

Utilización hospitalaria de las especialidades médicas

Hospital utilization of medical specialties

Carlos Contreras Camarena¹

RESUMEN

Objetivos: Los ingresos inadecuados en los hospitales del orbe siguen constituyendo problema vigente después de tres décadas de aplicación del protocolo de evaluación de adecuación (AEP) que utiliza criterios explícitos para valorar si una hospitalización es adecuada ó inadecuada. La especialidad del médico quien hospitaliza se ha convertido en un factor asociado importante para ingresos inadecuados.

Determinar las especialidades médicas que generan con mayor frecuencia mayor frecuencia hospitalizaciones inadecuadas.

Material y métodos: Investigación cuantitativa, descriptiva, transversal realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - Perú. Se revisaron una muestra sistemática de 372 hospitalizaciones en los servicios de medicina de un total de 9917 admisiones en el periodo 2006-2007. Se recolectaron variables como edad, sexo, modalidad de ingreso y especialidad del médico que indica la hospitalización. Los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas, medias (+1DE), las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba de T student para muestras independientes. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Chi².

Resultados: El 33,60% de las hospitalizaciones médicas realizadas en los servicios de medicina fueron inadecuadas. Las especialidades médicas que con mayor frecuencia se asociaron a hospitalizaciones inadecuadas fueron medicina general (92%), gastroenterología (71,43%) y hematología (62,50%).

Conclusiones: La especialidad del médico que ordena la hospitalización a los servicios de medicina se constituye en factor de riesgo para generar una admisión inadecuada y por lo tanto utilización hospitalaria inadecuada e ineficiente.

Palabras clave: hospitalizaciones inadecuadas, uso hospitalario. Protocolo de evaluación de la adecuación, especialidades médicas.

ABSTRACT

Objectives: Inadequate incomes in the hospitals of the world remains existing problem after three decades of implementation of the Protocol of evaluation of adequacy (ASP) that uses explicit criteria to assess whether hospitalization is adequate or inadequate. The specialty of the doctor has become an important associated factor to inadequate income. To determine the medical specialties that generates most frequently inadequate hospitalizations.

Material and methods: Observational, descriptive, and transversal study at Dos de Mayo National Hospital, Lima-Peru. A systematic sample of 372 emergency hospital admissions for a total of 9917 admissions in the period of 2006-2007 was reviewed. Variables such as age, sex, place of origin, mode of entry and specialty of the doctor indicating the hospitalization were collected. The results were expressed in absolute and relative frequencies and mean distribution (+1SD). The quantitative variables were studied by T student test for independent samples. For comparison of proportions, Chi-square was used.

Results: 33.60% of medical admissions made in the medical services were inadequate. Medical specialties most frequently associated with inadequate hospitalizations were general medicine (92%), Gastroenterology (71.43%) and Hematology (62.50%).

Conclusions: The specialty of physician ordering the hospital medicine services was a risk factor for generating an improper admission and therefore inefficient and inadequate hospital use.

Key words: inappropriate hospitalization, hospital use. Appropriate Evaluation Protocol, medical specialties.

INTRODUCCIÓN

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas), la misma que no está exenta de riesgos pues expone al paciente a infecciones nosocomiales. Adicionalmente el ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la eficiencia del sector salud. El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización¹ Para valorar los ingresos inadecuados se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la justificación de la hospitalización entre los

cuales el Appropriateness evaluation protocol (AEP) es el más conocido y utilizado en diferentes partes del mundo²⁻⁶.

El AEP fue desarrollado en la década de los setenta y fue modificado posteriormente⁷⁻¹⁰. Consta de 2 conjuntos de 16 criterios objetivos e independientes del diagnóstico (Tabla 1), destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos. Una característica a destacar del AEP es que los ítems que consideran no se construyen a través del diagnóstico si no de 2 variables que determinan la necesidad de la hospitalización:

a) Criterios relacionados al estado clínico del paciente: Son los 10 criterios iniciales (1 al 10) del AEP que tiene relación con la gravedad del estado clínico del paciente.

b) Criterios referentes a la intensidad de los servicios prestados: Que involucra los 6 criterios restantes (11 al 16) y están relacionados con la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere.

1. Profesor de Medicina Interna UNMSM, Magister en gerencia de servicios de Salud. Miembro del instituto de investigaciones clínicas UNMSM. Lima-Perú.

