

## ¿Hospitalizaciones inadecuadas?

Señor editor:

En la revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, en su volumen 24 y número 1 de los médicos Carlos Contreras y Carlos Galarza titulado 'Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas' se concluyó que el porcentaje de pacientes hospitalizados inadecuadamente por emergencia en el Hospital Nacional 'Dos de Mayo' fue de 10,22%, cifras mayores a las óptimas (< 5%).<sup>(1)</sup>

Las hospitalizaciones inadecuadas constituyen uno de los principales problemas en los países desarrollados; generan un incremento de gastos, ineficiencias en la gestión y deterioro de la calidad asistencial en las instituciones en las que se producen.<sup>(2)</sup> Las cifras en estos países oscilan entre 10% y 20%,<sup>(3)</sup> y en un estudio en Brasil se encontraron cifras hasta de 24,2%.<sup>(4)</sup> En el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, el 5,98% de las admisiones fueron innecesarias, cifra cercana a la óptima, atribuyéndose ello a la condición económica de la población, quienes acuden a la emergencia cuando creen que realmente requieren atención médica.<sup>(5)</sup> Esta situación es distinta a la descrita en países desarrollados y que probablemente se repite en otros hospitales de Perú, no reportándose suficientes estudios al respecto. En el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de Chiclayo se hospitaliza el 28% del total de pacientes que acuden a emergencia pero no se cuenta con la cifra de hospitalizaciones inadecuadas.<sup>(6)</sup>

Del total de atenciones durante el año 2010, en el servicio de emergencias del HNAAA, el 24,6% fue de problemas cardiovasculares y 7,3% de enfermedades respiratorias.<sup>(7)</sup>

Aproximadamente de 2% a 8% de los pacientes con infarto agudo de miocardio que acuden a un servicio de urgencias-emergencias es dado de alta, con el consiguiente riesgo incrementado de muerte en su hogar.<sup>(8)</sup> Un punto álgido y controversial es la decisión de hospitalizar a un paciente con una patología que no sea potencialmente mortal o con manifestaciones diferentes a lo habitual. No sería costo-eficaz hospitalizar a un paciente ante la duda diagnóstica o terapéutica para llevar a cabo exámenes que podrían realizarse de forma ambulatoriamente. (1)

En un sistema de salud como el nuestro donde la demanda en salud es mayor y la realización de pruebas de ayuda diagnóstica suelen verse retrasadas por el exceso de usuarios o por que los pacientes provienen de lugares lejanos de la región, el médico debe adaptarse al contexto del paciente, sus circunstancias personales, familiares, culturales y a sus necesidades vitales, tornándose difícil lograr una atención ambulatoria adecuada para problemas de salud con riesgo potencial de muerte o discapacidad.

A nuestro criterio, siendo la realidad cultural y el sistema de salud distinto al de países desarrollados, faltarían estudios hospitalarios que reflejen el porcentaje de hospitalizaciones inadecuadas y su impacto en el gasto público, la evaluación de las competencias del personal en el manejo de las urgencias y emergencias médica y el uso de estrategias

como las hospitalizaciones por el Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) realizado en España; éste es un indicador que mide la utilización de los servicios hospitalarios por problemas de salud que podrían haber sido prevenidos y controlados en la atención primaria.<sup>(9)</sup>

