaluación del paciente antes del alta, errores en la prescripción o falta de acceso a atención médica continua (Bernstein et al., 2023). Además, ciertos grupos de pacientes, como aquellos con comorbilidades crónicas o condiciones socioeconómicas desfavorables, tienen un mayor riesgo de reingreso debido a factores externos que influyen en su recuperación (Greenwald et al., 2020).

La identificación de las causas subyacentes y la frecuencia de estos reingresos es crucial para desarrollar estrategias preventivas que mejoren la continuidad de la atención y reduzcan la carga sobre las salas de emergencias. La implementación de programas de seguimiento post-alta y la educación del paciente sobre su condición y tratamiento podrían ser medidas efectivas para disminuir la incidencia de reingresos tempranos (Jiang et al., 2021).

El reingreso a la sala de emergencias en contexto es un evento clínico relevante que ha captado la atención de investigadores y profesionales de la salud debido a su potencial para reflejar deficiencias en la calidad de la atención proporcionada. Este fenómeno, conocido comúnmente como "reingreso precoz", es un indicador indirecto de problemas en el diagnóstico, tratamiento, o en la planificación del alta, y a menudo se asocia con resultados adversos para el paciente y costos elevados para el sistema de salud (Goodacre et al., 2022). La identificación de los factores que contribuyen a estos reingresos es esencial para la implementación de estrategias que mejoren la atención y reducen la recurrencia de visitas innecesarias a la SE.

Las causas de estos reingresos son multifactoriales y complejas. Entre las más comunes se encuentran los errores en el diagnóstico inicial, donde la condición subyacente no es identificada adecuadamente o se subestima su gravedad, lo que lleva a un tratamiento insuficiente o inapropiado (Heyland et al., 2022). Además, la calidad de la comunicación durante el proceso de alta juega un papel crucial; los pacientes que no comprenden plenamente las instrucciones de alta o que no tienen acceso adecuado a los recursos de seguimiento están en mayor riesgo de necesitar una nueva evaluación médica en un corto plazo (Stefan et al., 2021).

Otro factor que contribuye al reingreso es la adherencia al tratamiento. Es común que los pacientes no sigan correctamente las indicaciones médicas después de ser dados de alta, ya sea por falta de comprensión, barreras económicas, o la ausencia de apoyo social (Moore et al., 2022). La no adherencia puede resultar en la progresión de la enfermedad, lo que obliga al paciente a buscar nuevamente atención de emergencia. Los pacientes con comorbilidades crónicas, como la insuficiencia cardíaca o la diabetes, son especialmente vulnerables a este tipo de complicaciones, ya que requieren un manejo complejo y continuo que puede verse interrumpido fácilmente (Kansagara et al., 2021).

Además de los factores relacionados con el paciente, el entorno del sistema de salud también influye en la tasa de reingresos. Por ejemplo, la disponibilidad limitada de recursos para el seguimiento post-alta, como consultas médicas programadas o servicios de enfermería domiciliaria, puede llevar a un manejo inadecuado de las condiciones médicas una vez que el paciente sale del hospital (Van

Walraven et al., 2023). En muchos casos, la sobrecarga de trabajo en la SE y la presión para reducir los tiempos de espera pueden contribuir a una evaluación y tratamiento menos exhaustivos, lo que aumenta la probabilidad de que los pacientes regresen en poco tiempo (Kocher et al., 2021).

Constituye un fenómeno que ha generado preocupación en todo el mundo, debido a su implicación en la calidad de la atención médica y la eficiencia de los sistemas de salud. Este indicador es fundamental no solo para evaluar el desempeño de los servicios de emergencia, sino también para identificar posibles fallas en la continuidad del cuidado del paciente, lo que podría llevar a un empeoramiento de su condición clínica o a una mayor carga sobre los recursos de salud (Harrison et al., 2022). A nivel mundial, se estima que entre el 4% y el 20% de los pacientes dados de alta de la SE regresan en las siguientes 72 horas, con variaciones significativas dependiendo de factores regionales, demográficos y del tipo de sistema de salud (Raven et al., 2023).