Tabla 1.
Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP)

Causas de ingreso adecuado
I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo. 2. Frecuencia cardíaca > de 140 ó < de 50 latidos por minuto. 3. Presión arterial sistólica > de 200 ó < de 90 o diastólica > de 120 ó < de 60 mm Hg. 4. Pérdida aguda de visión o audición. 5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo. 6. Fiebre > de 38 °C durante más de 5 días. 7. Hemorragia activa. 8. Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico.* 9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda. 10. Dehiscencia de herida o evisceración.
II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados
<ol style="list-style-type: none"> 11. Administración de medicación intravenosa/reposición de fluidos. 12. Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia regional o general y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización. 13. Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 2 horas. 14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica. 15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día. 16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.
Causas de ingreso inadecuado
<ol style="list-style-type: none"> A) Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo. B) El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.) C) Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba. D) No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado.

* Na: <123 o >156 mEq/l, K: <2,5 o >6 mEq/l, PH: <7,30 o > 7,45, HCO3: <20 o >36 mEq/l

Utilizando este instrumento, se determina si la admisión es adecuada o no. Así tenemos, si cumple uno o más de los 16 criterios descritos, la hospitalización se considera adecuada, por el contrario, si no cumple ningún ítem, la admisión se considera inadecuada.

El AEP, es la técnica de revisión más utilizada en Estados Unidos y Europa para medir el grado de adecuación e inadecuación del uso hospitalario.

La mayoría de estudios respecto al adecuado uso hospitalario se han realizado en servicios de medicina interna¹¹⁻¹⁴ y servicios de urgencias^{15,16} muy pocos trabajos se desarrollaron teniendo en cuenta las subespecialidades médicas^{17,18}. Entre los factores asociados a ingresos inadecuados se describen la especialidad del médico, factores que dependen de la estructura y organización hospitalaria y factores clínico-epidemiológicos. Por lo tanto la conducta del médico al decidir o no la

hospitalización constituye el factor asociado más importante de las hospitalizaciones innecesarias. Existiendo diferentes especialistas médicos involucrados en las hospitalizaciones consideramos importante el análisis de las hospitalizaciones inadecuadas que generan las diferentes especialidades médicas para obtener información valiosa para la implementación de medidas correctoras específicas.

Las hospitalizaciones inadecuadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo varían de acuerdo al escenario en que se produce la atención, en líneas generales fluctúan entre el 5 y 50%, así tenemos cuando las hospitalizaciones son generadas por emergencia el grado de inadecuación es de 10,22% y cuando son generadas por consultorio externo es de 49,33%^{19,20}.

Los objetivos trazados en el presente trabajo fueron la determinación de las hospitalizaciones inadecuadas relacionadas a las diferentes especialidades médicas que oferta el consultorio externo y la emergencia del Hospital Dos de Mayo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Fue realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años 2006 y 2007.

Se estudió una muestra sistemática de 372 pacientes admitidos a los servicios de medicina. La población total fue de 9 917 hospitalizaciones procedentes de emergencia y de consulta externa durante los años 2006-2007. La unidad de análisis fue la historia clínica. Fueron incluidas todas las hospitalizaciones realizadas a los servicios de medicina cuyas historias clínicas se encontraban completas, donde se registraba claramente el destino de la hospitalización con firma y sello del médico tratante. Fueron excluidos los casos cuyas historias clínicas se encontraban incompletas y aquellos donde no figuraba la especialidad del médico que indicaba la hospitalización. Además, se excluyeron las historias clínicas que carecían de funciones vitales, análisis de laboratorio y las historias de pacientes con patología mental debido a que el protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) no está diseñado para este grupo de enfermedades. Las historias clínicas excluidas durante el proceso de recolección de información fueron reemplazadas por otras siguiendo el mismo procedimiento de selección probabilística para no alterar el tamaño y la representatividad de la muestra. El instrumento utilizado para evaluar la hospitalización inadecuada fue el protocolo de evaluación de la adecuación.

Se recogieron datos epidemiológicos como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, modalidad de ingreso, distrito y departamento de procedencia. Finalmente se registraron el diagnóstico y la especialidad del médico que generó la hospitalización.

Para determinar la inadecuación del ingreso se revisaron la totalidad de las historias clínicas, incluidas hojas de evolución, hoja de cuidados de enfermería, hoja de