Asimismo, otra medida para tratar de disminuir el número de hospitalizaciones inadecuadas sería el desarrollo de campañas para educar al público sobre el uso adecuado de los servicios médicos;<sup>(4)</sup> ello produciría una gran mejoría y descongestión de nuestros servicios de emergencias.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras C, Galarza C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Rev Soc Peru Med Interna* 2011; 24 (1): 19 – 25.
2. Tamborero C. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31:16-7. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/comentarios-hospitalizaciones-inadecuadas-un-nuevo-reto-atencion-13042569-originales-2003>
3. Velasco L, García S, Oterino de la Fuente D, Suárez F, Diego S, Reyes A. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 541-9
4. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 2007, 7:131. URL disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/131>
5. Llano F, Contreras C, Sosa H, Reyes R, Mayca J, Velasquez J, Huayta Z. Uso de la hospitalización en el departamento de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* 2001; 12: 85-91. URL disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/12-3/v12n3ao2.htm>
6. Subsistema de vigilancia de perfiles epidemiológicos. Perfil de morbilidad en emergencia 2009 y 2010. Chiclayo: Oficina de inteligencia Sanitaria. Red Asistencial de Lambayeque de Essalud
7. Soto V. Panorama de las emergencias médico-quirúrgicas en Lambayeque (presentación en power point). Chiclayo, 2010
8. Rivero JA, Ruiz M. Dolor torácico (en línea). Málaga, España: Medynet. URL disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolotor.pdf>
9. Caminal J, Mundet X, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*. 2001; 15(2): 128-41 [On-line]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2004116>.

Chiclayo, noviembre de 2011

*Alvarado-Moreno G, estudiante de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT).*

*Montenegro-Díaz K, estudiante de Medicina de la USAT.*

*Malca Tello N, docente de la UUSAT; Área de Investigación, Escuela de Medicina.*

*Correspondencia a: José Gustavo Alvarado Moreno  
tavoalmighty@hotmail.com*

## RESPUESTA DEL AUTOR

Señor editor:

En respuesta a la carta dirigida hacia mi autoría en la investigación titulada 'Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas', publicada en el volumen 24, número 1 edición del año 2011 de esta Revista, debo manifestar lo siguiente:

- Primero. Las hospitalizaciones inadecuadas no es exclusividad de los países desarrollados, los países en desarrollo no escapan a esta realidad, probablemente ocurre en mayor medida en nuestros países por falta de utilización de instrumentos que evalúen la adecuación hospitalaria. Obviamente los resultados son más catastróficos en nuestro medio, pues a la carencia de recursos le sumamos gastos innecesarios no solo al paciente si no al Estado (si el paciente es atendido en el SIS o AUS) y no solo esto sino que obstaculizamos la accesibilidad al sistema de salud y exponemos a riesgos potencialmente fatales e innecesarios al paciente además de alterar la calidad de la prestación de salud. No olvidemos que calidad de atención según la OMS, entre otras, conlleva no solo a una atención apropiada a cada problema de salud, si no que, debido a los recursos limitados, este debe de desarrollarse con el mínimo costo posible.<sup>1</sup>
- Segundo. Es absolutamente cierto que nuestro sistema de salud es diferente al de otros países pero no se puede negar el aumento de la demanda en la mayoría de los hospitales de este mundo globalizado donde las cifras de natalidad son mayores que los de mortalidad y que por consiguiente la demanda de salud seguirá incrementándose a través de los años. Este fenómeno nos obliga a ser más eficientes en la atención de salud, diferenciando que pacientes tienen criterios para ser hospitalizados y quienes pueden ser tratados ambulatoriamente. En ese sentido, en AEP (Appropriateness evaluation protocol) utilizando criterios explícitos y objetivos juzgan la necesidad del ingreso hospitalario. La validez y precisión de este protocolo ha sido reportada en diferentes estudios.<sup>2-4</sup> Utilizando este protocolo es difícil dejar de hospitalizar pacientes con riesgo potencial de muerte o que estén severamente comprometidos.
- Tercero. Respecto al uso del Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), este es un instrumento empleado básicamente en el primer nivel de atención actuando como "filtro" y refiriendo solo los casos más complejos a centros de mayor nivel, esto es la esencia de la atención primaria. La aplicación de esta estrategia en gran parte ayudaría a mejorar el grado de uso hospitalario especializado o de tercer nivel, pero no olvidemos que las hospitalizaciones inadecuadas dependen única y exclusivamente del médico tratante quien con su experiencia y habilidad clínica y mejor aún utilizando el AEP, determina la hospitalización o el tratamiento ambulatorio del paciente. Las campañas de sensibilización y educación al público pueden coadyuvar a mejorar el uso hospitalario pero no para disminuir las hospitalizaciones inadecuadas. Obviamente, existen factores que influyen en la determinación del médico para hospitalizar al paciente tales como la deficiencia hospitalaria para brindar precisión y rapidez en la realización de las pruebas complementarias, deficiencia

biotecnológica hospitalaria y ausencia de un sistema ordenado y bidireccional de salud.<sup>5-7</sup>