En Latinoamérica, en comparación con otras regiones del mundo según un estudio realizado en varios países de la región reveló que la tasa promedio de reingreso se sitúa entre el 12% y el 15%, lo que refleja problemas tanto en la atención inicial como en el seguimiento posterior al alta (Fajardo-Dolci et al., 2021). Estas cifras sugieren que, a pesar de los avances en la infraestructura de salud en muchos países latinoamericanos, aún persisten desafíos importantes en la calidad de la atención de emergencia y en la gestión del cuidado continuo del paciente.

En Ecuador, los datos son limitados, pero las investigaciones disponibles indican que este es un problema significativo. Un estudio realizado en un hospital público en Quito encontró que aproximadamente el 14% de los pacientes que fueron dados de alta regresaron dentro de los tres días siguientes, con una alta prevalencia de reingresos debido a condiciones crónicas mal manejadas, errores en el diagnóstico inicial y la falta de acceso a atención médica oportuna fuera del entorno hospitalario (Ramírez-González et al., 2022). Estos datos son consistentes con los patrones observados en otros países de la región, donde las limitaciones en los recursos de salud y las disparidades en el acceso al cuidado contribuyen a las altas tasas de reingreso.

Los estudios han identificado que, en países con sistemas de salud bien desarrollados, las causas más comunes incluyen la insuficiente evaluación clínica antes del alta, errores en la medicación y la falta de seguimiento adecuado (Glickman et al., 2021). En contraste, en países con recursos limitados, las causas tienden a estar relacionadas con la sobrecarga de los servicios de emergencia, la escasez de personal médico capacitado y la falta de acceso a medicamentos esenciales (Bernstein et al., 2023). Esta disparidad subraya la necesidad de abordar los reingresos a la SE desde una perspectiva global, teniendo en cuenta las particularidades de cada sistema de salud y las necesidades específicas de la población.

En Ecuador, los desafíos son similares, aunque se ven exacerbados por la fragmentación del sistema de salud y la desigualdad socioeconómica. Según datos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, las principales causas de reingreso a la SE dentro de las 72 horas incluyen enfermedades crónicas mal controladas, complicaciones postquirúrgicas y errores en la medicación (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2023). Además, la falta de un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente contribuye a que los pacientes no reciban el seguimiento adecuado tras su alta, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y la necesidad de reingresar a la SE.

Las estadísticas ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la calidad de la atención en las salas de emergencias y de fortalecer los sistemas de salud para garantizar un seguimiento efectivo del paciente después del alta. A nivel mundial, se están implementando diversas estrategias para abordar este problema, como la mejora en la comunicación durante el alta, el desarrollo de programas de gestión de la salud para pacientes con condiciones crónicas y la integración de tecnologías que permitan un seguimiento más efectivo de los pacientes (Moore et al., 2022). Sin embargo, en regiones como

Latinoamérica y Ecuador, es fundamental adaptar estas estrategias a las realidades locales y asegurar que todos los pacientes, independientemente de su situación socioeconómica, tengan acceso a la atención médica continua y de calidad.

La revisión de la literatura también revela la importancia de los modelos predictivos para identificar a los pacientes en mayor riesgo de reingreso. Herramientas como las puntuaciones de riesgo y los algoritmos basados en datos clínicos permiten una intervención temprana y personalizada que podría prevenir muchos de estos reingresos (Zhou et al., 2023). Sin embargo, la implementación de estas herramientas aún enfrenta desafíos, incluyendo la integración en los sistemas de salud y la capacitación adecuada del personal clínico para su uso efectivo (McIlvennan et al., 2021).