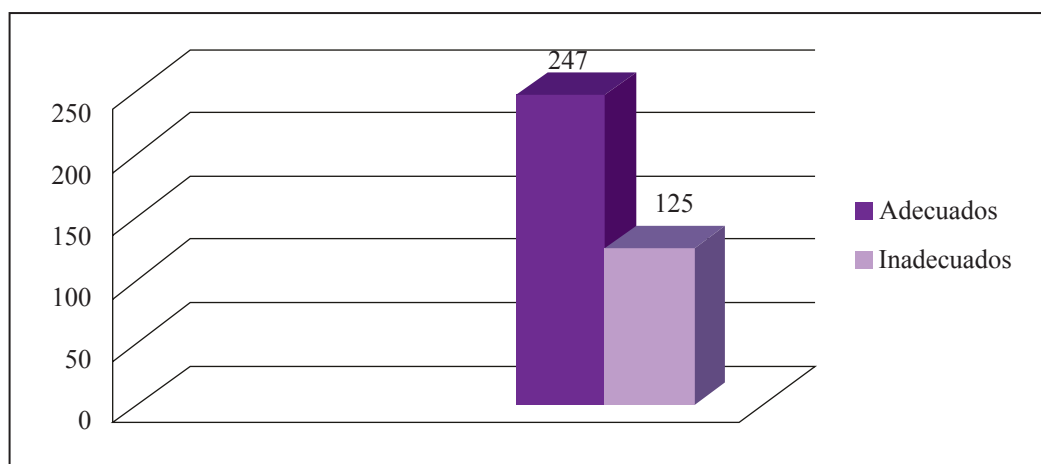


Figura 1.
Hospitalizaciones inadecuadas en los servicios de medicina. HNDM, 2006 - 2007

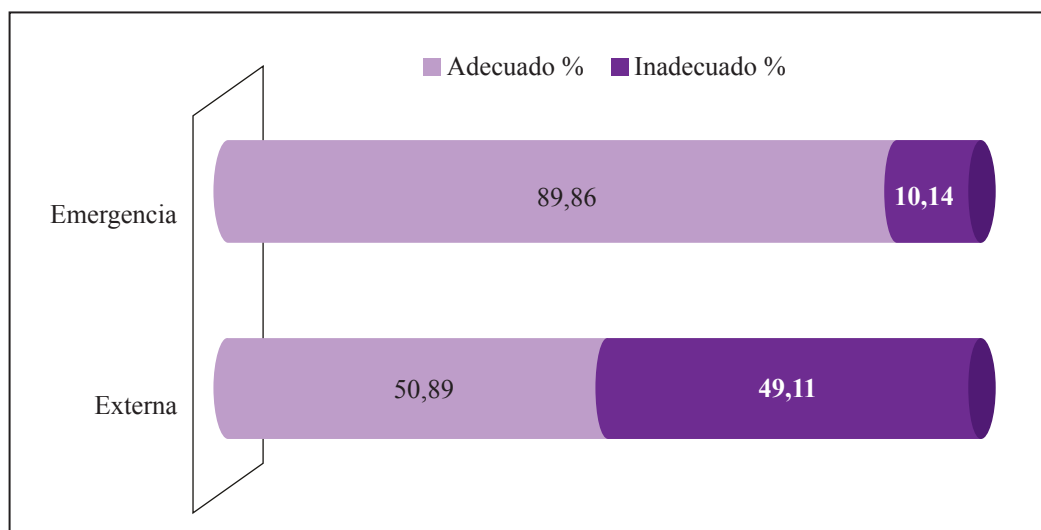


Figura 2.
Hospitalizaciones inadecuadas en medicina según modalidad de ingreso. HNDM, 2006 - 2007

tratamiento, hoja de epicrisis y los resultados analíticos. En todos los casos la fuente de información para la recolección de las variables fueron exclusivamente las historias clínicas. Se consideró adecuada a la hospitalización que cumplía al menos un criterio de los 16 que describe el AEP. El ingreso fue inadecuado si no cumplía ninguno de los 16 criterios descritos.

Los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas, medias (+1DE), las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba de T student para muestras independientes. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Chi².

RESULTADOS

La edad media de la población estudiada fue de 50,63 años (DE + 20,53), mediana de 51 años, la edad mínima de 15 y la máxima de 99 años con un rango de 84 (IC 95%: 48,53-52,78). La varianza fue 421,78. La población mayor de 65 años fue el 27,41% (102/372).

El 54,31% (202/372) de los pacientes fueron de sexo masculino y el 45,69% (170/372) correspondió al sexo femenino, la relación masculino/femenino fue 1,2 no se encontró diferencia significativa respecto a la inadecuación del ingreso según la variable sexo (p: 0,97). En ambos sexos la proporción de hospitalizaciones inadecuadas fueron similares alrededor de un tercio del total de las hospitalizaciones.

Del total de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina se encontró que el 33,60 % (125/372) de las hospitalizaciones fueron inadecuadas (Figura 1) observándose mayor grado de inadecuación hospitalaria cuando el paciente ingresaba por consultorio externo que cuando era admitido por emergencia. El 59,94% de los pacientes fueron hospitalizados por consultorio externo (223/372) de estos el 49,11% fueron inadecuadas, comparado al 10,14% de hospitalizaciones inadecuadas cuando el paciente fue admitido por emergencia (Figura 2).