- Cuarto. Como conclusión final podemos decir que la inadecuación hospitalaria es un fenómeno multifactorial que depende de las decisiones que toma el médico en relación con la disponibilidad de los recursos hospitalarios y con las condiciones en que se desarrolla la atención médica y por lo tanto, las estrategias para disminuir las hospitalizaciones inadecuadas serán impulsar la efectividad de los servicios hospitalarios, mejorar la disponibilidad de recursos alternativos a la hospitalización tales como la unidad de diagnóstico rápido, unidades de corta estancia, utilizar los instrumentos conocidos (AEP), elaboración y actualización de guías de práctica clínica, entre otros.<sup>8-10</sup>

Finalmente, debo mencionar que me siento complacido porque esta modesta investigación no solo haya despertado el interés sobre este tema sino que sirva de estímulo para generar investigaciones futuras en otros hospitales del país, para conocer nuestra realidad y darle el adecuado uso que se merecen nuestros majestuosos hospitales nacionales.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vuori HV. The principles of quality assurance. WHO Regional Office for Europe. Euro Report and Studies. 1994.
2. 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.
3. 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.
4. Peiro S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994;103:65-71.
5. Suarez F, Oterinode 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.
6. Zambrano J, Delgado M, Cruz G, et al. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001;116:652-54.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

Lima, enero de 2012.

*Dr. Carlos Walter Contreras Camarena,*

*Magíster en Gerencia de Servicios Públicos de Salud.*

*ccontrerashdm@hotmail.com*

Los artículos enviados a la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna deben tratar temas relacionados al área biomédico social (clínicos, ciencias básicas y salud pública) en el campo de la Medicina Interna y sus especialidades afines.

Los trabajos deben ser originales e inéditos.

## DE LA PRESENTACIÓN

El artículo debe ser presentado mediante una carta dirigida al Editor de la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, solicitando la evaluación para ser considerada su publicación. La carta debe incluir el título del trabajo, el nombre completo de los autores, tipo de trabajo y certificar que el artículo no ha sido presentado para evaluación para su publicación ni ha sido publicado en otra revista. La carta deberá ser firmada por uno de los autores.

Se debe adjuntar una declaración jurada firmada por todos los autores (según formato establecido), en la que declaran que el artículo presentado es propiedad intelectual de los autores y que no ha sido publicado, ni presentado para evaluación en otra revista. Además deberán ceder los derechos de autor a la Revista de la SPMI una vez que el artículo sea aceptado para su publicación.

Junto con la carta de presentación deberán entregarse impresos un original y una copia, además la versión electrónica del artículo en disquete o disco compacto.

## DEL ARTÍCULO

El artículo deberá pertenecer a una de las siguientes categorías:

- Investigación original.
- Comunicación corta.
- Carta al editor.

El artículo debe estar redactado en idioma español o inglés, impreso en papel bond blanco A4 (210 x 297 mm), en una sola cara, tipo de letra Times New Roman, tamaño de fuente 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25 mm. Las fracciones decimales se deben separar de los números enteros con coma decimal y los miles y millones deben ser separados por un espacio simple, en vez de comas. Cada parte del artículo deberá empezar en página aparte, numeradas en forma consecutiva. En el caso de citas textuales, el párrafo correspondiente dentro del texto se destacará colocándolo entre comillas y escribiéndolo con letra itálica. Las tablas y figuras deben colocarse al final del texto en página aparte con el título correspondiente; no deben ser insertados dentro del texto.

### Página del Título

La página del título, deberá contener:

Título del artículo en el idioma original y en inglés, nombre completo del autor o autores, institución donde se realizó el estudio y dirección de la correspondencia.