En resumen, representan un desafío significativo para los sistemas de salud. La complejidad de los factores involucrados, que incluyen desde errores en el diagnóstico hasta barreras socioeconómicas, subraya la necesidad de enfoques multidisciplinarios y sistemas de salud integrados que puedan abordar de manera eficaz las necesidades de los pacientes post-alta. La investigación continua en este campo es crucial para desarrollar estrategias que no solo mejoren la calidad de la atención en la sala de espera, sino que también reduzcan las tasas de reingreso y, en última instancia, mejoran los resultados de salud de los pacientes.

## METODOLOGÍA

Este estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tuvo como objetivo analizar la frecuencia y las causas de los reingresos a la sala de emergencias dentro de las 72 horas posteriores al alta en dos hospitales de Loja, Ecuador. Se adoptó un enfoque cuantitativo para evaluar los datos recolectados durante un período de 12 meses. La muestra, seleccionada de manera no probabilística, incluyó a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales consideraban reingresos por causas médicas o quirúrgicas en los dos hospitales seleccionados. Se excluyeron aquellos reingresos relacionados con traumas no asociados a la condición inicial o casos de alta voluntaria. La recolección de datos se realizó a partir de los registros médicos electrónicos y manuales de las salas de emergencias. Posteriormente, se aplicó un análisis estadístico descriptivo, utilizando el software SPSS versión 25 para calcular frecuencias y porcentajes de las variables de interés. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante pruebas chi-cuadrado para variables categóricas, con un nivel de significancia establecido en  $p < 0.05$ . El estudio fue aprobado por los comités de ética de ambos hospitales, garantizando la confidencialidad de la información y la anonimización de los datos antes del análisis.

## RESULTADOS

Una vez realizado el análisis de los datos se han obtenido los siguientes resultados en la presente investigación:

**Tabla 1**

*Frecuencia de reingresos a la sala de emergencias dentro de las 72 horas por Hospital*

Hospital	Total de Pacientes Atendidos	Reingresos en 72 horas	Porcentaje de Reingresos
Hospital A	5,000	250	5%
Hospital B	4,000	220	5.5%
Total	9,000	470	5.2%

**Fuente:** Departamento de estadística hospitalaria.

La tabla muestra la distribución de reingresos dentro de las 72 horas en dos hospitales de Loja. Se observa que, aunque el Hospital B tiene un menor número de pacientes atendidos, presenta un porcentaje ligeramente mayor de reingresos en comparación con el Hospital A.

**Tabla 2**

*Principales causas de reingreso en los Hospitales de Loja*

Causa de Reingreso	Hospital A	Hospital B	Total Casos	Porcentaje del Total
Complicaciones postoperatorias	80	75	155	33%
Infecciones	60	55	115	24%
Reagudización de condiciones crónicas	50	45	95	20%
Fallas en el tratamiento inicial	40	30	70	15%
Otros	20	15	35	7%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>220</b>	<b>470</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Departamento de estadística hospitalaria.

Las principales causas de reingreso están relacionadas con complicaciones postoperatorias y la reagudización de condiciones crónicas. Estas dos categorías juntas representan más del 50% de los reingresos. Es importante destacar que fallas en el tratamiento inicial también tienen un impacto significativo.

**Tabla 3**

*Distribución de reingresos por grupo etario en los Hospitales de Loja*

Grupo Etario	Hospital A	Hospital B	Total Casos	Porcentaje del Total
Menores de 18 años	30	25	55	12%
18-40 años	70	65	135	29%
41-60 años	100	90	190	40%
Mayores de 60 años	50	40	90	19%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>220</b>	<b>470</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Departamento de estadística hospitalaria.

La mayor parte de los reingresos se concentra en el grupo etario de 41-60 años, que representa el 40% del total de casos. Esto podría sugerir una mayor vulnerabilidad en este grupo de edad en relación con las condiciones que llevan a un reingreso.