Tabla 2.
Utilización hospitalaria y especialidades médicas con mayor número de inadecuaciones, comparadas con médicos internistas. HNMD, 2006 – 2007

Especialidad	Inadecuado		Adecuado		Total
	n	(%)	n	(%)	
Medicina General	23	92,00	2	8,00	25
Gastro y Hematología	20	68,97	9	31,03	29
Medicina Interna	59	25,76	170	74,24	229
Otros	23	25,84	66	74,16	89
Total	125	33,60	247	66,40	372

P = 0,01

La población mayor de 65 años estuvo constituida por el 27,41% (102/372), en este grupo etáreo se encontró 25,49% de hospitalizaciones inadecuadas frente al 36,67% en pacientes < de 64 años, esta diferencia fue estadísticamente significativa (p: 0,04). La población de adultos < de 64 años (72,58%), tiene probabilidad incrementada de ser admitida inadecuadamente que los pacientes mayores de 65 años OR: 1,69 <IC 95%: 1,01-2,81>.

Analizando la asociación entre especialidad médica y hospitalizaciones innecesarias, se encontró una elevada proporción de inadecuación (92,00%) en las hospitalizaciones programadas por médicos generales, seguido por el grupo de gastroenterólogos y hematólogos que en conjunto suman 68,97% de admisiones inadecuadas comparados con el grupo de médicos internistas que genera el 25,76 de las hospitalizaciones innecesarias.

En la Figura 3, se observa claramente las tres especialidades médicas, que con mayor frecuencia se relacionan con hospitalizaciones inadecuadas, así tenemos: Medicina general 92%, Gastroenterología 71,43% y Hematología el 62,50%. Contrariamente las admisiones indicadas por nefrólogos, cardiólogos y neurólogos tienen las menores proporciones de admisiones innecesarias 14,29%, 18,18% y 19,87% de inadecuación respectivamente. Estos hallazgos tuvieron significancia estadística. (p: 0.001)

Las hospitalizaciones por consultorio externo son indicadas por el médico internista o por los médicos de otras subespecialidades médicas. Por esta modalidad de ingreso, el internista genera el 40,52% (47/116) de hospitalizaciones inadecuadas, frente al 58,88% (63/112) de las otras especialidades incluidos los médicos generales (Tabla 3). En los ingresos producidos por consultorio externo las otras especialidades distintas a la de medicina interna tienen el doble de probabilidad de ocasionar un ingreso inadecuado. OR: 2,10 <IC 95%: 1,23-3,58>, p: 0,04

Por otro lado, las hospitalizaciones a través del departamento de emergencia son indicadas por el emergenciólogo o por el internista, estos dos médicos especialistas frecuentemente comparten el trabajo en las unidades de emergencia, desde hace unos años. Por esta modalidad de ingreso el internista ocasiona 10,62% de inadecuación y el emergenciólogo 8,57%. (Tabla 3) No se encontró diferencia estadística significativa entre estos dos grupos de especialistas médicos (p: 0,72).

En el análisis global, los médicos internistas producen 25,76% (59/229) de hospitalizaciones inadecuadas.

