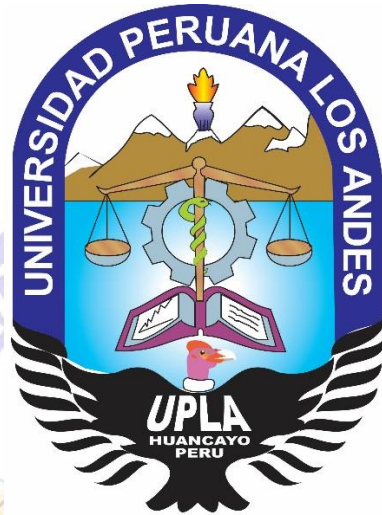


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
HOSPITALIZACIONES INADECUADAS EN EL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL DOCENTE
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO SETIEMBRE –
NOVIEMBRE 2017

PRESENTADO POR:
MC. JOHN HENRRY VALENTÍN BEJARANO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA

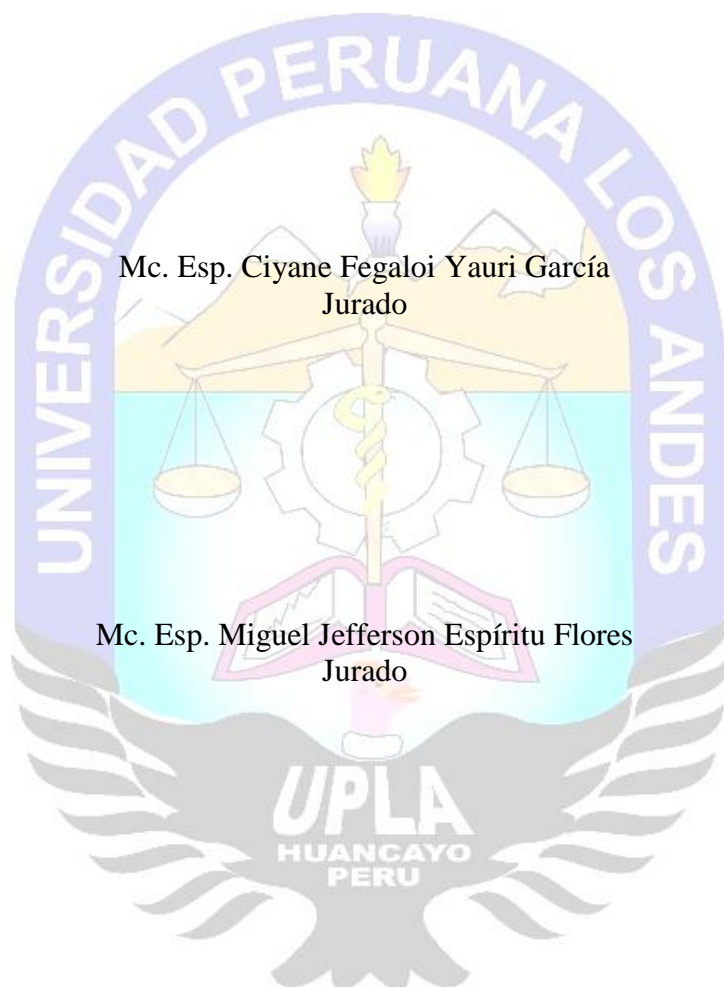
Especialidad: Oncología Médica

HUANCAYO – PERÚ

2018

JURADOS EVALUADORES

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
Presidente

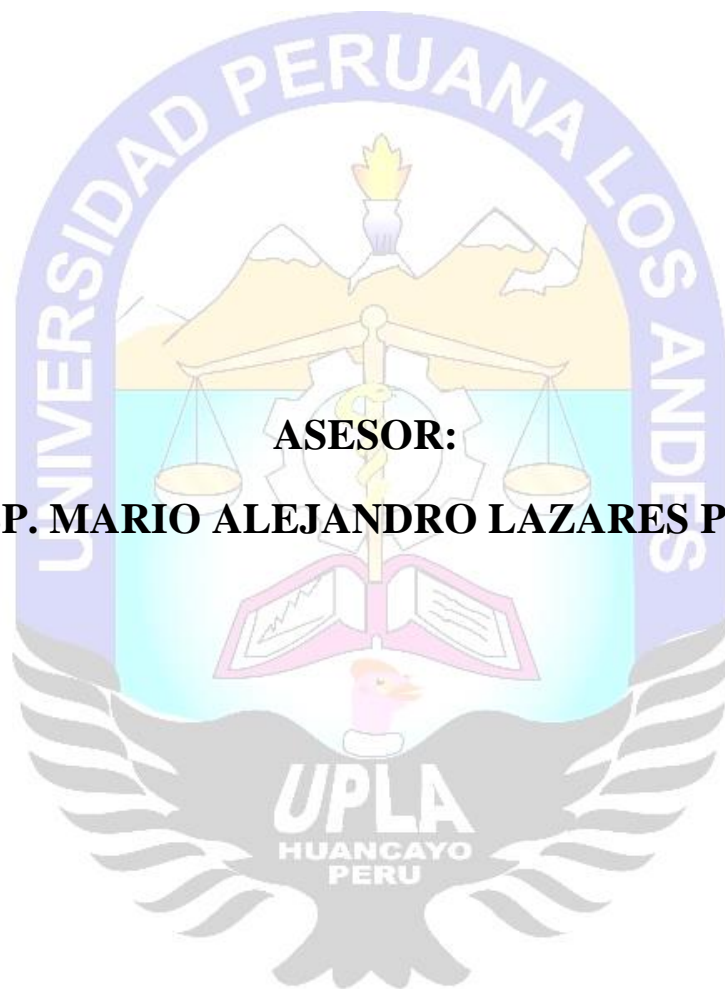


Mc. Esp. Ciyane Fegaloi Yauri García
Jurado

Mc. Esp. Miguel Jefferson Espíritu Flores
Jurado

Mc. Esp. Mirko Hipólito Romero
Jurado

Dr. Jesús Armando Caveró Carrasco
Secretario Académico



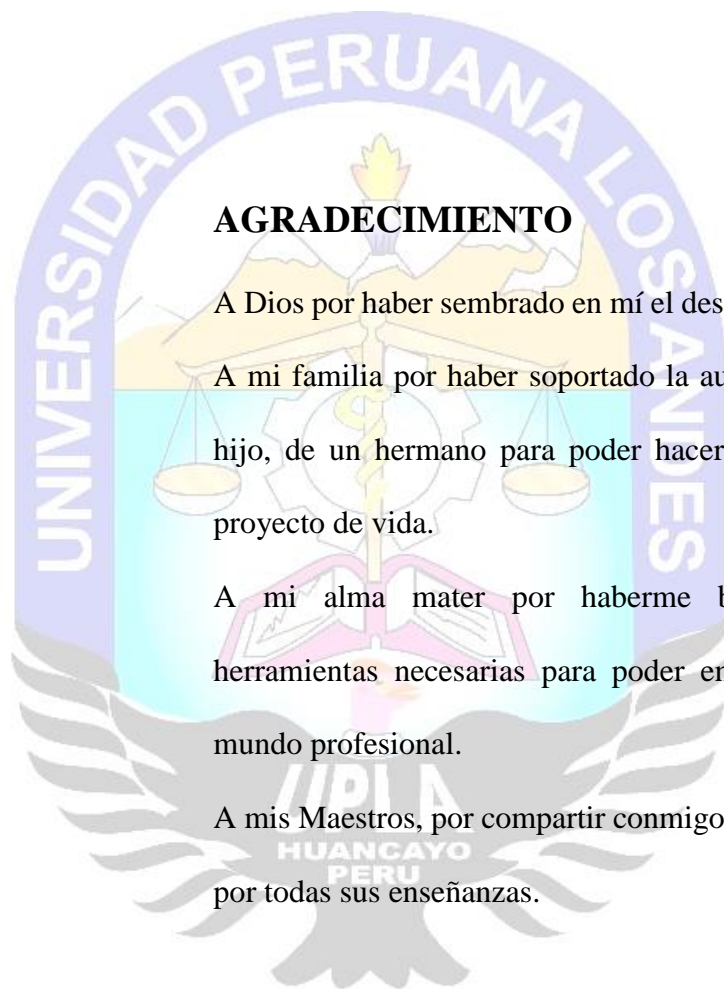
ASESOR:

M. ESP. MARIO ALEJANDRO LAZARES PÉREZ



DEDICATORIA

A mi padre querido, por haber estado siempre presente, por haberme guiado y enseñado a caminar en la vida, por cada una de sus palabras, por su tiempo, por su amor, a él con eterna gratitud y respeto.