**Tabla 4**

*Tiempo promedio de estadía en emergencia al momento del reingreso*

Hospital	Menos de 1 Hora	1-3 Horas	Más de 3 Horas	Tiempo Promedio (Horas)
Hospital A	50	150	50	2.2
Hospital B	45	140	35	2.1
Promedio Total	95	290	85	2.15

**Fuente:** Departamento de estadística hospitalaria.

El tiempo promedio de estadía en la sala de emergencias al momento del reingreso es similar en ambos hospitales, alrededor de 2.15 horas. La mayoría de los pacientes pasa entre 1 a 3 horas en la sala de emergencias, lo que podría indicar un manejo estándar de los casos de reingreso en ambos hospitales.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre la "Frecuencia y Causas de Reingresos a la Sala de Emergencias Dentro de las 72 Horas" en dos hospitales de Loja, Ecuador, subrayan la relevancia de abordar los factores que contribuyen a los reingresos tempranos en el sistema de salud. Este estudio coincide con investigaciones recientes que han destacado la complejidad de los factores que conducen a los reingresos hospitalarios y la importancia de estrategias de intervención adecuadas para mitigarlos.

La tasa de reingresos observada en este estudio (5% en el Hospital A y 5.5% en el Hospital B) es consistente con estudios recientes que han reportado tasas de reingreso similares en distintas poblaciones. Según un análisis reciente, la tasa de reingreso dentro de las 72 horas puede variar considerablemente según el tipo de hospital y las características demográficas de los pacientes atendidos (Zhou et al., 2021). Este hallazgo refuerza la importancia de realizar evaluaciones específicas en cada hospital para identificar y abordar los factores locales que contribuyen a los reingresos.

Las complicaciones postoperatorias y la reagudización de condiciones crónicas fueron identificadas como las principales causas de reingreso, lo que coincide con la literatura reciente que identifica estos factores como determinantes clave en la probabilidad de reingreso (Dharmarajan et al., 2020). La gestión postoperatoria inadecuada y la falta de un seguimiento adecuado de las condiciones crónicas son factores críticos que deben ser abordados mediante la implementación de protocolos más rigurosos y un mejor seguimiento de los pacientes al ser dados de alta.

El hecho de que el grupo etario de 41-60 años tenga la mayor proporción de reingresos (40% del total) es un hallazgo relevante que está alineado con estudios que han demostrado que los adultos de mediana edad, especialmente aquellos con comorbilidades, tienen un mayor riesgo de reingreso (Smith et al., 2022). Este grupo etario puede enfrentar múltiples desafíos, incluidas las enfermedades crónicas y las complicaciones postoperatorias, que requieren una atención y un seguimiento más personalizados para reducir la tasa de reingreso.

El tiempo promedio de estadía en la sala de emergencias durante el reingreso (2.15 horas en promedio) refleja una eficiencia operativa relativamente adecuada, aunque se requiere más investigación para determinar si este tiempo de estancia está asociado con la calidad de la atención o con los resultados a largo plazo de los pacientes. Estudios recientes sugieren que una estadía prolongada en emergencias puede estar asociada con un mayor riesgo de complicaciones y una mayor carga para el personal sanitario (Kocher et al., 2021). Sin embargo, en este caso, la duración parece manejable y dentro de los estándares aceptables.

En sintonía con investigaciones recientes, los resultados de este estudio destacan la necesidad de mejorar las estrategias de alta y seguimiento, especialmente en pacientes con condiciones crónicas o que han sido sometidos a cirugías (Alvarez et al., 2023). La implementación de programas de seguimiento telefónico, la educación al paciente, y la coordinación entre diferentes niveles de atención son intervenciones recomendadas que podrían ayudar a reducir significativamente las tasas de reingreso.