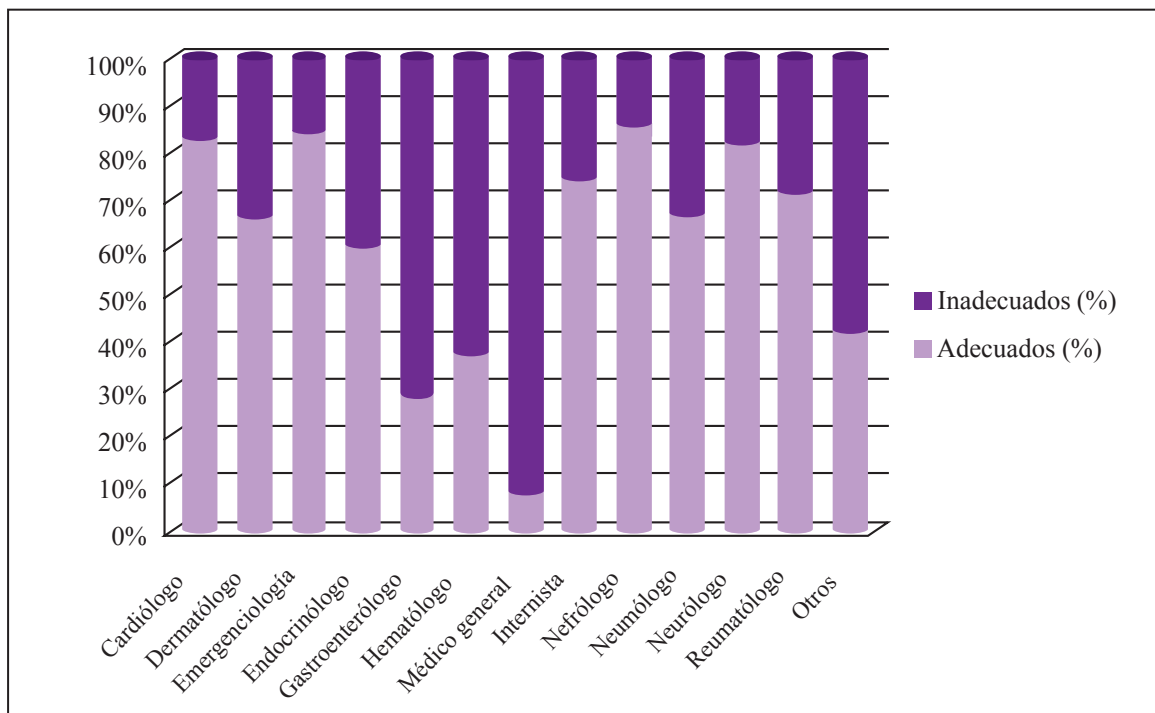


Figura 3. Hospitalizaciones inadecuadas en medicina especialidad según médica. HNMD, 2006 - 2007

Tabla 3.
Hospitalizaciones inadecuadas en Medicina en relación a las especialidades médicas, HNMD. 2006 - 2007

Modalidad de Ingreso	Inadecuado		Adecuado		Total
	n	(%)	n	(%)	
Consultorio externo*					
Otras especialidades	63	58,88	44	41,12	107
Medicina interna	47	40,52	70	59,48	116
Emergencia**					
Internista	12	10,62	101	89,38	113
Emergenciólogo	3	8,57	32	91,43	35
Total	125	33,60	247	66,40	372

*P: 0,04 **P: 0,72

(Figura 4). El conjunto de las otras especialidades: 36,44% y los médicos generales constituye el grupo que generan la mayor proporción de inadecuación 92,00%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p: 0,001).

No se encontraron diferencias significativas respecto al análisis de hospitalizaciones inadecuadas según el día de la semana, estación del año, sexo, grado de instrucción y estado civil.

DISCUSIÓN

El porcentaje global de las admisiones inadecuadas encontrado en los servicios de medicina interna del Hospital Dos de Mayo fue de 33,60%, esta cifra es relativamente alta comparada con otros estudios realizados

en otros servicios de medicina interna donde se encontró inadecuación del 13 al 17%¹¹⁻¹⁴. Las variaciones entre las diferentes series de estudio se explicarían principalmente por las diferencias en la práctica clínica, incidencia y prevalencia de enfermedades propias de la región en estudio, diferente metodología al utilizar el AEP, utilización de AEP modificado, calidad de las historias clínicas, entre otras características.

La cantidad de ingresos inadecuados resulta ser menor en los pacientes de mayor edad, este hallazgo ha sido reportado en muchas investigaciones y la edad menor o igual a 64 años se ha asociado frecuentemente a ingreso inadecuado en mayor medida que los pacientes mayores de 65 años.

La proporción de ingresos inadecuados cuando el paciente procede de consulta externa fue 49,11%, esta cifra alta de inadecuación por consultorio externo se puede disminuir a solo al 5% si se implementa el triaje en el momento de la hospitalización, se crean alternativas a la hospitalización como las unidades de corta estancia en medicina interna, las unidades de hospitalización a domicilio, las unidades de cuidados paliativos, los hospitales de día, la consulta única o de alta resolución y la consulta rápida eficiente. En contraposición se encontró que solo el 10,14% de ingresos fueron inadecuados cuando el paciente fue admitido por emergencia. Esta diferencia significativa (p:0,001) respecto a la modalidad de ingreso han sido reportados con resultados similares en diferentes estudios^{14,15}

El factor más importante relacionado a hospitalizaciones inadecuadas es la conducta del médico pues es el que indica la hospitalización por consultorio o por emergencia y por lo tanto su decisión es determinante en una hospitalización inadecuada. La decisión del médico de hospitalizar a un paciente está influenciada por diversos factores tales como diagnóstico, estado clínico del paciente, recursos tecnológicos hospitalarios disponibles

