

Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas

Inadequate hospitalizations in the medical emergency ward

Carlos Contreras-Camarena¹ y Carlos Galarza-Manyari²

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas en el departamento de emergencia de un hospital general. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se hizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisó una muestra de 372 hospitalizaciones por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de un total de 3 955 admisiones en el periodo de dos años. Se recolectaron variables como edad, sexo, procedencia, día de hospitalización, entre otras. Los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas, medias (± 1 DE). Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de ji cuadrado. **RESULTADOS.** El 10,22% de las hospitalizaciones médicas realizadas por emergencia fueron inadecuadas. La edad del paciente menor de 64 años, el turno de hospitalización (mañana) y la ocupación del paciente (estudiante y/o empleado) fueron asociados a hospitalizaciones inadecuadas. **CONCLUSIONES.** Las hospitalizaciones inadecuadas en el Departamento de Emergencia fueron mayores que las cifras óptimas (< 5%), y los factores relacionados a las mismas fueron de orden epidemiológico y organizativo hospitalario.

PALABRAS CLAVE. Hospitalización, emergencia médica, evaluación, adecuación.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To determine the magnitude of inappropriate hospital admissions in the emergency department in a general hospital. **MATERIAL AND METHODS.** A descriptive, transversal and retrospective study was done. A sample of 372 emergency hospital admissions in the Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, from a total of 3 955 admissions in the period of two years was reviewed. Variables such as age, sex, place of origin, date of hospitalization, and others were collected. The results were expressed in absolute and relative frequencies and mean distribution (± 1 SD). The quantitative variables were studied by t-Student test for independent samples. For comparison of proportions, ji-square was used. **RESULTS.** 10,22% of emergency admissions were made

inadequately. The patient's age < 64 year-old, hospitalization time (in the morning) and the patient's occupation (student and/or employee) were associated with inappropriate hospitalization. **Conclusions.** Inappropriate hospitalizations in the Emergency Department were higher than the optimal rate (< 5%) and factors related to them were epidemiological factors and hospital organization.

KEYWORDS. Hospitalizations, medical emergency, evaluation, appropriateness.

INTRODUCCIÓN

Las hospitalizaciones inadecuadas obstaculizan la accesibilidad al sistema de salud, las salas de emergencia de los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) se encuentran atiborrados de pacientes, esto se traduce en la negativa de recibir pacientes que acuden a emergencia debido a que la demanda ya supero la oferta y la capacidad

1. Profesor de Medicina Interna, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Magister en gerencia de servicios de salud.
2. Profesor de Dermatología, UNMSM. Doctor en Medicina.



resolutiva de los hospitales. La gran interrogante que nace de este problema es ¿verdaderamente se superó la capacidad de los hospitales o es que estamos admitiendo pacientes inadecuadamente? De ocurrir este último, estaríamos saturando los hospitales y obstaculizando el sistema de salud. Es cierto que la población en los últimos años se ha incrementado aritméticamente y esto sería una causa del encarecimiento de las atenciones de salud; pero, además, es preciso reflexionar respecto a la elevada proporción de ingresos inadecuados reportados en diferentes estudios que van desde 10% hasta 15%.

La mayoría de profesionales médicos al abordar el tema respecto a la adecuación de los ingresos hospitalarios tienen un rechazo intuitivo. Pues la mayoría de ellos han vivido la experiencia de ingresos perfectamente adecuados, de ingresos absolutamente innecesarios y de ingresos inadecuados pero imprescindibles. A menudo se hospitalizan por emergencia pacientes con enfermedades crónicas como anemia crónica, gastritis crónica o síndrome consuntivo, estos pacientes podrían ser diagnosticados y tratados ambulatoriamente sin necesidad de ser hospitalizados, pues, lo que necesitan son: un hemograma o aspirado de médula ósea, un estudio endoscópico u otras pruebas exploratorias diagnósticas; más que la necesidad de una hospitalización.

El ingreso inadecuado se define como el realizado en un hospital de agudos cuando clínicamente podrían haber sido admitidos a niveles más adecuado de asistencia (ambulatorio, hospital de día, asistencia domiciliaria, hospital de cuidados crónicos o en centros de menor nivel de complejidad) Esto asume que los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, lo cuestionable es el nivel asistencial donde se presta la atención y la hospitalización innecesaria.

Las hospitalizaciones inadecuadas en hospitales de agudos, constituye uno de los problemas centrales de la mayor parte de sistemas de salud en países desarrollados, las naciones en vías de desarrollo no escapan a esta realidad. La admisión hospitalaria inadecuada aumenta el gasto sanitario, crea ineficiencias en la gestión e influye en la calidad asistencial. Calidad de atención según la organización mundial de la salud (OMS) entre otras, conlleva, no solo la prestación de una atención apropiada a cada problema de salud, si no que, debido los recursos limitados, esta debe realizarse con el mínimo costo posible.¹

Los trabajos sobre hospitalización inadecuada comenzaron en la década de los setenta.² Los estudios iniciales que utilizaban el juicio clínico no estructurado y estándares implícitos (uno o más médicos revisaban las historias clínicas y valoraban si la hospitalización estaba o no justificada) tuvieron una baja fiabilidad.³⁻⁶ Posteriormente, diversos autores desarrollaron varios instrumentos como el *Intensity Severity Discharge Criteria Set (ISD)*, *Standardised Medreview Instrument (SMI)*, *the Delay Tool (DTO)* y el *Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)*, protocolo de evaluación de la adecuación). Siendo este último la técnica de revisión más utilizada en Estados Unidos y Europa para medir el grado de adecuación del uso hospitalario. Este instrumento propuesto por Gertman y Restuccia en 1981⁷ consiste en un conjunto de criterios explícitos y objetivos que permiten juzgar la necesidad clínica del ingreso hospitalario, a partir de la revisión retrospectiva de historias clínicas. La validez y precisión de este protocolo ha sido reportada en diversos estudios.⁵⁻⁹

Este Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) fue desarrollado en la década de los setenta y fue modificado posteriormente.^{7,8,10} Consta de dos 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 construye a través del diagnóstico si no de dos variables determinantes de la necesidad de 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 seis criterios restantes (11 al 16) y están relacionados con la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere.

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.

Los objetivos del presente trabajo fueron la determinación de la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas en el servicio de emergencia y sus factores relacionados.

Tabla 1. Protocolo de evaluación de la adecuación.

Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP)

- Causas de ingreso adecuado
 - I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente.
 1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo.
 2. Frecuencia cardíaca > 140 o < 50 latidos por minuto.
 3. Presión arterial sistólica > 200 o < 90, o diastólica > 120 o < 60 mm Hg.
 4. Pérdida aguda de visión o audición.
 5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.
 6. Fiebre > 38 °C, durante más de cinco 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.
 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 continuada de constantes vitales, al menos cada dos horas.
 14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica.
 15. Antibioticoterapia IM, al menos tres veces al día.
 16. Terapia respiratoria, continua o intermitente, al menos cada ocho horas.
- Causas de ingreso inadecuado.
 - Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse en paciente ambulatorio.
 - El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)
 - Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba.
 - 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.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

Se estudio una muestra sistemática de 372 pacientes admitidos, de una población total de 3 955 hospita-

lizaciones procedentes de emergencia a los servicios de medicina. La unidad de análisis fue la historia clínica. Fueron incluidas todas las hospitalizaciones por emergencia con diagnósticos médicos y cuyas historias clínicas se encontraban completas donde indicaban claramente el destino de la hospitalización con firma y sello del médico tratante (emergenciólogo o internista). Fueron excluidos los casos cuyas historias clínicas se encontraban incompletas y aquellos donde la causa que motivo la hospitalización no estaba clara o no se mencionaba. 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 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 para calificar la hospitalización inadecuada fue el protocolo de evaluación de la adecuación.

Se recogió datos epidemiológicos como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, persona que lo trae al hospital o que lo acompaña en el momento de la atención, distrito y departamento de procedencia. Además, se recolectó las variables que dependían de la organización y de las características hospitalarias: día de hospitalización, turno de hospitalización, estación anual de la hospitalización, estancia hospitalaria, evolución y condición de egreso del paciente. Finalmente, se registró el diagnóstico y la especialidad del médico que indicó la hospitalización.

Para determinar la inadecuación del ingreso se revisó la totalidad de las historias clínicas, incluidas hojas de evolución, hoja de cuidados de enfermería, hoja de 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 (± 1 DE), las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de ji cuadrado.



RESULTADOS

La edad media de la población fue 50,63 años (DE \pm 20,53), mediana de 51 años, la edad mínima de 15 y la máxima de 99 años. La población mayor de 65 años fue el 19,89% (74/372).

El 8,60% (32/372) de los pacientes eran analfabetos. La gran parte de los pacientes tenían estudios escolares de primaria (38,17%) y secundaria (46,23%), solo el 6,98% (26/372) de la población tenía estudios de nivel superior.

El 54,31% (202/372) de los pacientes fueron de sexo masculino y el 45,69% (170/372) de sexo femenino, la relación masculino/femenino fue 1,2 y 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 por el servicio de emergencia se encontró que el 10,22% (38/372) de las hospitalizaciones fueron inadecuadas. Adicionalmente, estos resultados fueron comparados con resultados preliminares de hospitalizaciones inadecuadas en consulta externa en el mismo hospital, que fueron del orden de 49,33%. Esta comparación mostró marcada significancia estadística ($p = 0,001$). Además, se observó que la modalidad de ingreso por emergencia se asocia en menor medida que las admisiones por consultorio respecto a las hospitalizaciones inadecuadas. Se encontró que la posibilidad de producir una hospitalización inadecuada es ocho veces menor si el paciente ingresa por emergencia, que cuando el paciente es ingresado por consultorio externo. OR: 8,61 (IC 95%: 4,76-15,64).

La población mayor de 65 años representa el 19,89% (74/372), en este grupo etario se encontró 5,41% de hospitalizaciones inadecuadas frente al 11,41% en pacientes < 64 años, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P = 0,04$). La población de adultos < 64 años (89,10%), tiene probabilidad incrementada de ser admitido inadecuadamente que los mayores de 65 años OR: 2,25 (IC 95%: 1,01-2,81) (Tabla 2).

Durante el turno de las mañanas (8 a 14 horas) se hospitalizó el 46,23% (172/372) del total de pacientes, de ellos el 17,44% (30/172) fueron inadecuados. Por otro lado, del total de las admisiones innecesarias (38) el 78,94% (30/38) fueron hospitalizadas en el turno mañana, 15,78% (6/38) en el turno tarde (14 a 20 horas) y el 5,26% (2/38) en el turno noche (20 a 8 horas). Se

Tabla 2. Hospitalizaciones inadecuadas en el Departamento de Emergencia según edad, HNDM. 2006-2007.

	Inadecuado		Adecuado		Total	
	n	(%)	n	(%)		
• Edad						$p = 0,04$
- < 64 años	34	11,4	264	88,6	298	
- > 65 años	4	5,4	70	94,6	74	
Total	38	10,2	334	89,8	372	
• Turno						$p = 0,17$
- Mañana	30	17,4	142	82,6	172	
- Tarde	6	4,5	128	95,5	134	
- Noche	2	3,0	64	97,0	66	
Total	38	10,2	334	89,8	372	
• Ocupación						$p = 0,01$
- Estudiante y empleado	8	19,1	34	80,9	42	
- Otras ocupaciones	30	9,1	300	90,9	330	
Total	38	10,2	334	89,8	372	
• Especialidad						NS
- Internista	27	9,6	255	90,4	282	
- Emergenciólogo	11	12,2	79	87,8	90	
Total	38	10,2	334	89,8	372	

NS: no significativo

encontró que los pacientes ingresados en el turno de mañana, fueron asociados a una mayor proporción de hospitalizaciones inadecuadas 17,44% frente a 4,48% y 3,03% en los turnos de tarde y noche respectivamente, encontrándose asociación significativa.

La mayor proporción (207/372) de pacientes registraron su ocupación como su casa, en este grupo estuvieron incluidos pacientes de sexo femenino y masculino. Los pacientes que registraron su ocupación como estudiantes y empleados tuvieron una proporción elevada de hospitalizaciones inadecuadas. Este grupo de pacientes tiene riesgo doble de ser hospitalizados innecesariamente, OR: 2,35 (0,19-3,88) al 95%, ($p = 0,01$).

Las hospitalizaciones por emergencia fueron indicadas por el emergenciólogo o por el internista, y por esta modalidad de ingreso el internista ocasionó 9,57% de inadecuación y el emergenciólogo 12,22%, sin diferencia significativa, OR: 0,76 (0,20-2,97) al 95%; $p = 0,72$.

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

DISCUSIÓN

Las hospitalizaciones inadecuadas generan incremento en los gastos sanitarios y altera los distintos procesos de atención así como la oferta de servicios del hospital, además de generar exámenes y pruebas diagnósticas innecesarias. Es conocido a través de las diferentes investigaciones que un porcentaje significativo de las hospitalizaciones son inadecuadas. Siu y col.¹¹ reportaron un 23% de ingresos inadecuados en población de adultos jóvenes. Restuccia y col.¹² refiere que esta proporción está entre el 10 y 30% estudiando en diferentes tipos de hospitales. Perales y col.,¹³ estudiando prospectivamente 381 ingresos durante solo un mes, encontró que el 15% de los ingresos no quirúrgicos en un servicio de urgencias fueron hospitalizados inadecuadamente.

La proporción de hospitalizaciones inadecuadas encontrada en este estudio, si bien es cierto se encuentra en rango aceptable, preocupa que no se encuentre en niveles óptimos. En consecuencia, deberíamos aplicar estrategias para reducir las admisiones inadecuadas. Así, tenemos: desarrollar y actualizar las guías de práctica clínica, mejorar la organización interna de la emergencia, desarrollar consultas más dinámicas y accesibles, contar con una sala de procedimientos exclusivo para emergencia donde se pueda realizar endoscopias, pruebas rápidas de laboratorio, etc. Todo esto con la finalidad de evitar las hospitalizaciones innecesarias que es perjudicial para el paciente pues los expone a riesgos innecesarios y sobre todo aumenta los costos en salud. Lo anteriormente mencionado se puede resumir en la siguiente frase: “Un paciente con pérdidas macro o microscópicas leves a través del tracto digestivo bajo requiere una proctosigmoidoscopia o colonoscopia en tiempo real y no una hospitalización”. Teóricamente, la totalidad de las admisiones por Emergencia deben ser adecuadas, debido a que los pacientes que acuden a las salas de Emergencia fácilmente reunirían los criterios de adecuación del AEP. Por lo tanto, el 10,21% de las hospitalizaciones inadecuadas halladas es probablemente explicado por la frecuente derivación de pacientes de consultorio externo hacia Emergencia, sumado a la creencia por parte del paciente y de algunos médicos que el diagnóstico y los exámenes complementarios serán realizados con mayor rapidez en la Emergencia y en el paciente hospitalizado. Este porcentaje de inadecuación hospitalaria exclusiva de Emergencia coincide con otros estudios realizados en salas de urgencias,¹³⁻¹⁶ donde el porcentaje de

inadecuación fluctuó entre 10 y 15%. Si hablamos de eficiencia hospitalaria, el ingreso inadecuado por el Departamento de Emergencia debería ser 0% pero esto no ocurre debido a que en las Emergencias se atiende una proporción elevada de enfermos no urgentes y algunos de ellos son hospitalizados.

La edad media de los pacientes estudiados fue de 50,63 años y la distribución de frecuencias de las edades fueron bastante similares con otros estudios realizados.^{17,18} La asociación estadística encontrada entre edad cronológica y hospitalizaciones inadecuadas ($p = 0,04$), observándose que los pacientes con edades menores de 64 años tienen hospitalizaciones con mayor grado de inadecuación que los pacientes mayores de 65 años, resulta que los adultos mayores tienen hospitalizaciones más justificadas que los adultos menores, hallazgo que concuerda con lo encontrado en otro estudio.¹⁹ Este último resultado es explicado porque, la edad mayor de 65 años es una variable que frecuentemente se asocia a determinadas patologías crónicas reagudizables, el anciano presenta mayor comorbilidad que el adulto joven y mayor número de descompensaciones, por todo esto; es más probable que los pacientes seniles acudan con mayor frecuencia a las salas de Emergencia y sus internamientos tengan más criterios clínicos de adecuación.^{19,20} Así, se reportó que los adultos menores (menores de 64 años) presentaron una mayor proporción de ingresos inadecuados, 18,42% frente a 10,67% de los adultos mayores (mayores de 65 años).¹⁹ En cuanto a la justificación del ingreso los adultos mayores ingresaron más frecuentemente por una causa médica (89,4% vs. 81,6%) y menos para estudio (6,9% vs. 14,2%) que en los adultos menores de 65 años. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otras investigaciones.^{19,21-23} Contrariamente, otros estudios no encontraron ninguna asociación entre la variable edad y hospitalizaciones inadecuadas,^{24,25} resultados que aparentemente serían explicados porque las decisiones de los médicos de hospitalizar o no a un paciente se toman a partir de criterios clínicos que el paciente presenta durante la evaluación médica y no teniendo en cuenta la edad. En nuestra opinión, y a la luz de los resultados encontrados en este trabajo y los numerosos reportes publicados a favor de la asociación entre edad cronológica y adecuación hospitalaria, nos permite inferir que la edad menor de 64 años es un factor que se asocia frecuentemente con hospitalizaciones inadecuadas.



Respecto al hallazgo de la mayor proporción de hospitalizaciones inadecuadas en el turno de la mañana probablemente sea explicado por el mayor número de casos registrados en este turno y por la influencia de las hospitalizaciones por consultorio que es proporcionalmente mayor que por emergencia.

No encontramos estudios que relacionan la ocupación con el grado de hospitalizaciones inadecuadas. El grupo que mayor proporción de ingresos innecesarios presentó fue el de estudiante y empleados. Esto probablemente sea explicado por la relativa presión de estos grupos exigiendo su derecho a ser estudiados de mejor manera siendo hospitalizados.

Tanto el internista como el emergenciólogo tienen las mismas probabilidades de generar una hospitalización inadecuada no existiendo diferencia significativa.

Las hospitalizaciones inadecuadas serían entonces resultado de varios factores: congestión de los procesos de atención en consultorio externo, deficiencia hospitalaria en cuanto a pruebas complementarias que permitan precisión y rapidez en el diagnóstico, deficiencia del primer nivel de atención que no cubre las expectativas de la población y que la gran mayoría de la población acude al hospital y no al puesto de salud de su jurisdicción, ausencia de un sistema ordenado y bidireccional de salud, entre otros.^{20,26} Continuando con esta línea de análisis, se tiene que priorizar los exámenes y procedimientos por la condición clínica o el diagnóstico del paciente y sin considerar donde se encuentra el paciente (sala de hospitalización, emergencia, consultorio externo, etc.)

Otro factor que determina el mayor número de hospitalizaciones innecesarias sin duda es la inadecuada organización en infraestructura y tecnología hospitalaria que no brinda la certeza diagnóstica al médico para que decida su alta en vez de hospitalización. Pareciera que el profesional médico se ve en la necesidad de hospitalizar al paciente ante la duda diagnóstica y/o para acelerar el diagnóstico de algunas enfermedades, debido a que no dispone de exámenes auxiliares pertinentes, procedimientos y exploraciones diagnósticas y terapéuticas en tiempo real. La literatura al respecto es escasa pero la real magnitud del problema solo se podrá investigar con estudios prospectivos de casos donde la declaración del médico será valiosa.