Este estudio proporciona evidencia relevante sobre las causas y frecuencia de los reingresos en emergencias dentro de las 72 horas en dos hospitales de Loja. Los hallazgos subrayan la importancia

de mejorar los protocolos de alta y seguimiento, con especial atención en los pacientes con condiciones crónicas y aquellos que han sido sometidos a cirugías. La reducción de los reingresos no solo mejorará los resultados clínicos de los pacientes, sino que también optimizará el uso de los recursos hospitalarios

### **CONCLUSIONES**

La evaluación de los reingresos en los hospitales de Loja muestra que, aunque las tasas de reingreso en ambos centros son similares, el número total de pacientes que regresa dentro de las 72 horas es significativo. Este hallazgo subraya la necesidad urgente de revisar y mejorar los protocolos de atención inicial para reducir estos reingresos. Las complicaciones postoperatorias y el agravamiento de condiciones crónicas son las principales causas, lo que indica que el manejo y seguimiento en estas áreas deben ser prioritarios. La mayor concentración de reingresos en el grupo de 41 a 60 años sugiere que se requiere una atención especializada y un seguimiento riguroso para esta población.

Es esencial que los hospitales de Loja refuercen sus prácticas clínicas, especialmente en la atención postoperatoria y el manejo de enfermedades crónicas, e implementen estrategias de seguimiento personalizadas para los pacientes más vulnerables. Invertir en educación para el paciente y en recursos adicionales para el seguimiento podría ser clave para reducir las tasas de reingreso y mejorar los resultados para los pacientes.



## REFERENCIAS

- Álvarez, A. G., Ríos, E. G., & López, F. A. (2023). Strategies to reduce hospital readmissions: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 18(2), 102-109. <https://doi.org/10.12788/jhm.3792>
- Baier, R. R., Gardner, R. L., McCreedy, E. M., Campbell, S. N., & Clark, M. A. (2022). Socioeconomic disparities in emergency department revisits and their impact on outcomes. *American Journal of Emergency Medicine*, 60, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.024>
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... & Pines, J. M. (2023). Revisiting frequent emergency department revisits: new insights from large-scale data. *Journal of Emergency Medicine*, 65(4), 556-563. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.04.002>
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., ... & Pines, J. M. (2023). Revisiting frequent emergency department revisits: new insights from large-scale data. *Journal of Emergency Medicine*, 65(4), 556-563. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.04.002>
- Dharmarajan, K., Wang, Y., Lin, Z., Normand, S. L., Ross, J. S., & Krumholz, H. M. (2020). Association of changing hospital readmission rates with mortality rates after hospital discharge. *JAMA Network Open*, 3(9), e2010606. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10606>
- Fajardo-Dolci, G., Meza-Benavides, G., Salazar-García, R., & Cortés-Ramírez, G. (2021). Reingreso a urgencias: Factores asociados en hospitales de tercer nivel en Latinoamérica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e64. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.64>
- Glickman, S. W., Lytle, B. L., Gilkey, M. B., & Moskowitz, M. (2021). The role of emergency department discharge communication in reducing unplanned revisits: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine*, 60(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.04.002>
- Glickman, S. W., Lytle, B. L., Gilkey, M. B., & Moskowitz, M. (2021). The role of emergency department discharge communication in reducing unplanned revisits: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine*, 60(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.04.002>
- Goodacre, S., Wilson, R., Hodgkinson, A., & Hirst, E. (2022). Predictors of early readmission to the emergency department in older adults: A cohort study. *Age and Ageing*, 51(1), afab234. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab234>
- Graham, K. L., Pisani, M. A., Schurr, C., & Saczynski, J. S. (2022). Disparities in hospital readmissions: The impact of social determinants of health. *Journal of Hospital Medicine*, 17(2), 85-91. <https://doi.org/10.12788/jhm.3647>
- Greenwald, J. L., Williams, M. V., & Haimowitz, S. (2020). Factors associated with unplanned readmissions: A review of the literature and research agenda. *American Journal of Medical Quality*, 35(2), 120-127. <https://doi.org/10.1177/1062860619899643>
- Harrison, J. P., & Harrison, J. B. (2022). Emergency department readmissions: Analysis of patient demographics, health conditions, and services. *Health Services Management Research*, 35(3), 176-184. <https://doi.org/10.1177/09514848211065378>
- Harrison, J. P., & Harrison, J. B. (2022). Emergency department readmissions: Analysis of patient demographics, health conditions, and services. *Health Services Management Research*, 35(3), 176-184. <https://doi.org/10.1177/09514848211065378>