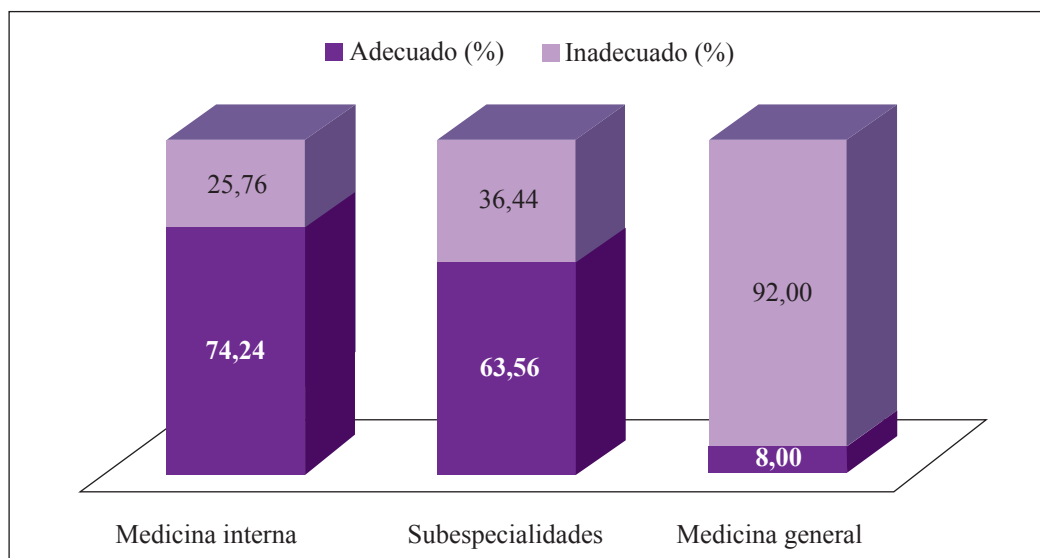


Figura 4. Hospitalizaciones inadecuadas realizadas por internistas, generales y otras especialidades. HNMD, 2006 - 2007

y fundamentalmente la conducta y pericia clínica que está ligado a su especialidad. Algunas investigaciones encontraron factores asociados a mayor número de hospitalizaciones inadecuadas. Así tenemos, Velasco et al¹⁶ encontraron los siguientes factores de riesgo para hospitalización inadecuada: el ingresar por la mañana, tarde y el recibir atención por el cardiólogo y neurólogo. Sus resultados discrepan con los nuestros donde los cardiólogos y neurólogos tienen las cifras relativamente bajas de inadecuación hospitalaria 16,67% y 18,18% respectivamente. Esta diferencia creemos que se debe a que Velasco et al, estudiaron una población eminentemente geriátrica, la edad promedio de su muestra fue 69,20 años, siendo el 45,81% mayores de 74 años. En este grupo etéreo los diagnósticos cardiológicos y neurológicos son extremadamente floridos, además, la frecuencia elevada de comorbilidad en este grupo hace que fácilmente se pueda sesgar la conducta del médico y decidir la hospitalización del paciente. En nuestra investigación se encontró que los médicos generales, los gastroenterólogos y hematólogos tienen mayor riesgo de generar una hospitalización inadecuada.

Respecto a la inadecuación hospitalaria en relación al diagnóstico del paciente se observa que existe relación estadísticamente significativa ($p:0,003$) Encontramos que la proporción de inadecuación en las neoplasias fue de 53,85%, afecciones reumatológicas 50%, los trastornos gastrointestinales 48,33% y las infecciones por HIV y otras relacionadas 44,44%. Los ingresos inadecuados por síntomas mal definidos alcanzaron el 25%, Estos resultados coinciden con otros reportes¹³⁻¹⁶. Matorras et al¹³ encontraron un porcentaje de ingreso del 33,1% por síntomas mal definidos, del 19,5% por enfermedades infecciosas y del 11,4% por enfermedades digestivas. Santos et al.²³ encontraron una proporción de 57,8% de pacientes que ingresaron inadecuadamente por síntomas inespecíficos este resultado representó más del doble del encontrado en el Hospital Dos de Mayo (25%) y fue muy superior al de Matorras et al (33,10%). No obstante en general las enfermedades mal definidas (músculo esqueléticas, síndrome febril crónico, síndrome general, etc.) tienen porcentajes más elevados de ingresos inadecuados. Este resultado puede estar condicionado por la necesidad de seguir el caso y elaborar un diagnóstico, pero que podría haberse realizado en forma ambulatoria a través de consultas externas.

Respecto a las enfermedades digestivas Santos et al. encontraron inadecuación del 12,4%. Estas cifras son relativamente menores a las encontradas en el Hospital Dos de Mayo (48,33%) pese a que los estudios fueron realizados en hospitales de similar nivel de complejidad, estas diferencias probablemente son explicadas por la variabilidad en la incidencia y prevalencia de las enfermedades además de diferencias en infraestructura y organización hospitalaria.