El nombre del autor o autores debe seguir el siguiente orden: Apellido paterno en mayúsculas, apellido materno en mayúsculas y nombres. Los autores se deben separar por una coma. A continuación del nombre del autor se debe colocar el Título o Grado Académico mayor obtenido y el llamado a la afiliación institución utilizando números arábigos en superíndice.

El nombre de la institución o instituciones a la que tiene afiliación el autor, se debe colocar en párrafo aparte, precedido por el número correspondiente, en superíndice.

En correspondencia, se debe colocar el nombre del autor encargado, dirección, código postal y correo electrónico. Pueden colocar, adicionalmente, el número de teléfono.

### Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto de Intereses

En esta página se debe colocar el origen del financiamiento y la declaración de conflicto de intereses de los autores.

En financiamiento, se debe colocar el origen del apoyo económico recibido en forma de subvención, donación de equipos o aporte de medicamentos u otro tipo de apoyo.

En la declaración de conflicto de intereses, se debe señalar los posibles conflictos de interés del autor o autores, sean estos de orden económico, institucional, laboral o personal.

## ESQUEMAS DE PRESENTACIÓN

### Trabajos o investigaciones originales

Deben ser redactados manteniendo el siguiente orden:

- Página del Título
- Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto

de Intereses

- Abstract
- Resumen
- Introducción
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Referencias bibliográficas

La extensión total del artículo, incluyendo las referencias bibliográficas no debe ser mayor de 14 páginas en una sola cara.

El Resumen y el Abstract se presentarán cada una en hoja aparte, teniendo una extensión máxima de 250 palabras. Deben incluir los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. Al final se deben agregar 3 a 6 palabras clave o keywords, que ayuden a clasificar el artículo.

Las palabras clave deben ser descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), las que pueden ser consultadas en <http://decs.bvs.br/El/decswebe.htm>

El objetivo del estudio debe ser colocado al final de la introducción, en forma clara y concisa.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en estricto orden de aparición.

Se acepta entre tablas y figuras un total de diez.

### Comunicaciones cortas

Deben ser redactados manteniendo el siguiente orden:

- Página del título
- Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto de Intereses
- Abstract
- Resumen
- Introducción
- Contenido (Caso o casos clínicos)
- Discusión
- Referencias bibliográficas

La extensión total del artículo, incluyendo las referencias bibliográficas no debe ser mayor de seis páginas en una sola cara.

El Resumen y el Abstract se presentarán cada una en hoja aparte, teniendo una extensión máxima de 150 palabras. Al final se deben agregar 3 palabras clave o keywords que ayuden a clasificar el artículo.

Las Palabras clave deben ser DECS.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en orden de aparición. El número máximo de referencias bibliográficas permitidas es de 20.

Se acepta entre tablas y figuras un total de cuatro.

### Cartas al editor

Deben ser redactados de acuerdo al siguiente esquema:

- Carta
- Referencias bibliográficas

La extensión total del documento tendrá una extensión máxima de dos páginas y se aceptará como máximo dos tablas, gráficos o figuras, en total.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en orden de aparición. El número máximo de referencias bibliográficas permitidas es de 10.

## DE LAS TABLAS Y FIGURAS

Las Tablas deben tener un título breve y claro y serán numeradas según el orden que se indica en el texto, por ejemplo Tabla I. En el cuerpo de las Tablas no se debe utilizar líneas verticales, solo se colocarán tres líneas horizontales: una debajo del título, otra debajo de los encabezamientos de las columnas y la tercera al final de la Tabla.

Las Figuras (gráficos y fotos) deben ser presentados en formato JPG, TIF o EPS. Si se utiliza escáner, las fotos deben tener una resolución mínima de impresión de 300 dpi a un tamaño de 10 cm en su dimensión menor, de lo contrario se debe adjuntar las fotos o figuras originales.

