

Reinternamentos Hospitalares *Hospital Readmissions*

Patrícia Aranha

Gostaria de começar por felicitar Rute Aguiar *et al*¹ pelo recente artigo publicado nesta revista, um estudo retrospectivo observacional onde procuraram determinar a taxa de reinternamento a 30 dias, assim como a sua relação com a idade, género, diagnóstico principal, comorbilidades, duração do internamento e situação social, num Hospital Central. De facto, a importância clínica - e financeira, nomeadamente do ponto de vista da poupança de custos - da identificação de factores de risco de reinternamento é espelhada pelo número de estudos desenvolvidos neste âmbito, trabalhos esses fundamentalmente centrados em factores de risco relacionados com o doente.

A insuficiência cardíaca, a diabetes mellitus, a doença renal crónica e a doença pulmonar obstrutiva crónica são reconhecidamente preditores de maiores taxas de internamento.² A sua identificação permite adequar estratégias para reduzir o seu impacto, como foi feito por exemplo com a insuficiência cardíaca e a sua abordagem em Hospitais de Dia. No entanto, nos casos em que estes diagnósticos são motivo de internamento, a sua descompensação após a alta é responsável por menos de 40% dos reinternamentos.³ Assim estes valores preditivos levaram a que nos últimos anos tenhamos assistido a um redirecionamento de estratégias com o novo foco no seguimento pós hospitalar e no internamento per se em vez de centralizar a atenção apenas nos factores de risco individuais. Isto porque durante o internamento o doente encontra-se sujeito a factores de stress como privação de sono, alteração do ritmo circadiano, má nutrição, dor e desconforto, mudanças de medicação e inatividade física. É reconhecido que a privação de sono altera o metabolismo, a performance física e cognitiva, a imunidade e o risco cardiovascular. Foi também já estabelecido que a maior parte dos doentes idosos internados não recebem a nutrição adequada às suas necessidades e que um valor de albumina diminuído à data de alta é factor de risco para um reinternamento a 30 dias, por dificultar a cicatrização de feridas, aumentar o risco de infecção ou diminuir a performance cardiovascular.

Surgiu assim o conceito de síndrome pós-hospitalar. Krumholz⁴ definiu-o em 2013 como um período transitório de vulnerabilidade. Esta teoria sugere que os reinternamentos no período crítico dos 30 dias após a alta se deve tanto aos efeitos deletérios da doença inicial como ao stress psicológico e fisiológico que os doentes sofrem durante o internamento.

O interesse crescente neste novo conceito e nova perspectiva de encarar os reinternamentos advém de os resultados positivos dependerem da melhoria das condições de internamento e dos cuidados que oferecemos ao doente hospitalizado independentemente do seu sexo, diagnóstico de entrada ou comorbilidades. Se é verdade que não podemos mudar o sexo ou idade de um doente, nem mesmo o motivo de internamento ou os seus antecedentes médicos (apenas dirigir-lhes

o tratamento *gold standard* conhecido), podemos no entanto reduzir estes factores de stress a que Krumholz⁴ se refere. Oferecendo uma nutrição adequada às suas necessidades e restringindo os períodos de dieta zero com uma melhor programação de exames complementares de diagnóstico, diminuindo o ruído e número de pessoas por quarto limitando ao máximo as alterações no ritmo circadiano, evitando a inatividade física promovendo precocemente o levantar e mobilização, e abordando de forma profiláctica o delírio, especialmente nos pacientes com distúrbios neurológicos ou psiquiátricos, facilitando ambientes calmos desprovidos de estimulação sensorial agressiva e com envolvimento de objetos familiares que ajudem na orientação, podemos reduzir o stress físico e psicológico que contribui para o período de maior vulnerabilidade nos 30 dias pós a alta. Perspectiva-se portanto investigação nas condições de internamento que possam minorar o impacto destes factores. ■

Protecção de Seres Humanos e Animais: Os autores declaram que não foram realizadas experiências em seres humanos ou animais.

Direito à Privacidade e Consentimento Informado: Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Correspondência: Patricia Aranha - patricia.aranha@gmail.com

*Rua Fernando Caldeira, 16, R/C Dto
1700-189 Lisboa*

Recebido: 02.09.2015

Aceite: 25.10.2015

Referências

1. Aguiar R, Jacinto M, Tribolet Abreu T. Reinternamentos a 30 dias em Medicina Interna: Taxas e factores de risco. *Rev Soc Port Med Interna*. 2015;22:63-6.
2. Mudge AM, Kasper K, Clair A, Redfern H, Bell JJ, Barras MA, Dip G, Pachana NA. Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study. *J Hosp Med*. 2011;164:2315-20.
3. Jenks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418-28.
4. Krumholz HM. Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013;368:100-2.