La inadecuación en relación al diagnóstico probablemente se explicaría por dos motivos, la falta de recursos diagnósticos en el momento de la atención y la demora en

obtener los resultados de las pruebas complementarias y las citas de los pacientes. Estas dos situaciones permiten que el médico admita al paciente con la expectativa que estando hospitalizado las pruebas serán realizadas con mayor premura. El estudio de Mirón et al.²⁴ no encontró diferencias de adecuación e inadecuación en relación a los diagnósticos de alta, probablemente por la gran variedad de patologías y porque el análisis estadístico lo realizó independientemente para cada diagnóstico. Nosotros hemos agrupado las diferentes enfermedades por grupos de diagnósticos relacionados y por subespecialidades médicas, con este análisis encontramos que las enfermedades neoplásicas, reumatológicas, las infecciones por el virus HIV, la patología gastroenterológica y hematológica son los cinco grupos de enfermedades asociados con mayor frecuencia a ingresos inadecuados. Dentro de las afecciones gastroenterológicas el síndrome consuntivo y diarrea crónica son las que mayormente se asociaron a inadecuación hospitalaria, de las afecciones hematológicas la que mayor inadecuación presentó fue el síndrome anémico crónico. La mayor inadecuación diagnóstica del paciente consuntivo podría explicarse porque el médico carece de diagnóstico definido, pues describe simplemente el diagnóstico del síndrome, debido a ello muchos facultativos desean seguir al paciente para llegar a la verdadera causa de la consunción pero la probabilidad de volver a evaluar a este paciente es remota debido a que el hospital tiene 6 consultorios de medicina y 14 consultorios externos de especialidades médicas a donde fácilmente podrían acudir los pacientes en estudio. Ante esta situación, el médico decide hospitalizar al paciente en su servicio. Otra posible explicación para la gran proporción de ingresos inadecuados es que los médicos desconocen la existencia del protocolo de adecuación de la hospitalización (AEP) y adicionalmente tienen la voluntad de apoyar a este tipo de pacientes, pues éstos generalmente están desnutridos, con sintomatología de fatiga y laxitud acentuadas, estos hallazgos inducen subjetivamente a los médicos a realizar el ingreso hospitalario a pesar de no cumplir ninguno de los criterios para un ingreso adecuado.

Respecto a las cifras altas de inadecuación del síndrome anémico encontrado en el Hospital Dos de Mayo podría explicarse porque en el estudio diagnóstico de la anemia se realiza el procedimiento de aspirado de médula ósea (AMO) que hasta hace unos años era realizado exclusivamente en pacientes hospitalizados. Con esta directiva el paciente con síndrome anémico tenía que ser hospitalizado para que se le realizara el procedimiento a pesar de no tener criterios de hospitalización según el AEP.

No podemos dejar de comentar como explicación adicional para la elevada proporción de hospitalizaciones inadecuadas (33,66%), la actitud del médico de ingresar a los pacientes preceptuando que con el paciente hospitalizado las pruebas de laboratorio y los procedimientos diagnósticos serán realizados mucho más rápido.

El elevado grado de adecuación encontrado en las especialidades de neurología, cardiología, nefrología y emergencia puede estar determinado por la naturaleza

de las enfermedades. Así, es difícil y contradictorio no hospitalizar a un paciente que tiene hemiplejia brusca con trastorno súbito de conciencia, insuficiencia cardíaca, paciente edematoso generalizado o al paciente con funciones vitales inestables. De igual forma los pacientes que acuden al servicio de emergencia la mayoría de ellos necesita atención de urgencia pero una proporción menor son los que no deben hospitalizarse y que generan las hospitalizaciones inadecuadas²⁰. En este sentido la existencia del triaje permite “filtrar” a los pacientes urgentes de los no urgentes quedando como resultado un eficiente y adecuado uso hospitalario. No olvidemos que un ingreso inadecuado genera obviamente una estancia inadecuada que encarece más la disponibilidad de camas hospitalarias útiles^{21,22}.

Si bien es cierto, existen resultados dispares en los diferentes estudios realizados, es preciso modificar y adecuar el AEP a nuestra realidad sanitaria tal como lo han realizado los españoles y holandeses. Finalmente en la mayoría de los reportes, a la hora de realizar comparaciones, se ha mantenido la prudencia necesaria debido a que la práctica hospitalaria varía de una región a otra y de país en país. Debido a ello se hace necesario realizar en nuestro país más investigaciones respecto al tema, que permitan más adelante comparaciones fidedignas. Si bien es cierto, gran parte de los estudios comparten causas comunes de admisiones inadecuadas debemos de considerar que cada hospital tiene características singulares derivadas de factores internos, relacionados con la organización de sus procesos y el estilo de práctica de los médicos²³.

Pero no solo son los factores médicos los que están asociados a las hospitalizaciones inadecuadas, si no que, además están presentes los factores dependientes de la organización de la institución de salud y los factores que dependen del entorno familiar de los pacientes, es decir de factores sociales de los pacientes y de los familiares que lo rodean. No se encontró mayores probabilidades de generar una admisión inadecuada cuando el paciente acude a la consulta solo o es llevado por terceros (policía y/o bomberos), este hallazgo probablemente se deba a que las trabajadoras sociales del Hospital Dos de Mayo están realizando su trabajo eficientemente direccionando inmediatamente los pacientes con abandono social a las instancias respectivas (asilos, guarderías, etc.) evitando que estos pacientes sean admitidos generando ingresos inadecuados. Pues lo que necesitan estos pacientes no es una atención médica sino una atención social, pues la mayoría de ellos son abandonados y viven en las calles.

Es importante resaltar que dentro de las causas que influyen en la admisión inadecuada, la conducta del médico debe ser estimulada y reforzada para disminuir los ingresos inadecuados, aplicando una serie de medidas como: actividades educacionales en gerencia de salud, autoevaluaciones periódicas, retroinformación, entre otros. Estas medidas han logrado disminuir significativamente las hospitalizaciones inadecuadas desde el 24,6% hasta

7,9% con un descenso relativo de un 18%^{24,25} Estas actividades deben ser monitoreadas por los jefes de servicios y departamentos de cada institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peiro S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin(Barc)* 1994;103; 65-71
2. Peiro S, Meneu R, Rosello M, et AL. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin(Barc)* 1996, 107:124-129
3. Strumwasser I, Parnipe NV, Ronis DL, et al. Reliability an validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol standardized medreview instrument and intensity-severity-discharge criteria. *Med care.* 1990; 28: 95-111.
4. Rishpon S, Lubacsh, Epstein L. Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. *Med Care* 1986; 24: 279-282.
5. Ramos-Cuadra A, Marión-Buen J, García-Martín, et al. Use of the appropriateness evaluation protocol: the role of medical record quality. The effect of completeness of medical records on the determination of appropriateness of hospital days. *Int J Qual Health Care.* 1995;7:267-275.
6. Soria V, Carrillo A, Campillo A, et al. Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. *Am J Med Qual.* 2009;24:321-332
7. Restuccia J, Kregger B, Payne S. et AL. Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts. *Health Care Financing Review* 1986; 8: 47-54.
8. Gertmann P, Restuccia J. The appropriateness evaluation protocol A technique for assessing unnecessary day of hospital care. *Med Care* 1981;19: 855-871.
9. Peiro S, Meneu R, Rosello M, et AL. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin(Barc)* 1996, 107:124-129
10. Peiro S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin(Barc)* 1994; 103; 65-71
11. Perneger T, Chopard P, Sarasin F, et AL. Risk Factors for medically inappropriate admission to a department of internal medicine. *Arch Inter Med,* 1997, 157:1495-1500
12. Rodríguez-Vera FJ, Marín Fernández Y, Sánchez A, et al. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 297-300.
13. Zambrano J, Delgado M, Cruz G, et al. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin* 2001, 116: 652-54.
14. Matorras P, Del Pablo M, Otero L, et al. Adecuación de ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de 3er nivel. *Med Clin Barc.* 1990, 94:290-3.
15. Perales R, Amores P, Escrivá R, et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias* 2004;16:111-15.
16. Velasco L, García S, Oterino de La fuente D, et al. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev esp salud pública.* 2005; 79: 541-49.
17. Campos F, De la Cruz I, Lopez I, et al. Adecuación de los servicios hospitalarios en un servicio de neumología. *Arch Bronconeunol.* 2006; 42(9): 440-45.

18. San Romam J, Luquero F, De la fuente L, et al. Evaluación de las estancias inadecuadas en un Servicio de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 2009;62(2):211-15.
19. Llanos F, Contreras C, Sosa H. et al. Uso de la hospitalización en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered 2001; 12: 85-91
20. Contreras C, Galarza C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. Rev Soc Perú Med Inter 2011;24(1):19-25.
21. Capell S, Comas P, Piella T, et al. Unidad de Diagnóstico Rápido: un modelo eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. Med Clin (Barc). 2004;123(7):247-50.
22. Zambrana J, Jiménez-Ojeda B, Marín M, et al. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Med Clin (Barc). 2002;118:302-5.
23. Santos Castro P, Jimeno Carrúez A, García Cobo M, et al. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) Rev Clin Esp. 2006;206:84-9.
24. Miron J, Orozco J, Sardon M, et al. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un Hospital Comarcal. Rev clin Esp. 2000;12:654-58
25. Anton P, Peiro S, Aranaz J, et al. Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. J Epidemiol Community Health. 2007; 61:128-34.

CORRESPONDENCIA

Carlos Contreras Camarena
ccontrerashndm@hotmail.com

Recibido: 01/04/11

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 02/05/11

Consulte las ediciones anteriores de la
Revista ACTA MÉDICA PERUANA en



www.scielo.org.pe



www.redalyc.vaemex.mx



www.sisbib.unmsm.edu.pe

latindex

www.latindex.unam.mx



<http://dialnet.unirioja.es/>



www.imbiomed.com.mx