## OTROS DOCUMENTOS

El Comité Editorial se reserva el derecho de publicar otros documentos con el formato de notas históricas, in memoriam, contribuciones especiales, guías, informes, fotografías, etc. siempre que cumplan con los requisitos formales mencionados en esta página.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las citas de las referencias bibliográficas se deben hacer en orden de aparición consecutiva en el texto e incluirla en la lista correspondiente con información bibliográfica completa al final del documento. Las referencias bibliográficas serán redactadas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

Inmediatamente después de citar, parafrasear o utilizar en cualquier forma material ajeno, es preciso referirse a la fuente que aparece en las referencias bibliográficas mediante un número arábigo entre paréntesis en tamaño igual que el texto; ejemplo: (1) o (2,5), sin colocar hiperenlaces hacia las referencias bibliográficas. Las llamadas de cita precedidas de un espacio se colocan antes del punto, coma u otro signo de puntuación.

En la lista de referencias bibliográficas solo se deben incluir las referencias citadas en el texto del artículo. No está permitido la mención de comunicaciones personales, documentos inéditos ni en prensa.

Entre las referencias bibliográficas se deben incluir necesariamente artículos de investigación realizados en el país o en América Latina, salvo que no existan estudios relacionados al tema.

Para ver ejemplos de como redactar las referencias bibliográficas pueden ingresar a: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Ejemplos:

### Artículos publicados en revistas

Apellido del autor y/o coautores seguido de las iniciales de los nombres, éstas sin separación entre sí ni puntos. Título del artículo. Nombre o abreviatura de la revista, año, punto y coma, volumen, entre paréntesis el número, dos puntos, número de las páginas.

Garmendia F, Torres J, Tamayo R, Urdanivia E. Aportes al conocimiento de la glicemia de altura. Arch Inst Biol Andina 1972;5(1):51-6.

Opcionalmente en las revistas con paginación consecutiva, se admite la omisión del número de volumen.

Torres J, Castillo O, Woolcott O, Itunizagaz E, Florentini L, Damas I. Insulin sensitivity in high altitude and sea level. Diabetes Res Clin Pract 2000;50:185.

### Libros

Autor y/o coautores en igual forma que para los artículos, punto, título del libro, punto, número de edición, punto, ciudad donde se editó, dos puntos, nombre de la Editorial, punto y coma, año de publicación, punto, letra p, punto, y a continuación el número de las páginas consultadas.

Garret H. Estadística en Psicología y Educación. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1983. p. 405-406.

### Capítulos de libros, folletos o similares

Autor y/o coautores en igual forma que para los artículos. Pueden citarse hasta seis autores, separados por comas; si son más de seis se anotan los tres primeros y se agregará 'et al.'; los autores deben estar separados entre sí por una coma y se debe colocar un punto al final de la inicial del nombre del último autor y a continuación se citará el título del artículo en el idioma de origen terminando en punto seguido y luego la preposición 'En' seguida de dos puntos y el título del libro (ambos en el idioma de origen), punto seguido, ciudad donde se editó, nombre de la Editorial, año de publicación, punto p punto, y a continuación el número de las páginas consultadas.

Charles G, Guilleminault C. Sleep and neuromuscular diseases. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC. (Editores). Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 833.

### Tesis

Autor en igual forma que para los artículos. Título del trabajo, punto seguido, especificar el grado optado, punto seguido. Ciudad y país donde se sustentó, separados por una coma, dos puntos y el nombre completo de la Universidad de procedencia, una coma, el año, punto seguido, luego el número de páginas, seguido de la abreviatura pp.

Velasquez S. Prevalencia de los trastornos electrolíticos y acidobásicos en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1995. 34 pp.

### Páginas electrónicas

Las páginas electrónicas nombradas en las referencias bibliográficas deben estar acompañadas de la fecha en la cual se tuvo acceso a la misma.

Salvador L. Soporte ventilatorio en los pacientes con ELA. En: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuromuscular-2.html>. (Fecha de acceso: Abril del 2006).

Los artículos pueden entregarse en la oficina de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, sito en Av. José Pardo 138, Of. 401, Lima 18; Apartado 18-0818, Lima, Perú. Telefón: 445-5396, Teléfono: 444-5158. E-mail: [spmi@terra.com.pe](mailto:spmi@terra.com.pe)