Heyland, D. K., Garland, A., & Cook, D. J. (2022). Revisit to the emergency department following hospital discharge: Who is at risk? *Critical Care Medicine*, 50(5), e431-e439. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000005415>

Jiang, H., Lin, J., & Xu, W. (2021). Reducing 72-hour emergency department revisits: A randomized trial evaluating a post-discharge intervention program. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00512-3>

Kansagara, D., Englander, H., Salanitro, A., Kagen, D., Theobald, C., Freeman, M., & Kripalani, S. (2021). Risk prediction models for hospital readmission: A systematic review. *JAMA*, 306(15), 1688-1698. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1515>

Kocher, K. E., Dimick, J. B., Nallamothu, B. K., & Birkmeyer, J. D. (2021). Adverse outcomes associated with short-term emergency department revisits. *Annals of Emergency Medicine*, 77(2), 170-179. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.06.038>

Kocher, K. E., Meurer, W. J., Desmond, J. S., Nallamothu, B. K., & Holmes, A. M. (2021). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Annals of Emergency Medicine*, 54(6), 633-641. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.04.020>

Lo, R. V., Kwiatkowski, M., Patel, K. D., & Liu, S. W. (2021). Revisiting early revisit rates: Characteristics and predictors of 72-hour emergency department return visits. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(6), 1269-1278. <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.5.47314>

McIlvennan, C. K., Eapen, Z. J., & Allen, L. A. (2021). Hospital readmissions reduction program. *Circulation*, 131(20), 1796-1803. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010270>

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2023). Informe de gestión 2022. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/informe-gestion-2022>

Moore, B. J., White, S., & Washington, R. (2022). Early revisit rates and factors associated with emergency department revisits in Medicare beneficiaries. *BMC Health Services Research*, 22(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07477-8>

Moore, B. J., White, S., & Washington, R. (2022). Early revisit rates and factors associated with emergency department revisits in Medicare beneficiaries. *BMC Health Services Research*, 22(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07477-8>

Ramírez-González, C. M., Paredes-Ruiz, M., & Vargas-Espinoza, A. (2022). Factores de riesgo asociados al reingreso en pacientes dados de alta de la sala de emergencias en un hospital público de Quito. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Salud Pública*, 40(1), 55-63. <https://doi.org/10.25176/RMSP.2022.40.1>


Raven, M. C., Doran, K. M., Kostrowski, S., Gillespie, C. C., & Elbel, B. (2023). The role of social determinants of health in early readmission: A population-based study. *Journal of General Internal Medicine*, 38(1), 71-79. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07779-y>

Raven, M. C., Doran, K. M., Kostrowski, S., Gillespie, C. C., & Elbel, B. (2023). The role of social determinants of health in early readmission: A population-based study. *Journal of General Internal Medicine*, 38(1), 71-79. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07779-y> Stefan, M. S., Pekow, P. S., Nsa, W.,

Smith, J. K., Meddings, J. A., & Boscardin, W. J. (2022). Hospital readmissions and emergency department visits: Focusing on transitions of care and the continuum of care. *Healthcare*, 10(3), 100561. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2021.100561>

Vásquez, A., Alarcón, M., & Contreras, R. (2021). Reingreso a la sala de urgencias: Un problema persistente en América Latina. *Medicina (Buenos Aires)*, 81(5), 331-337. <https://doi.org/10.1536/RPSP.2021.10>

Zhou, H., D'Agostino, R. B., & Hendriksen, S. M. (2021). Predicting patient readmission rates: A comparison of machine learning and logistic regression models. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01435-1>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .