

Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas a los servicios de medicina

Associated factors to inadequate hospitalizations in medicine wards

Carlos Contreras-Camarena¹

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas así como sus factores asociados en los servicios de medicina de un hospital general. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Investigación cuantitativa, descriptivo, transversal realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima. Se revisó una muestra sistemática de 372 hospitalizaciones en los servicios de medicina de una población total de 9917 admisiones en el periodo 2006-2007. Se recolectó variables como edad, sexo, modalidad de ingreso y especialidad del médico que indica la hospitalización. El instrumento utilizado para medir la adecuación del ingreso hospitalario fue el appropriateness evaluation protocol (AEP). **RESULTADOS.** El 33,6% de las hospitalizaciones médicas realizadas en los servicios de medicina fueron inadecuadas. Los factores asociados fueron: la edad menor de 64 años, el ingreso por consultorio externo, ser admitido en el turno mañana y la procedencia de distritos diferentes al del Cercado de Lima. Las especialidades médicas que con mayor frecuencia se asociaron a hospitalizaciones inadecuadas fueron medicina general (92,0%), gastroenterología (71,4%) y hematología (62,5%). **CONCLUSIONES.** Un tercio de las admisiones en los servicios de medicina fue inadecuado; y, que la ocupación de estudiante, ingresar por consultorio externo y ser hospitalizado por medicina general fueron factores de riesgo para hospitalizaciones inadecuadas.

PALABRAS CLAVE. Hospitalización, inadecuado, protocolo, evaluación, admisión, hospital.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To determine the extent of inadequate hospital admissions as well as its associated factors in the medical wards of a general hospital. **MATERIAL AND METHODS.** A descriptive, transversal study was done in the Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima. A sample of 372 hospitalizations in the medical services of a total population of 9 917 admissions for the period 2006-2007 was reviewed. Variables such as age, sex, entry order and specialty of the physician who indicated hospitalization were collected. The instrument

used to measure the adequacy of the hospital admission was the appropriateness evaluation protocol (AEP). **RESULTS.** A proportion of 33,60% of medical admissions in the medical wards were inadequate. Associated factors were: less than 64 year-old, admissions from ambulatory service, patients who were admitted in the mornings and patients who came from distant districts. Medical specialties most frequently associated with inadequate hospitalizations were general medicine (92%), Gastroenterology (71,43%) and Hematology (62,50%). **CONCLUSIONS.** One-third of patients admitted to the medicine wards were inadequate. To be student, to be admitted from ambulatory service and to be hospitalized for general medicine doctors were risk factors for inadequate hospitalizations.

KEYWORDS. Hospitalization, inadequate, protocol, evaluation, admissions, hospital.

1. Profesor de Medicina Interna y miembro del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Magíster en Gerencia de Servicios de Salud.



INTRODUCCIÓN

Con cierta frecuencia se hospitalizan pacientes con enfermedades crónicas como anemia crónica, gastritis crónica o síndrome consuntivo, etc., que podrían ser diagnosticados y tratados ambulatoriamente sin necesidad de ser hospitalizados; pues, lo que necesitan son un hemograma o aspirado de medula ósea, un estudio endoscópico u otras pruebas exploratorias más que la necesidad de una hospitalización.

Cuando nos referimos a ingresos inadecuados (innecesarios, injustificados) lo hacemos a las atenciones realizadas en hospitales de gran complejidad que generan ingresos innecesarios, cuando las mismas podrían haberse realizado en niveles asistenciales distintos: ambulatorio, consulta 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 tanto, lo cuestionable es el nivel asistencial donde se presta la atención y la hospitalización innecesaria.

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) conlleva no solo la prestación de una atención apropiada a cada problema de salud sino que debido a los recursos limitados esta debe realizarse con el mínimo costo posible,¹ sin afectar la oportunidad, calidad y accesibilidad a los servicios de salud.^{2,3}

Los trabajos sobre hospitalización inadecuada comenzaron en la década de 1970.³ Los estudios iniciales que utilizaron 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), el *Standardised Medreview Instrument* (SMI), el *Delay Tool* (DTO) y el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP, protocolo de evaluación de la adecuación). Este último es la técnica de revisión más utilizada en EE UU y Europa para medir el grado de adecuación del uso hospitalario. Este instrumento propuesto por Gertman y Restuccia, en 1981,⁷ 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 (Figura 1). La validez y precisión de este protocolo ha sido reportada en diversos estudios.^{2,7,8} Utilizando el AEP, en EE UU, se ha encontrado que aproximadamente un tercio de todas las ingresos hospitalarias son inadecuadas. Otros trabajos realizados en España reportan que las admisiones hospitalarias inadecuadas oscilan entre 6% y 54%.^{1,9}

Diversos son los factores que pueden influenciar en la hospitalización inadecuada en los servicios de medicina, desde la condición social del paciente, edad del paciente, lugar de residencia, familiar que lo trae a la hospitalización, turno de admisión, hasta el estado mental de la esposa u otros familiares del hogar.^{9,10-14} La variabilidad de los resultados en las publicaciones existentes, el hacinamiento hospitalario, la falta de disponibilidad de camas clínicas en los servicios de medicina y el escaso número de estudios en nuestro país motivaron la realización del presente trabajo.

El objetivo general de este estudio fue la determinación de la magnitud de los ingresos inadecuados así como sus factores asociados en los servicios de medicina de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Fue realizado en Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima.

Se estudió una muestra sistemática de 372 pacientes admitidos a los servicios de medicina, la población total fue de 9 917 hospitalizaciones procedentes de los servicios de emergencia y de consulta externa durante los años 2006 y 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 excluyó las historias clínicas que carecían de funciones vitales, análisis de laboratorio y las historias clínicas 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

Figura 1. Protocolo de adecuación de la hospitalización (*Appropriateness evaluation protocol, AEP*).

Causas de ingreso adecuado	Si	No
<p>I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo. 2. Frecuencia cardíaca mayor de 140 o menor de 50 latidos por minuto. 3. Presión arterial sistólica mayor de 200 o menor de 90 mm Hg o diastólica mayor de 120 o menor de 60 mm Hg. 4. Pérdida aguda de visión o audición. 5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo. 6. Fiebre mayor de 38 °C durante más de cinco días. 7. Hemorragia activa. 8. Alteraciones graves del equilibrio ácido-base o electrolítico.* 9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda. 10. Dehiscencia de herida o evisceración. <p>II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados</p> <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 dos horas. 14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica. 15. Antibioticoterapia intramuscular; al menos tres veces al día. 16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada ocho horas. 		
<p>Causas de ingreso inadecuado</p> <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.

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 revisó la totalidad de las historias clínicas, incluyendo 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 considero 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; 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.

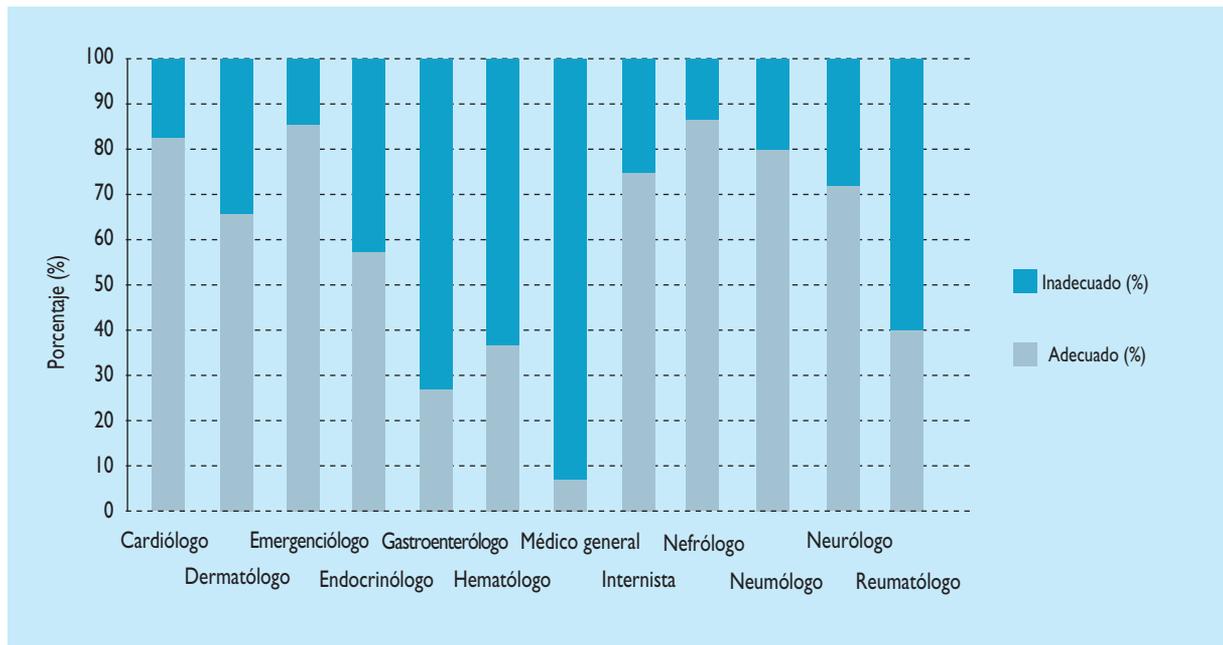


Figura 1. Hospitalizaciones inadecuadas en medicina según especialidad médica, Hospital Nacional Dos de Mayo 2006-2007. $P = 0,001$.

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 (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 fue de sexo masculino y 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 fue similar, alrededor de un tercio del total de las hospitalizaciones.

Del total de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina se encontró que 33,60% (125/372) de las admisiones fueron innecesarias o inadecuadas. Así mismo, se encontró que cinco del total de variables estudiadas fueron asociadas a los ingresos inadecuados (Figura 2). Así tenemos, los pacientes menores de 64 años fueron asociados a admisiones inadecuadas. Los pacientes con edades menores de 64 años presentaron 36,67% de hospitalizaciones inadecuadas frente al grupo de mayores de 65 años donde se encontró 25,49%, diferencia significativa ($p = 0,04$). La población de

adultos menores de 64 años (72,58%) tuvo probabilidad incrementada de ser admitida inadecuadamente que los pacientes mayores de 65 años, OR = 1,69 (IC 95%: 1,01-2,81).

Los pacientes que ingresaron por consultorio externo presentaron mayor grado de ingresos inadecuados que los pacientes admitidos por el servicio de emergencia. El 59,94% de los pacientes fue hospitalizado por consultorio externo (223/372), y de estos, 49,11% fueron inadecuadas comparado con 10,14% de hospitalizaciones inadecuadas cuando el paciente fue admitido por emergencia. Los pacientes que fueron admitidos por la modalidad de consultorio externo tuvieron ocho veces más probabilidades de producir una hospitalización inadecuada comparado con los pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia.

Los pacientes procedentes del departamento de Lima pero de distritos diferentes al del Cercado de Lima tuvieron una probabilidad incrementada de generar ingresos inadecuados (OR = 1,91; $p = 0,009$), lo probablemente se debe a que los pacientes que acuden de distritos distantes presionan indirectamente al facultativo para conseguir su hospitalización y así evitar gastos de traslados reiterativos cuando son manejados ambulatoriamente.

Se encontró que los pacientes que ingresaron en el turno de la mañana presentaron mayor número de hospitalizaciones inadecuadas (44,50%) comparados con el turno tarde y noche que presentaron 26,27% y 9,26% de hospitalizaciones inadecuadas respectivamente.

Un hallazgo encontrado en este estudio fue que los pacientes que registraban su ocupación como estudiante se asociaron a una proporción mayor de ingresos inadecuado (57,14%) comparados con los otros grupos ocupacionales (Figura 2).

Las hospitalizaciones por consultorio externo fueron indicadas por el médico internista o por los médicos de otras subespecialidades médicas. Por esta modalidad de ingreso, el internista generó 40,52% (47/116) de hospitalizaciones inadecuadas, frente a 58,88% (63/112) de las otras especialidades incluidos los médicos generales (Figura 3). En los ingresos producidos por consultorio externo las otras especialidades distintas al de medicina interna tuvieron el doble de probabilidad de ocasionar un ingreso inadecuado, OR = 2,13 (IC 95%: 1,23-3,58).

Por otro lado, las hospitalizaciones a través del departamento de emergencia fueron indicadas por el emergencista o por el internista, ya que estos dos especialistas desde hace algunos años comparten el trabajo en las unidades de emergencia. Por esta modalidad de ingreso el internista

ocasionó 10,62% de inadecuación y el emergencista, 8,57%, $p = 0,72$ (Figura 3).