Las variaciones entre las diferentes series de estudio se explicarían principalmente por las diferencias

en la práctica clínica, incidencia y prevalencia de enfermedades propias o endémicas de la región en estudio, diferente metodología al utilizar el AEP, utilización de AEP modificado, calidad de las historias clínicas, entre otras características. De las observaciones realizadas en este estudio se puede asumir que la inadecuación de las admisiones es un fenómeno multifactorial que depende de las decisiones que toma el médico en relación con la disponibilidad de recursos hospitalarios y con las condiciones en que se desarrolla la atención médica. Por tanto, entre las estrategias o medidas para disminuir las hospitalizaciones inadecuadas se encuentran los siguientes: elaborar guías de práctica clínica, impulsar la efectividad de los servicios hospitalarios, mejorar la disponibilidad de recursos alternativos a la hospitalización²⁷ y potenciar la atención primaria. La creación de unidades alternativas a la hospitalización convencional entre ellas, la unidad de diagnóstico rápido ha demostrado evitar la hospitalización innecesaria de al menos 53,7% de los pacientes, disminuir los costos de hospitalización y elevar el grado de satisfacción del cliente. Sin embargo, al igual que otras iniciativas similares, como las unidades de corta estancia, consulta única entre otras, precisa del apoyo y la confianza del resto del hospital.^{28,29} Solo así se podrá, entre todos, anular las deficiencias respecto al uso hospitalario. Finalmente, llamamos a los gerentes y administradores de salud para ofrecerles la oportunidad de aplicar este y otros estudios relacionados para una adecuada toma de decisiones, incluyendo al AEP como herramienta útil para la gestión, la eficiencia y la calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vuori HV. The principles of quality assurance. Who Regional Office for Europe. Euro Report and Studies. 1994.
2. Kurylo LL. Measuring inappropriate utilization. Hospital and Health Services Administration. 1976;21:73-89.
3. Rosser RM, Chir B. The reliability and application of clinical judgment in evaluating the use of hospital beds. Med Care. 1976;14:39-47.
4. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Serv Res. 1987;22:709-769.
5. Rishpon S, Lubacsh, Epstein L. Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. Med Care. 1986;24:279-282.
6. 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.
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. Siu A, Sonnemberg F, Manning W, et al. inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plan. *N Engl J Med*. 1986;315:1259-266.
12. Restuccia J, Gertman P, Dayno S, et al. The appropriateness of hospital use. *Health Affair*. 1984;3:130-38.
13. Perales R, Amores P, et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2004;16:111-15.
14. Smith H, Pryce A, Carlisle L, et al. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond*. 1997;31:527-32.
15. Velasco L, Garcia 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 Publica*. 2005;79:541-49.
16. Muiño A, González B, Rodríguez de Castro E, et al. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev Clin Esp*. 1988;182:374-8
17. 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.
18. 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.
19. Gonzales-Montalvo J, Baztan J, Rodríguez Mañas L, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: Causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin. (Barc)* 1994;103:441-43.
20. Vilardeil L. ¿Por qué ingresan los pacientes en forma urgente en un hospital? *Med Clin. (Barc)* 1994;103:452-53.
21. 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.
22. Matorras P, Del Pablo M, Otero L, et al. Adecuación de ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin Barc*. 1990;94:290-3.
23. 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.
24. 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.
25. Suárez F, Oterino de la Fuente, D, Peiro S, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:237-48.
26. Grover PL. Is inappropriate hospital care and inevitable component of the health care system. *Med Care*. 1991;29:1-4.
27. 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.
28. 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.
29. 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.

Correspondencia a: Dr. Carlos Contreras Camarena
ccontrerashndm@hotmail.com

Fecha de recepción: 23-01-11.
Fecha de aprobación: 31-01-11.