AGRADECIMIENTO

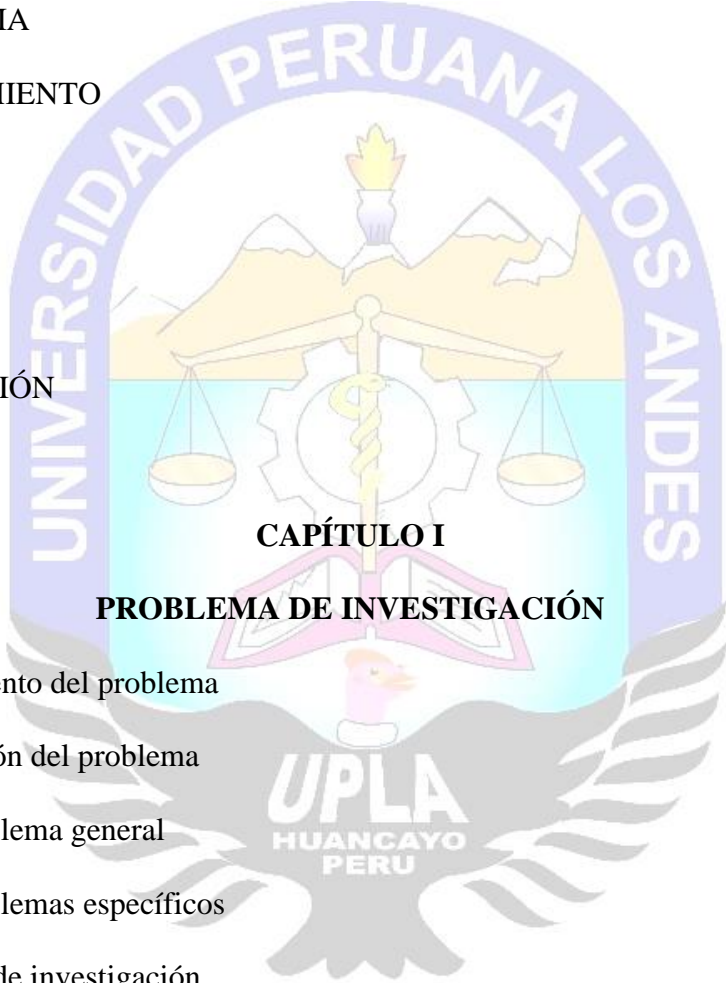
A Dios por haber sembrado en mí el deseo de ayudar.

A mi familia por haber soportado la ausencia de un hijo, de un hermano para poder hacer posible este proyecto de vida.

A mi alma mater por haberme brindado las herramientas necesarias para poder enfrentarme al mundo profesional.

A mis Maestros, por compartir conmigo su sabiduría, por todas sus enseñanzas.

ÍNDICE

	pag.
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
PAG. DEL ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
	
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Objetivos de investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivo específico	17
1.4 Justificación e importancia de la investigación	17
1.4.1 Justificación teórica	17
1.4.2 Justificación práctica	18

1.4.3 Justificación metodológica	19
----------------------------------	----

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

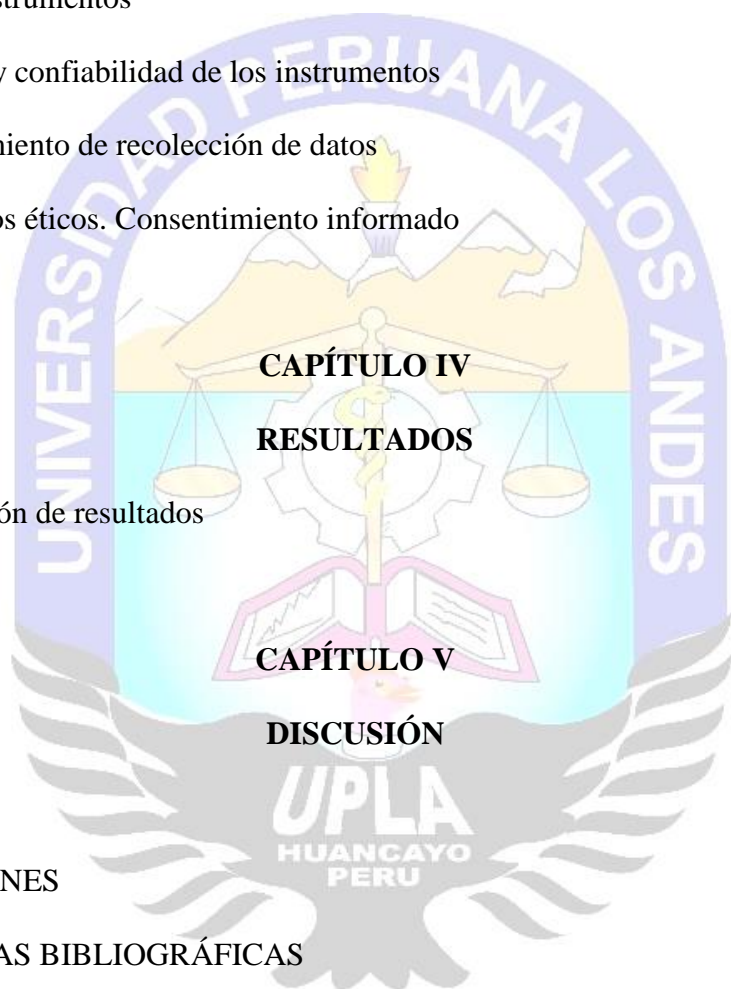
2.1 Antecedentes del estudio	20
2.2 Base teórica	23
2.3 Definición de términos	27
2.4 Hipótesis de investigación	28
2.5 Sistema de variables	29
2.5.1 Variable	29
2.5.2 Matriz de operacionalización de las variables	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación	30
3.2 Tipo y nivel de investigación	30
3.2.1 Tipo de investigación	30
3.2.2 Nivel de la investigación	31
3.3 Diseño de la investigación	31
3.4 Lugar y periodo de ejecución	31
3.5 Población y muestra	32
3.5.1 Población	32
3.5.2 Muestra	32
3.5.3 Tamaño de la muestra	32

3.6 Características de la población	32
3.6.1 Criterios de inclusión	32
3.6.2 Criterios de exclusión	33
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.7.1 Técnicas	33
3.7.2 Instrumentos	34
3.8 Validez y confiabilidad de los instrumentos	34
3.9 Procedimiento de recolección de datos	35
3.10 Aspectos éticos. Consentimiento informado	36
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1 Presentación de resultados	37
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	
5.1 Discusión	42
CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54



RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el periodo setiembre a noviembre del año 2017.

Materiales y métodos: El estudio realizado fue de tipo no experimental, descriptivo y retrospectivo. La población estudiada fueron los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología, a quienes se les aplicó la ficha del Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP).

Resultados: Se realizaron 113 hospitalizaciones, la población mayor de 65 años fue el 36,28%, el 13,27% eran analfabetos y sólo el 8,84% tenía estudios superiores, el 57,52% fueron de sexo femenino y el 42,47% de sexo masculino.

Se encontró que el 1,76% de las hospitalizaciones fueron inadecuadas, siendo todas mujeres, en el turno tarde el 3,57% fueron hospitalizaciones inadecuadas. La población proveniente del Departamento de Junín representó un 78,76%, Huancavelica con un 19,46%, Pasco y Ayacucho con un 0,88% respectivamente.