Respecto a 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 generó 25,76% de las hospitalizaciones innecesarias (Figura 1). Se encontró tres especialidades médicas que con mayor frecuencia se asociaron a hospitalizaciones inadecuadas, así tenemos: Medicina general, 92%; Gastroenterología, 71,43% y Hematología, 62,50%. Contrariamente, las admisiones indicadas por nefrólogos, cardiólogos y neurólogos tuvieron las menores proporciones de admisiones innecesarias: 14,29%, 18,18% y 19,87% de inadecuación, respectivamente, $p = 0,001$.

Las enfermedades neoplásicas (53,85%), afecciones reumatológicas (50,00%), trastornos gastrointestinales (48,33%) y las infecciones por VIH (44,44%) fueron los diagnósticos que en mayor magnitud estuvieron asociados a ingresos inadecuados (Figura 4), siendo las enfermedades cardiovasculares las que generaron menor proporción de inadecuación hospitalaria.

Figura 2. Variables asociadas a hospitalización inadecuada en servicios de medicina, Hospital Nacional Dos de Mayo 2006-2007.

Variable	Inadecuada		Adecuada		Total	P	OR	IC 95%		
	n	(%)	n	(%)						
• Edad (años)	Menores de 64	99	36,67	171	63,33	270	0,04	1,69	1,01-2,81	
	65 o más	26	25,49	76	74,51					102
• Tipo de admisión	Consulta externa	110	49,11	113	50,89	223	0,001	8,61	4,8-15,64	
	Emergencia	15	10,14	133	89,86					148
• Procedencia	Otros distritos	97	37,89	159	62,11	256	0,009	1,91	1,17-3,14	
	Lima Cercado	28	24,14	88	75,86					116
• Turno	Mañana	89	44,50	111	55,50	200	0,001			
	Tarde	31	26,27	87	73,73					118
	Noche	5	9,26	49	90,74					54
• Ocupación	Empleado	11	42,31	15	57,69	26	0,001			
	Estudiante	12	57,14	9	42,86					21
	Independiente	37	42,53	50	57,47					87
	Obrero	14	45,16	17	54,84					31
	Ama de casa	51	24,64	156	75,36					207
Total		125	33,60	247	66,40	372				

**Figura 3.** Hospitalizaciones inadecuadas en Medicina en relación a las especialidades médicas, Hospital Nacional Dos de Mayo 2006-2007.

Modalidad de Ingreso	Inadecuadas		Adecuadas		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	0,62	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

Con el análisis de regresión logística se determinaron que la ocupación, modalidad de ingreso y la especialidad del médico que indica la hospitalización fueron factores de riesgo para generar un ingreso inadecuado (Figura 5).

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

DISCUSIÓN

El porcentaje global de las admisiones inadecuadas encontrado en los servicios de medicina interna de nuestro hospital fue de 33,60%, cifra relativamente alta comparadas con otros estudios realizados en otros servicios de medicina interna donde se encontró inadecuación de 13% a 17%.⁹⁻¹²

Las variaciones de los resultados entre las diferentes series de estudio probablemente se producen por las diferencias en 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, hallazgo que 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.¹²⁻¹⁴ Este hallazgo probablemente se explica porque gran número de los pacientes mayores de 65 años padecen de enfermedades crónicas reagudizadas, frecuentemente cardiorrespiratorias, mayor número de descompensaciones y mayor comorbilidad que el adulto joven, por estas razones los pacientes seniles acuden a la consulta con mayor frecuencia y sus hospitalizaciones son más justificadas que los adultos menores de 64 años.^{15,16}

Figura 4. Uso hospitalario en medicina interna según diagnóstico de egreso, Hospital Nacional Dos de Mayo 2006-2007.

Enfermedad	Inadecuado		Adecuado		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
• Tuberculosis y relacionadas	14	32,56	29	67,44	43	100
• VIH y relacionadas	8	44,44	10	55,56	18	100
• Neoplasias	7	53,85	6	46,15	13	100
• Patología hematológica	6	40,00	9	60,00	15	100
• Diabetes y otras endocrinopatías	10	38,46	16	61,54	26	100
• Patología mal definidas	4	25,00	12	75,00	16	100
• Patologías neurológicas	10	41,67	14	58,33	24	100
• Enfermedades cardiovasculares	6	9,38	58	90,63	64	100
• Enfermedades broncopulmonares	9	27,27	24	72,73	33	100
• Patologías gastrointestinales	29	48,33	31	51,67	60	100
• Infecciones de partes blandas	5	31,25	11	68,75	16	100
• Enfermedades reumatológicas	7	50,00	7	50,00	14	100
• Problemas genitourinarios	10	33,33	20	66,67	30	100
Total	125	33,60	247	66,40	372	100

P=0,003

Figura 5. Análisis de regresión logística y riesgo de generar hospitalizaciones inadecuadas, Hospital Nacional Dos de Mayo 2006-2007.

Variabes	B	ET	Wald	gl	Significancia	Exp(B)	IC al 95%
• Ocupación	0,30156	0,12091	6,22051	1	0,013*	1,35	0,56-2,85
• Procedencia: distrito	0,40659	0,33148	1,50454	1	0,22	1,5	1,45-2,54
• Edad	0,51639	0,32086	2,59007	1	0,108	1,68	1,65-3,76
• Condicion de alta	-20,2014	11787,7	2,90E-06	1	0,999	0	0
• Diagnóstico	-40,7881	23575,3	3,00E-06	1	0,999	0	0
• Modalidad de ingreso	1,86657	0,38446	23,5715	1	0,001*	6,47	4,76-12,76
• Turno	0,34106	0,25855	1,7401	1	0,187	1,41	1,32-1,76
• Especialidad	1,00607	0,18809	28,6096	1	0,001*	2,73	1,54-3,54
• Procedencia	-0,56739	0,61988	0,83783	1	0,36	0,57	0,21-1,34
• Estancia hospitalaria	0,41328	0,18279	5,11196	1	0,024	1,51	1,43-1,65
• Clave social	-0,13421	0,26455	0,25736	1	0,612	0,87	0,32-0,98
• Día de hospitalización	-0,23037	0,52046	0,19592	1	0,658	0,79	0,32-1,76
• Familiar acompañante	0,2289	0,28124	0,66243	1	0,416	1,26	1,13-2,54

* P < 0,05

La proporción de ingresos inadecuados cuando el paciente procede de consulta externa fue 49,11%. En contraposición se encontró que solo 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 ha sido reportados con resultados similares en diferentes estudios,¹⁶⁻¹⁸ y, probablemente se debe a que las atenciones por consultorio generalmente se realizan por los especialistas que generan mayor número de ingresos inadecuados. La magnitud de inadecuación encontrada en la consulta externa pueden ser reducida a 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.¹⁸⁻²¹

Los pacientes hospitalizados procedentes del cercado de Lima quienes tienen menores probabilidades de producir un ingreso inadecuado podría explicarse por que frecuentemente son enviados a su casa para observación directa por la familia y, por su cercanía al hospital, ante cualquier signo de alarma podrían retornar rápidamente al nosocomio.

La mayor inadecuación encontrado en los pacientes hospitalizados en el turno de mañanas está directamente

relacionada a la gran proporción de pacientes que acuden en horas de la mañana, así mismo, al mayor riesgo de generar hospitalizaciones inadecuadas de algunas especialidades médicas (medicina general, gastroenterología y hematología) que generalmente brindan atención de salud en este turno.

La diferente actitud del internista de generar 40,52% de ingresos inadecuados en consultorio externo vs. 10,62% en emergencia (Figura 3) es explicado porque los internistas que realizan las guardias hospitalarias son generalmente los menores de 50 años y, probablemente, el otro grupo de internistas que no realizan guardias en el servicio de emergencia serían los involucrados de generar este mayor número de hospitalizaciones inadecuadas cuando realizan la atención en consultorios externos.

Las cifras altas de ingresos inadecuados por los médicos generales y los especialistas en gastroenterología y hematología se deben probablemente a deficiencias en estructura, organización y en tecnología hospitalaria, factores que no permiten resolver el diagnóstico y el manejo en el momento de la consulta que induce al médico a hospitalizar al paciente. 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 cardiaca descompensada, 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 obviamente generan hospitalizaciones inadecuadas.¹⁸ La existencia del triaje permite 'filtrar' a los pacientes urgentes de los no urgentes dando 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.^{19,20}

Respecto a la inadecuación hospitalaria en relación al diagnóstico (Figura 4) se encontró que existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,003$). La proporción de inadecuación en las neoplasias fue de 53,85%; las afecciones reumatológicas, 50%; los trastornos gastrointestinales, 48,33% y las infecciones por VIH y otras relacionadas, 44,44%; y, los ingresos inadecuados por síntomas mal definidos alcanzaron el 25%. Estos resultados coinciden con otros reportes;¹¹⁻¹⁴ así, se halló 33,1% de ingresos por síntomas mal definidos, 19,5% por enfermedades infecciosas y 11,4% por enfermedades digestivas. Otro estudio²¹ encontró 57,8% de pacientes que ingresaron inadecuadamente por síntomas inespecíficos, lo que representó más del doble del encontrado por nosotros (25%).

En general, las enfermedades mal definidas (músculo-esqueléticas, síndrome febril crónico, síndrome general, etc.) tienen porcentajes más elevados de ingresos inadecuado, lo que puede estar condicionado por la necesidad de seguir el caso y elaborar un diagnóstico definitivo pero que podría haberse realizado en forma ambulatoria a través de consultas externas.

Respecto a las enfermedades digestivas, Santos y col. encontraron inadecuación de 12,4%, cifra menor a lo encontrado por nosotros (48,33%) pese a que los estudios fueron realizados en hospitales de similar nivel de complejidad, diferencias que probablemente se deben a 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. 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 y col.²² no encontró diferencias de inadecuación en relación a los diagnósticos de alta probablemente por la gran variedad de patologías en su serie. Al agrupar los diagnósticos por grupos relacionados encontramos que las enfermedades neoplásicas, reumatológicas, las infecciones por el VIH, la patología gastroentéricas y hematológica son los cinco grupos de enfermedades asociados con mayor frecuencia a ingresos inadecuados. Dentro de las afecciones gastroentéricas, el síndrome consuntivo y diarrea crónica fueron las que mayormente se asociaron a inadecuación hospitalaria. De las afecciones hematológicas, la que mayor inadecuación presentó fue el síndrome anémico crónico, probablemente porque el aspirado de medula ósea (AMO) 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.

La mayor inadecuación diagnóstica del paciente consuntivo podría explicarse por que el médico carece de diagnóstico definido, pues describe simplemente el diagnóstico sindrómico, debido a ello muchos facultativos desean seguir al paciente para conocer la verdadera causa de la consunción pero la probabilidad de volver a evaluar a este paciente es remota debido a que el hospital tiene seis 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 estos generalmente están desnutridos, con sintomatología de fatiga y laxitud acentuadas, esto hallazgos induce subjetivamente a los médicos a realizar el ingreso hospitalario a pesar de no cumplir ninguno de los criterios para un ingreso adecuado.

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 los 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 esto, se hace necesario realizar en Perú más investigaciones respecto al tema, que permita 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 médicos.²¹⁻²³

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 24,6% hasta 7,9%, con un descenso relativo de 18%^{22,23}. Estas actividades deben ser monitoreadas por los jefes de servicios y departamentos de cada institución.

Pero no solo son los factores médicos los que están asociados a las hospitalizaciones inadecuadas sino 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.^{24,25} 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), lo que probablemente se debe a que las trabajadoras sociales del hospital están realizando un trabajo eficiente direccionando de inmediato 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, ya que la mayoría de ellos son abandonados y viven en las calles.

En conclusión, se halló que un tercio de las admisiones en los servicios de medicina fue inadecuado, y que la ocupación de estudiante, ingresar por consultorio externo y ser hospitalizado por medicina general fueron factores de riesgo para hospitalizaciones inadecuadas.

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, Roselló 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 and 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, Lubach, 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. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Campos F, De la Cruz I, López I, et al. Adecuación de los servicios hospitalarios en un servicio de neumología. *Arch Bronconeumol*. 2006;42(9):440-45.
16. San Román 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.
17. 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.
18. Contreras C, Galarza C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Rev Soc Perú Med Interna*. 2011;24(1):19-25.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Mirón J, Orozco J, Sardón M, et al. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clin Esp*. 2000;12:654-58.
23. 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.
24. Vilardeil L. ¿Por qué ingresan los pacientes en forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)*. 1994;103:452-53.
25. 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.

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

Fecha de recepción: 16-09-2011.

Fecha de aprobación: 30-09-2011.