Conclusiones: Las cifras de hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología fueron óptimas ($< 5\%$). y los factores relacionados a las mismas fueron de orden epidemiológico y organizativo hospitalario.

Palabras clave: Hospitalizaciones, medicina oncológica, evaluación, adecuación.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of inadequate hospitalizations in the Oncology Service of "Daniel Alcides Carrión Hospital" of Huancayo in the period September to November of the year 2017.

Materials and methods: The study was non-experimental, descriptive and retrospective. The population studied were the patients hospitalized in the oncology service, to whom was applied the Adaptation Assessment Protocol (AEP).

Results: There were 113 hospitalizations, the population over 65 was 36.28%, 13.27% were illiterate and only 8.84% had higher education, 57.52% were female and 42.47% were male. It was found that 1.76% of hospitalizations were inadequate, being all women, in the late shift 3.57% were inadequate hospitalizations. The population from the Department of Junín represented 78.76%, Huancavelica with 19.46%, Pasco with 0.88% and Ayacucho with 0.88%.

Conclusions: The rate of Inappropriate hospitalizations in the Oncology service were optimal (< 5%) and factors related to them were epidemiological factors and hospital organization.

Keywords: Hospitalizations, medical oncology, evaluation, appropriateness.

INTRODUCCIÓN

Las hospitalizaciones inadecuadas obstaculizan la accesibilidad al sistema de salud, las salas de hospitalización de los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) se encuentran atiborradas de pacientes. Por otro lado, la hospitalización adecuada de los pacientes, se cita con frecuencia como una medida de la eficiencia operativa en los hospitales, este indicador ha demostrado ser sumamente útil para evaluar el nivel de eficiencia en la asignación de los recursos hospitalarios, control de calidad y gestión hospitalaria.

En un entorno en el que numerosos factores, como el aumento de la esperanza de vida media, el fenómeno del envejecimiento de la población y las dolencias crónicas asociadas, las nuevas y costosas tecnologías médicas y la escasez de camas hospitalarias han supuesto una pesada carga para los recursos sanitarios limitados, incluidos los hospitales, se considera obligatorio optimizar el uso de camas de los hospitales mediante el cambio de los servicios de pacientes hospitalizados a pacientes ambulatorios y la prevención de admisiones innecesarias en los hospitales.

La hospitalización inadecuada tiene como definición aquella que es llevada a cabo en un hospital cuando esta pudo haber sido realizada en centros asistenciales de menor capacidad resolutive e incluso otras que debieron haber sido ambulatorias. Se puede traducir en el concepto de que la atención de salud prestada es por denominación siempre pertinente esto desde el punto de vista del juicio clínico.

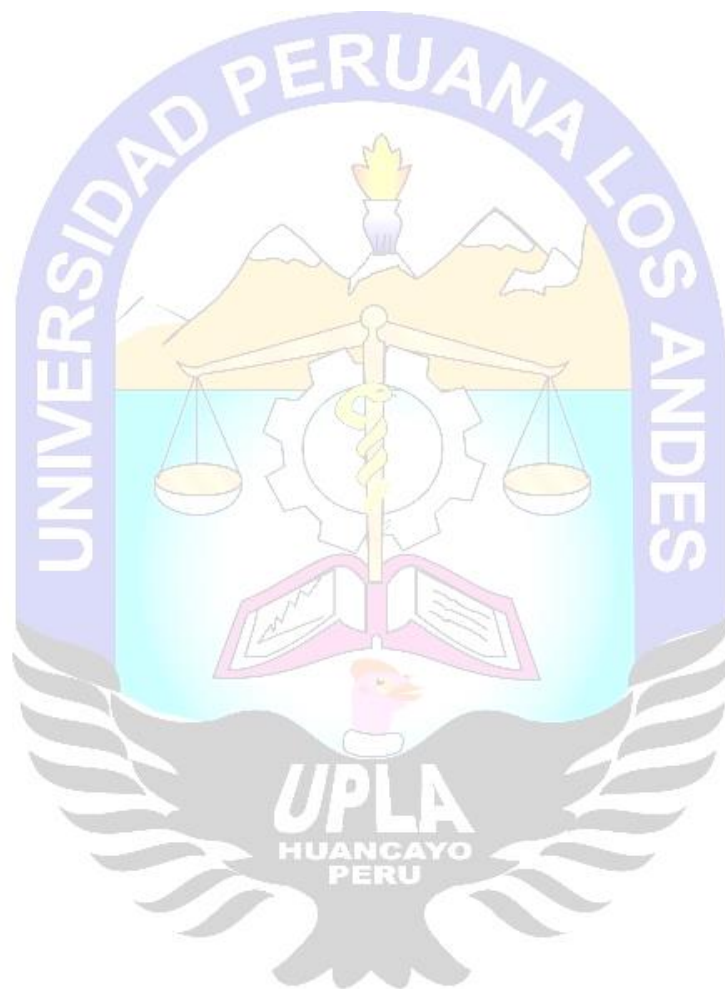
Las hospitalizaciones inadecuadas tienden a aumentar innecesariamente los gastos de hospitalización, a desperdiciar recursos del hospital y a limitar la

disponibilidad de una atención óptima. Esta tendencia es específicamente considerable en los hospitales del sector público que tienen una línea presupuestaria fija para prestar sus servicios. La optimización de los sistemas de prestación de servicios de salud, especialmente en los hospitales, mediante la reducción del uso de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mediante la reducción de las admisiones, la duración de la estadía o ambos, se considera la principal estrategia para lograr este objetivo.

La escasez relativa en las instituciones médicas de los servicios médicos especializados, la mano de obra capacitada, especialmente las enfermeras de hospitales y los equipos médicos, han requerido el estudio de las hospitalizaciones inadecuadas en los hospitales y el análisis de los factores más importantes que los afectan. Los resultados de tales estudios pueden ser útiles para diseñar nuevas herramientas o refinar las existentes para disminuir las tasas de hospitalizaciones inadecuadas en los hospitales del Perú.

Diferentes estudios han reportado altos porcentajes de hospitalizaciones inadecuadas que van desde un 10% hasta un 15% de todas las admisiones hospitalarias. Entre los factores que determinan la hospitalización inadecuada se encuentra el tipo de servicio en que se presta la atención. Por esta razón, el análisis de los factores que determinan la admisión inadecuada para cada especialidad puede arrojar información valiosa para implementar medidas correctoras específicas. Este análisis no se ha desarrollado previamente en ningún servicio de Oncología en el Perú.

El objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo y los factores asociados a dichas admisiones, con el fin de establecer y desarrollar una estrategia para disminuir su frecuencia.





CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que en muchas ocasiones las hospitalizaciones son innecesariamente indicadas, esto lleva no sólo al encarecimiento de la atención prestada, sino que perjudica a la calidad de la atención en muchas de sus dimensiones. Son muchas las consecuencias de estas admisiones hospitalarias innecesarias, de todas ellas las que resaltan son: que su empleo pudo haber sido beneficioso en otros pacientes que si lo ameritan, cuando se hace uso de ello se aísla al paciente de donde vive y de donde podría recibir el tratamiento y cuidados necesarios para su salud, incrementa la posibilidad de padecer eventos adversos tal como infecciones nosocomiales, etc. Aun así, no suele determinarse rutinariamente la frecuencia de estas hospitalizaciones inadecuadas en las instituciones de salud.

Un punto importante para alcanzar la eficiencia hospitalaria necesariamente requiere de evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas), la cual no es del todo segura pues como mencionamos anteriormente arriesga al paciente a infecciones intrahospitalarias. También es importante recalcar que la admisión inapropiada involucra un costo innecesario para el paciente, su familia y sobre todo para el hospital, por tal motivo estas tienen una relación inversamente proporcional a la eficiencia de la calidad de la atención. El atiborramiento de los hospitales y la calidad de atención cada vez más deficiente preocupan de tal modo que lo que se busca es primero determinar para luego corregir el uso injustificado de la hospitalización y así mejorar la eficiencia hospitalaria (1). Buscando determinar si el uso de la hospitalización fue o no justificado se desarrollaron distintos instrumentos los cuales evalúan la adecuación de la hospitalización entre ellos el AEP (Appropriateness evaluation protocol) es el más difundido y cuyo uso está documentado a nivel mundial (2).

Este instrumento destaca ya que los puntos a evaluar no giran alrededor del diagnóstico sino más bien alrededor de dos variables, una en relación al estado clínico del paciente y otra a la intensidad de los servicios prestados, incluye 16 criterios en total, las cuales podrían justificar la hospitalización, de no cumplir ni un criterio la hospitalización se considera inadecuada. En E.E.U.U y Europa el AEP se usa cada vez con mayor frecuencia para determinar la frecuencia de la inadecuación hospitalaria.

La mayor parte de trabajos en relación a hospitalizaciones inadecuadas se desarrollaron en medicina interna (3) y urgencias, son contados los estudios llevados a cabo considerando las subespecialidades médicas (4,5).

Los factores determinantes e involucrados a la admisión inapropiada incluyen la especialidad médica, factores dependientes de la estructura y organización hospitalaria y factores clínico epidemiológicos. De ello cabe deducir que la actitud del médico al tomar la decisión de hospitalizar o no al paciente es el factor involucrado más importante de las admisiones innecesarias. Son varias las especialidades médicas involucradas en las hospitalizaciones, por ello se considera valioso el análisis de las hospitalizaciones inadecuadas que pueden ser generadas por estos distintos especialistas para la obtención de datos de suma importancia para luego implementar medidas correctivas específicas.

Por todo lo expuesto se formula el siguiente problema de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál será la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología médica del “Hospital Docente Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo setiembre a noviembre 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál será la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas según edad y sexo en el Servicio de Oncología médica del “Hospital Docente Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo setiembre a noviembre 2017?
- ¿Cuál será el número promedio de días de hospitalización en pacientes hospitalizados inadecuadamente?

- ¿Cuál será la patología más frecuente en pacientes hospitalizados inadecuadamente?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología médica del “Hospital Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo setiembre a noviembre 2017.

1.3.2 Objetivo específico

- Determinar la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas según edad y sexo en el Servicio de Oncología médica del “Hospital Docente Daniel Alcides Carrión” de Huancayo en el periodo setiembre a noviembre 2017.
- Determinar el número promedio de días de hospitalización en pacientes hospitalizados inadecuadamente.
- Determinar la patología más frecuente en pacientes hospitalizados inadecuadamente.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Justificación teórica

Este estudio se desarrolla alrededor de un tópico interesante y controversial, busca primero el aumento de los niveles técnicos y didácticos de los médicos ante la probable admisión hospitalaria

innecesaria, en segundo lugar, intenta unificar criterios al hospitalizar pacientes oncológicos y finalmente aporta teóricamente, de modo científico y metodológico a las áreas médicas.

Teóricamente contribuye por medio de una concepción didáctica del punto de vista integrador, a los conocimientos y al razonamiento científico de los médicos en relación a la solución de sus problemas sin que sea necesaria la hospitalización de pacientes que no lo ameriten.

1.4.2 Justificación práctica

Socialmente la medicina que practicamos tiene implicación social importantísima orientada básicamente no sólo en prestar atenciones apropiadas a cada paciente, sino que al considerar lo limitado de nuestros recursos, esta atención debería de llevarse a cabo con el costo mínimo posible. El adecuado manejo de pacientes oncológicos tiene tal propósito, y no hay duda que el uso de estos criterios se traducirá en una mejora de la calidad de atención. En la práctica desobstaculizará la accesibilidad al sistema de salud por medio de datos recopilados de forma sencilla, de adaptación fácil a distintas circunstancias, posee la cantidad mínima pero abarcadora de variables, utiliza recursos prácticos y el mínimo de requerimientos, que contribuyan a la toma de decisión entre si hospitalizar o no a un paciente. Posibilita, desde el punto de vista también práctico, establecer puntos de corte con mayor sensibilidad o especificidad en relación a las circunstancias diagnósticas en las que este situado el paciente.

1.4.3 Justificación metodológica

Incrementa técnica y metodológicamente el nivel de las atenciones médicas en general. Para llegar a este objetivo se utilizan herramientas epidemiológicas clínicas tanto para el diseño del trabajo como para su análisis estadístico, la interpretación de los resultados no es solamente alrededor de conceptos y principios fisiopatológicos, sino que también giran alrededor de la epidemiología, valorando su utilidad y aplicabilidad.





CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Ya en la década de los setenta se inició el desarrollo de trabajos de investigación sobre hospitalización inadecuada. Estos al principio sólo incluían el raciocinio clínico no protocolizado, también estándares implícitos (un médico o varios de ellos analizaban las historias clínicas y evaluaban si el ingreso hospitalario era o no justificado), por tal motivo es comprensible la baja fiabilidad que estos tuvieron. (6-9)

Años más tarde, fueron estructurados diversos instrumentos tales como el ISD (Intensity Severity Discharge Criteria Set), el SMI (Standardised Medreview Instrument), el DTO (the Delay Tool) y el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol), este último es el conocido protocolo de evaluación de la adecuación, una técnica de revisión ampliamente utilizada en estudios

americanos y europeos que buscan medir el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios. Este instrumento elaborado por Gertman y colaboradores por el año de 1981 incluye grupos de criterios claros y objetivos que abren la posibilidad de juzgar la necesidad clínica de la admisión hospitalaria, cuyo punto de partida es el análisis sistemático y retrospectivo de las historias clínicas.

Smith HE y col. en su investigación titulada “Adecuación de los ingresos médicos agudos y la duración de la estadía” en un hospital general distrital de la región de West Midlands en Inglaterra, 1997. Apoyados en el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) evaluaron 821 pacientes. Identificando un 6% de admisiones inapropiadas y más de la mitad de los pacientes tuvieron una estadía en el hospital en la que al menos la mitad de los días se consideraron inapropiados. La razón más común para los días inapropiados fue permanecer en el hospital después de que se había logrado el propósito médico de la admisión. (10)

Menand E y col. realizaron una evaluación de la adecuación de la admisión en un estudio prospectivo, transversal, multicéntrico en ocho hospitales en Francia mediante el Protocolo de Evaluación de Adecuación (versión francesa, AEPf) durante dos períodos no consecutivos de cuatro semanas en 2010. Analizaron la admisión de pacientes de 80 años o más que ingresaron en el hospital luego de una estancia en el servicio de urgencias del mismo hospital. Durante estos dos períodos diferentes, 1577 pacientes fueron incluidos. 139 (8.8%) los ingresos hospitalarios fueron inapropiados. La regresión logística multivariable mostró que los pacientes con enfermedad

cardíaca estaban menos sujetos a una admisión inapropiada (odds ratio OR = 0.36 [0.23; 0.56], $p < 0.001$), al igual que los pacientes que generalmente vivían en un hogar de ancianos (OR = 0.53 [0.30; 0.87], $p = 0.018$). La admisión inapropiada aumentó cuando los pacientes tenían un síndrome como diagnóstico principal (OR = 1,81 [1,81; 2,83], $p = 0,010$). (11)

J.J. López-Picazo Ferrera y col. en su estudio sobre la adecuación de admisiones urgentes en un hospital de tercer nivel español, el cual fue de tipo descriptivo retrospectivo para poder identificar y seleccionar por servicios el porcentaje de admisiones urgentes innecesarias en los 3 meses anteriores a julio de 2012. En el cual el porcentaje de admisiones innecesarias fue $22,4 \pm 6,3\%$.

El AEP viene a ser útil cuando lo que se busca es la evaluación de la adecuación de las admisiones hospitalarias y la gestión del proceso «urgencias», pero hay que tener en cuenta que al ser variable impide también compararla externamente. Algo importante y resaltante es que su empleo no involucra desgaste de los recursos, y el ampliar esta metodología para otros indicadores de calidad las cuales también necesitan datos de las historias clínicas o la observación directa podría incrementar eficientemente sus planes de monitorización. (12)

Recientemente, Jeddian A. y col. Evaluaron la adecuación de la admisión y la estadía en un hospital docente en Tehran, Irán, 2017. Cuyos resultados indicaron que de 1815 pacientes admitidos en 4 meses de estudio el 8.5% de las admisiones y el 3.4% de las estadías en salas médicas y quirúrgicas fueron inapropiadas. Concluyeron que las admisiones y las estadías

inapropiadas están influenciadas por numerosos factores, tanto dentro como fuera de los hospitales. (13)

Carlos Contreras-Camarena y col. en su estudio sobre Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas, un trabajo descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad Lima, de 3955 pacientes ingresados en el periodo 2006 y 2007 se analizaron 372 pacientes hospitalizados por el Departamento de Emergencia. Hallaron que el porcentaje de hospitalizaciones inadecuadas por emergencia fue de un 10.22% y se evidenció cierta asociación entre ingresos inadecuados y pacientes menores de 64 años, el turno mañana e incluso la ocupación del enfermo (estudiante y/o empleado). Concluyeron que las admisiones innecesarias en sus salas de Emergencia fueron evidentemente superiores al porcentaje considerado como óptimo (< 5%). Y aquellos factores asociados a estos fueron del tipo epidemiológico y organizativo hospitalario. (14)

2.2 BASE TEÓRICA

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes de esta era. Según Globocan, La Agencia Internacional de Investigación en Cáncer en su último reporte, había 32,6 millones de personas que vivían con cáncer (dentro de los 5 años del diagnóstico) en el 2012 en todo el mundo, el 48% (15,6 millones) de estos casos se produjeron en las regiones menos desarrolladas del planeta (15); en América Latina la incidencia de por cáncer es menor (tasa estandarizada por edad es de 163 por 100 mil) en comparación con Europa (264 por 100 mil), pero produciendo una alta mortalidad (16); siendo considerada

en están parte del continente como la tercera causa de muerte. A pesar de los numerosos esfuerzos de la lucha contra el cáncer y de los avances científicos la incidencia y la mortalidad de esta patología siguen siendo altas en todo el mundo (anexo 1). En el Perú se registran 56 mil nuevos casos de cáncer al año y más de 25 mil fallecidos, convirtiéndola en la segunda causa de muerte en la población adulta, luego de las enfermedades cardiovasculares (17).

Teniendo en cuenta que las curvas de crecimiento del número de pacientes portadores de esta patología es proporcional al número de complicaciones que presentan los mismos a lo largo de la historia de la enfermedad, es razonable pensar que esta es la respuesta al actual atiborramiento de las salas de hospitalización de los hospitales que atienden pacientes con cáncer, de esta manera la demanda sobrepasa la oferta, la capacidad resolutive de los hospitales se ve de lejos superada, lo cual acarrea consigo la negativa para atender más pacientes. Por todo lo detallado nace una nueva interrogante ¿Ha sido superada la capacidad resolutive de nuestros hospitales o en realidad estamos hospitalizando inadecuadamente a los pacientes? De ser lo último estaríamos dando mal uso al sistema de salud, generando un obstáculo para su desempeño y saturando los hospitales. Es una realidad que la población con cáncer ha incrementado aritméticamente sus cifras en los últimos años, esta podría ser la causa del encarecimiento de las prestaciones de salud; pero, también debemos de considerar el alto porcentaje de hospitalizaciones inadecuadas que según diferentes estudios van desde un 10% hasta un 15%.

Gran parte de los profesionales médicos experimentan un rechazo intuitivo cuando son abordados a tratar el tema respecto a la adecuación de los ingresos hospitalarios. Puesto que casi en su totalidad vivieron la experiencia de hospitalizaciones claramente adecuadas, otras prácticamente innecesarios y aquellas hospitalizaciones inadecuados pero necesarias. Continuamente se hospitalizan pacientes con problemas crónicos generalmente con patología hematológica o gastrointestinal las cuales incluyen tipos de anemias crónicas, gastritis crónica, o incluso aquellos que cursan con baja de peso de larga data, todos ellos pueden ser evaluados y tratados por consultorio externo sin tener que hospitalizarlos prematuramente, puesto que requieren un perfil hematológico basal o estudio de la medula ósea, endoscopia digestiva alta o algunas otros estudios para el diagnóstico, más que ser hospitalizados de forma urgente.

La hospitalización inadecuada tiene como definición aquella que es llevada a cabo en un hospital cuando estas pudieron haber sido realizados en centros asistenciales de menor capacidad resolutive e incluso otras que debieron haber sido ambulatorias. Se puede traducir en el concepto de que la atención de salud prestada es por denominación siempre pertinente esto desde el punto de vista del juicio clínico. La hospitalización innecesaria incrementa los gastos invertidos en salud por el estado, crea ineficiencias en la gestión e incluso influye en la calidad de la atención.

Un concepto importante que integran la OMS (La organización mundial de la salud) entre otras muchas instituciones en relación a la calidad de atención la cual debe de ser de forma apropiada a cada patología, involucra también a

los recursos, los cuales como son de conocimiento público son limitados por tal motivo deberían de realizarse disminuyendo su gasto al mínimo (18).

El AEP, por sus siglas en inglés (Appropriateness Evaluation Protocol), conocido protocolo de evaluación de la adecuación, fue elaborado en la década de los ochenta, aunque cabe resaltar que sufrió modificaciones posteriores (19,20). Lo constituyen dieciséis criterios objetivos e independientes del diagnóstico los cuales se encuentran incluidos en dos grupos (anexo 2), dicho protocolo está dirigido a detectar aquellas hospitalizaciones innecesarias, no evalúa pacientes pediátricos ni adultos con patología psiquiátrica. Lo característico y destacable del AEP es que los criterios que lo conforman no son construidos en relación al diagnóstico, sino más bien nacen de las 02 variables detalladas a continuación las cuales podrían determinar la necesidad de admitir al paciente en una sala hospitalaria:

- a. Criterios que guardan relación con el estado de salud del paciente: son los diez primeros ítems del AEP que se relacionan con el estado de salud del paciente al ser admitido y la gravedad de estos en su presentación.
- b. Aquellos que guardan relación con los servicios que necesita el paciente: vienen a ser los 06 criterios finales y guardan estrecha relación con la intensidad de los servicios hospitalarios incluyen tanto los médicos como los del personal de enfermería.

Su fácil utilización logra determinar con un alto porcentaje de fiabilidad si el ingreso hospitalario es adecuado o si no lo es. Por tanto, si uno o más de uno de los criterios que lo conforman son identificados al momento de la

admisión, esta se considera necesariamente adecuada, caso contrario la hospitalización se indica como innecesaria. 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.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1) Ingreso inadecuado: Al hablar de ingresos inadecuados o innecesarios nos estamos refiriendo a aquellas prestaciones de salud que se realizan en sala de hospitalización de hospitales de gran complejidad que generan admisiones injustificadas, cuando estas deberían llevarse a cabo en centros de salud distintos y de menor capacidad resolutive e incluso seguimiento del paciente fuera de ella. En otras palabras, las atenciones de salud prestadas a los usuarios son consideradas como pertinentes en su totalidad desde el punto de vista clínico. Por ello, lo que se cuestiona es la institución donde se da la prestación de salud y la hospitalización inadecuada, innecesaria e injustificada.

2) Ingreso adecuado: se considera que un paciente es admitido adecuadamente a sala de hospitalización en cuanto cumpla alguno o varios de los criterios referentes a la situación clínica del mismo, tales como trastorno de la conciencia, alteración de los signos vitales, pérdida de alguno de los sentidos, déficit motor, fiebre, hemorragias, desequilibrio ácido-base o electrolítico, infarto de miocardio o dehiscencia de herida o evisceración. O aquellos criterios referentes a la intensidad de cuidados a ser prestados como son: la necesidad uso de vías intravenosas continuas, cirugía que

precise anestesia regional o general, monitorización continua, Quimioterapia con observación continua, antibioticoterapia intramuscular (al menos cada 8 horas) y terapia respiratoria (continua o intermitente).

- 3) Calidad de atención:** según la organización mundial de la salud (OMS) entre otras, conlleva, no sólo la prestación de una atención apropiada a cada problema de salud, sino que, debido los recursos limitados, esta debe realizarse con el mínimo costo posible.
- 4) Diagnóstico:** Los diagnósticos de ingreso son aquellos diagnósticos con los cuales el paciente llega al momento de su ingreso, que se presentan como algún tipo de complicación que no necesariamente están relacionados a la enfermedad de fondo (cáncer).
- 5) Edad:** Las edades de los pacientes que participaron del presente estudio fueron pacientes mayores de 15 años.
- 6) Valoración del paciente:** Se utilizarán parámetros que determinarán el estado hemodinámico del paciente (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria) así como también exámenes hematológicos, bioquímicos y de diagnóstico por imágenes.

2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de tipo descriptivo simple por tal motivo no requiere la elaboración de hipótesis.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1 Variable

El presente trabajo tiene como única variable a las “hospitalizaciones inadecuadas”.

2.5.2 Matriz de operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
hospitalizaciones inadecuadas	Ingresos innecesarios, injustificados, realizadas en hospitales de gran complejidad, cuando estos pudieron llevarse a cabo en niveles asistenciales distintos y menores.	Elementos de carácter biológico, psicológico y social que influyen en la posibilidad de acudir al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios referentes a la situación clínica del paciente. • Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la conciencia • Frecuencia cardíaca • Presión arterial • Suspensión brusca de la visión o audición • Parálisis brusca de partes del cuerpo • Fiebre • Hemorragia activa • Desequilibrio ácido básico o electrolítico • EKG con isquemia aguda • Dehiscencia de herida o eventración • Necesidad de Administración endovenosa • Cirugía en 24horas • Monitorización de constantes vitales • Quimioterapia • Antibioticoterapia IM c/8horas • Terapia respiratoria continua 	Dicotómica nominal



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método utilizado en el presente trabajo fue el Método científico.

3.2 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es retrospectivo, Según el periodo y secuencia del estudio, el estudio es de corte transversal. Y según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es observacional, sin introducción de una variable extraña.

3.2.2 Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo sin manipulación artificial del factor de estudio sin aleatorización, clínico.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es descriptivo

M → O

Donde:

M = Muestra

O = Observación pacientes hospitalizados inadecuadamente.

3.4 LUGAR Y PERIODO DE EJECUCIÓN

El estudio se realizó en las salas de hospitalización del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” de Huancayo, actualmente ubicado en la Avenida Carrión N°1550. Las atenciones de consulta externa son en los turnos mañana y tarde de lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm y de 2:00pm a 8:00pm respectivamente, y la emergencia ofrece su atención las 24 horas del día.

Dicha institución pertenece al Ministerio de Salud, la atención de dicho servicio está orientada a la valoración y atención integral del paciente oncológico. Las funciones del establecimiento en relación a su categoría están orientadas prioritariamente a intervenciones de tipo recuperativo.

El tiempo de realización del estudio será entre los meses que comprende setiembre a noviembre del año 2017.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

Se designa a la población como la totalidad del fenómeno estudiado que posee una característica común.

La población será conformada por todos los pacientes ingresados a las salas de hospitalización del Servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de setiembre a noviembre del 2017 a los que se les aplicará el Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) para detectar la frecuencia de hospitalizaciones inadecuadas.

3.5.2 Muestra

La muestra fue censal, está conformada por todos los pacientes de la población.

3.5.3 Tamaño de la muestra

La muestra consta de 113 pacientes.

3.6 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

- Casos comprendidos entre setiembre y noviembre del 2017.
- Pacientes de ambos sexos mayores de 15 años.

- Diagnóstico anatomopatológico de cáncer o sospecha clínica del mismo.
- Expediente de una persona que cuente con historia clínica actualizada, completa y con ficha del Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) completamente desarrollada.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes pertenecientes a otro servicio diferente al de medicina oncológica.
- Expedientes de pacientes con alteración psiquiátrica.
- Expediente con Historia Clínica incompleta.
- Expediente sin ficha del Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP).
- Expediente con ficha del Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) incompleto.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1 Técnicas

La técnica aplicada fue la recopilación bibliográfica y recopilación estadística, mediante la revisión de los datos consignados en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados tanto por emergencia como por consulta externa.

3.7.2 Instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue el “Protocolo de Evaluación de la Adecuación” (AEP) el cual consta de criterios puntuales y claros, de objetivos dirigidos a identificar la necesidad clínica de las admisiones hospitalarias y poder clasificarlas como adecuadas o inadecuadas, todo ello dado por la evaluación retrospectiva de historias clínicas. Este instrumento consta de 16 criterios en total los cuales son incluidos en dos grupos objetivos e independientes del diagnóstico los cuales pueden ser respondidos de manera sencilla (Si/No). Cabe resaltar que el AEP es la técnica de revisión de mayor uso en diferentes países de todos los continentes del mundo sobre todo en América y Europa cuando el objetivo es determinar el grado de adecuación e inadecuación del uso hospitalario. (anexo 2)

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) es un documento formado por dos grupos de variables las cuales son totalmente independientes del diagnóstico, siendo ello lo característico y determinante del protocolo, fue creado para identificar las hospitalizaciones innecesarias y la estancia hospitalaria inapropiadamente acumulada. Ubica la problemática de las organizaciones hospitalarias y los criterios conservadores utilizados por los médicos cuando el paciente realmente ya no debería continuar hospitalizado. El AEP no juzga si el acto médico es pertinente o no, más bien evalúa si donde esta se ejecutada es el lugar adecuado. Por tal motivo la atención de salud que se brinda al paciente es siempre adecuado, esto desde el juicio clínico. De esta

manera se podría presumir que existe un mayor porcentaje de admisiones innecesarias las cuales no se logran detectar con este documento. Toda la información documentada sobre el mal uso del ingreso hospitalario y de las estancias prolongadas se ha mostrado eficaz buscando disminuir su uso inapropiado.

La versión original data del año 1981. Al hacer mención de admisión inadecuada no se hace referencia a la atención de salud, si esta fue pertinente ni si los cuidados brindados son de calidad, más bien esto expresa que ello se pudo realizar en un establecimiento de salud menor capacidad resolutive o en un periodo de tiempo menor. El AEP fue validada en España en su modelo de versión propia en 1998, siendo La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (Antiguo IVESP) la encargada de su creación. Los resultados muestran alta confiabilidad y validez moderada con respecto a la evaluación clínica datos que señalan que el AEP es un instrumento útil en la eliminación del uso inadecuado de la hospitalización, aunque no permiten un juicio definitivo sobre la eficiencia de los servicios hospitalarios ni juicios sobre casos individuales. (21)

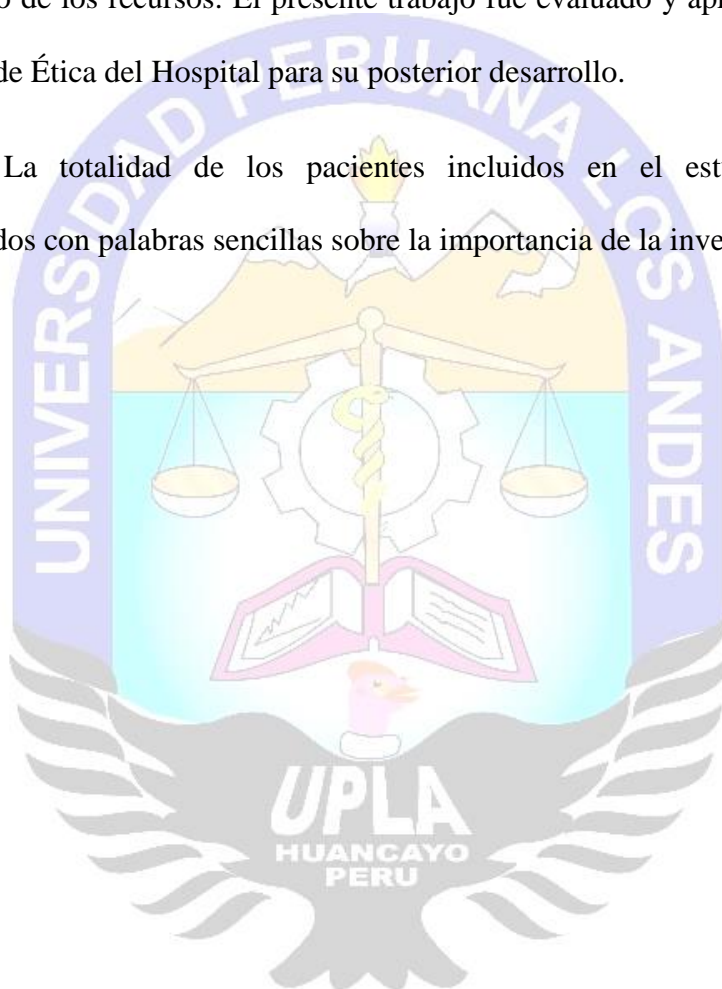
3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recopilados usando la ficha de Evaluación de la Adecuación (AEP), la cual consta de 16 criterios en total, 10 de ellos referentes a la situación clínica del paciente (diez primeros) y otros 06 en relación a la intensidad de cuidados prestados, todas ellas preguntas tipo dicotómicas (anexo 2).

3.10 ASPECTOS ÉTICOS. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se solicitó permiso a las áreas correspondientes tanto del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel A. Carrión” como a las del Servicio de Oncología para poder realizar la investigación, informándoles la importancia de este estudio para la mejora de la calidad de atención y del uso adecuado de los recursos. El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital para su posterior desarrollo.

La totalidad de los pacientes incluidos en el estudio, fueron informados con palabras sencillas sobre la importancia de la investigación.





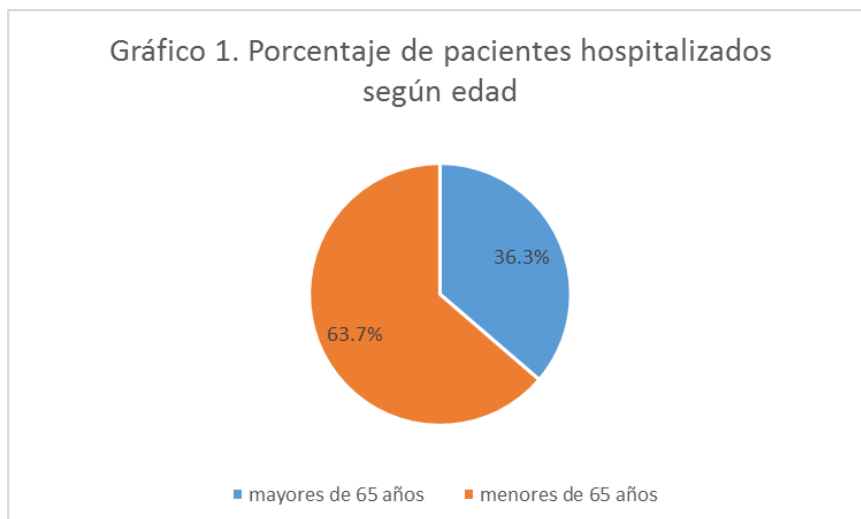
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

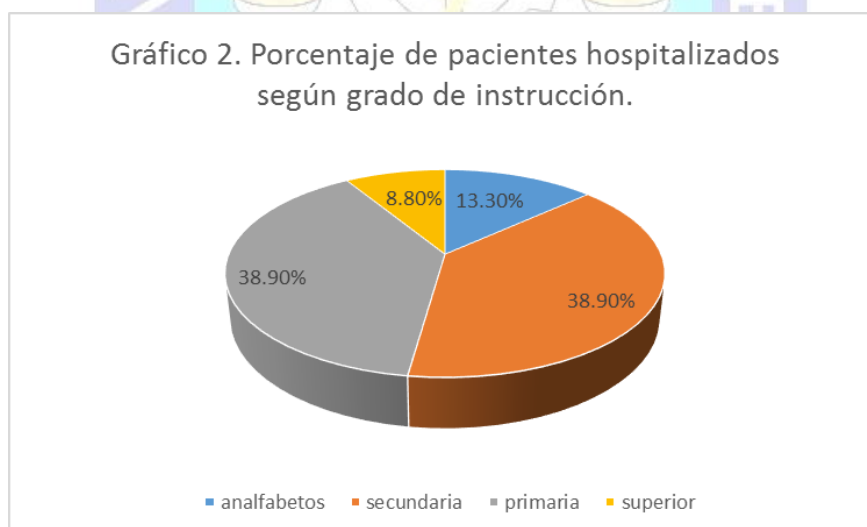
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre los meses de setiembre a noviembre del año 2017, en el servicio de Oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, se realizaron 113 hospitalizaciones, la edad media de los pacientes hospitalizados fue de 56,5 años, la mediana de la edad fue 57 años, la edad mínima de 17 y la máxima de 93 años.

De la población estudiada el mayor porcentaje correspondió a pacientes menores de 65 años, llegando este grupo a un 63,7% (72/113) mientras que aquellos pacientes mayores de 65 años fueron sólo el 36,3% (41/113) (Gráfico 1).



El 13,3% (15/113) de los pacientes eran analfabetos, la gran parte de los pacientes tenían estudios escolares de primaria (38,9%) y secundaria (38,9%), sólo el 8,8% (10/113) de la población tenía estudios de nivel superior (Gráfico 2).



El 57,52% (65/113) de los pacientes fueron de sexo femenino y el 42,47% (48/113) de sexo masculino y no se encontró diferencia

estadísticamente significativa respecto a la inadecuación del ingreso según la variable sexo ($p = 0.19$).

Del total de pacientes hospitalizados por el servicio oncología se encontró que el 1,76% (2/113) de las hospitalizaciones fueron inadecuadas.

La población de sexo femenino representa el 57,5% (65/113), en este grupo poblacional se encontró 1,76% de hospitalizaciones inadecuadas frente al 0% en pacientes de sexo masculino, aunque existe cierta diferencia numérica no fue estadísticamente significativa ($p = 0.19$). (tabla 1)

TABLA 1. Hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología Médica según sexo. Set-Nov 2017

	INADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)		
* SEXO :						$p = 0.19$
varones	0	0	48	100	48	
mujeres	2	3,1	63	96,9	65	
Total	2	1,8	111	98,2	113	

La población de adultos mayores de 65 años tiene mayor probabilidad de ser admitidos inadecuadamente que los adultos menores de 65 años (2,4% vs 1,4%), pero esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p = 0.68$). Durante el turno de las mañanas (8 a 14 horas) se hospitalizó el 48,7% (55/113) del total de pacientes, de ellos el 1,8% (1/55) fueron inadecuados, del mismo modo del turno de las tardes (14 a 20 horas) se hospitalizó el 49,6% (56/113) del total de pacientes, de ellos el 1,8% (1/56) fueron también inadecuados. Por otro lado, no se documentó admisiones innecesarias en el

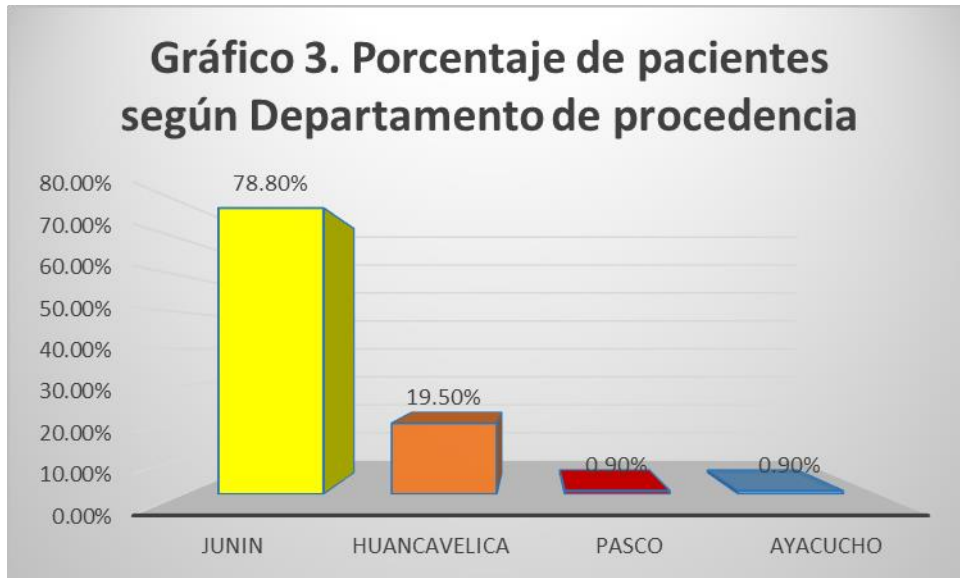
turno de las noches (20 a 8 horas). Se encontró que los pacientes ingresados en los turnos mañana y tarde, fueron asociados a una mayor proporción de hospitalizaciones inadecuadas 1,8% cada uno respectivamente frente a un 0 % en los turnos de las noches, sin representar esto una diferencia estadísticamente significativa (tabla 2).

TABLA 2. Hospitalizaciones inadecuadas en el Servicio de Oncología Médica según edad, HDAC. Set-Nov 2017

	INADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)		
* EDAD:						<i>p</i> = 0.68
< 65 años	1	1,4	71	98,6	72	
>= 65 años	1	2,4	40	97,6	41	
Total	2	1,8	111	98,2	113	
* TURNO:						<i>p</i> = 1.0
mañana	1	1,8	54	98,2	55	
tarde	1	1,8	55	98,2	56	
noche	0	0	2	100	2	
Total	2	1,8	111	98,2	113	
* Ocupación:						<i>p</i> = 0.5
Estudiante y empleado	0	0	6	100	6	
Otras ocupaciones	2	1,9	105	98,1	107	
Total	2	1,8	111	98,2	113	

La mayor proporción (67/113) de pacientes registraron como su ocupación “su casa”, en este grupo estuvieron incluidos pacientes de sexo femenino y masculino, siendo estos pacientes los que tuvieron una proporción elevada de hospitalizaciones inadecuadas. Todas las hospitalizaciones fueron indicadas por el médico oncólogo, y estos profesionales ocasionaron un 1,76% de inadecuación. La población proveniente del Departamento de Junín

representó la mayor proporción llegando a un 78,8% (89/113), seguido de los Departamentos de Huancavelica con un 19,5% (22/113), Pasco con un 0,9% (1/113) y Ayacucho con un 0,9% (1/113) (Gráfico 3).



El grupo de pacientes provenientes del Departamento de Junín tienen mayor riesgo de ser hospitalizados innecesariamente ($p = 0.03$). No se encontraron diferencias significativas respecto al análisis de hospitalizaciones inadecuadas según el grado de instrucción ni por persona que acompaña al paciente.

El promedio de días de hospitalización en pacientes hospitalizados inadecuadamente fue de 6,5 días y las neoplasias malignas más frecuentes en estos pacientes fueron cáncer de cérvix y cáncer gástrico.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN

Las hospitalizaciones inadecuadas generan incremento en los gastos sanitarios y alteran 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. Perales y col., (22) estudiaron prospectivamente 381 ingresos durante sólo un mes, encontraron que el 15% de los ingresos no quirúrgicos en un servicio de urgencias fueron hospitalizados inadecuadamente. Restuccia y col. (23) refieren que esta proporción es incluso más alta, va desde un 10 hasta un 30%, por los datos hallados en diferentes tipos de hospitales. La proporción de hospitalizaciones

inadecuadas encontrada en nuestro estudio se encuentra en el rango óptimo (menor al 5%). En consecuencia, deberían de reproducirse en otras instituciones las mismas estrategias aplicadas para reducir las admisiones inadecuadas, tales como: 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, aspirado de médula ósea, pruebas rápidas de laboratorio, etc y algo en lo que ponemos mayor énfasis es la valoración por el especialista antes de la toma de decisión de hospitalizar o no al paciente. 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, esto se puede resumir en una sola frase: “un paciente con pancitopenia leve requiere estudio de la médula ósea en tiempo real y no una hospitalización”.

Teóricamente, la totalidad de las admisiones por Emergencia deberían de 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 1,76% de las hospitalizaciones inadecuadas halladas es probablemente explicado por la frecuente derivación de pacientes de consultorio externo hacia sala de hospitalización, ya que muchos pacientes e incluso médicos siguen creyendo que el diagnóstico y los exámenes complementarios serán realizados con mayor rapidez si el paciente se encuentra hospitalizado. El porcentaje de inadecuación hospitalaria hallado se aleja de otros estudios realizados en salas de urgencias, (24) donde el porcentaje de inadecuación fluctuó entre 10 y 15%.

La edad media de los pacientes estudiados fue de 56,52 años, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre edad cronológica y hospitalizaciones inadecuadas ($p = 0,68$), se observó mayor proporción de hospitalizaciones inadecuadas en pacientes con edades mayores de 65 años, aunque este dato es netamente numérico y no representa diferencia estadística. Resulta así que en nuestro medio los adultos mayores no tuvieron hospitalizaciones más justificadas que los adultos menores, hallazgo que no concuerda con lo encontrado en otro estudio (25). Cuyo resultado explica que a mayor edad se asocian determinadas patologías crónicas reagudizadas y que el anciano presenta mayor comorbilidad que el adulto joven y mayor número de descompensaciones, incrementado así el porcentaje de adecuación en este grupo etario, lo cual no fue observado en nuestro análisis; es más probable que los pacientes jóvenes portadores de neoplasias malignas no sean admitidos inadecuadamente debido a que todos ellos fueron abordados por médicos oncólogos los cuales evalúan con mayor precisión los criterios clínicos de adecuación en pacientes oncológicos y probablemente el hecho de conocer la historia de la enfermedad sea un factor determinante entre si hospitalizar o no al paciente. Así, se reportó que los adultos menores (menores de 65 años) presentaron mayor porcentaje de adecuación que los adultos mayores, 98,6% vs 97,6% respectivamente. En cuanto a la justificación del ingreso, tanto los adultos mayores como los adultos menores ingresaron para que se ejecute algún tipo de estudio determinado. Estos resultados también difieren con los encontrados en otras investigaciones, en los cuales los adultos mayores ingresaron más frecuentemente por una causa médica y menos para estudio que

en los adultos menores de 65 años (26-28). Semejante al estudio nuestro, otros estudios no encontraron ninguna asociación entre la variable edad y hospitalizaciones inadecuadas (29,30), 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 relación a los resultados encontrados en este trabajo y contrariamente a los datos publicados en muchos otros a favor de la asociación entre edad cronológica y adecuación hospitalaria, podemos señalar que en nuestro medio la edad menor de 65 años no es un factor que se asocie con hospitalizaciones inadecuadas.

Respecto al hallazgo de la menor proporción de hospitalizaciones inadecuadas en el turno de la noche probablemente sea explicada por el menor número de casos registrados en dicho turno y por la influencia de las hospitalizaciones por consultorio externo que es proporcionalmente mayor que por emergencia.

Las hospitalizaciones inadecuadas en su totalidad se dieron en el sexo femenino, esto probablemente se explique considerando que las mujeres con cáncer acuden con mayor frecuencia (54,9%) por atención de salud al Departamento de Oncología que los varones, situación que es el fiel reflejo de lo que también ocurre en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima (31). No encontramos estudios que relacionan la ocupación con el grado de hospitalizaciones inadecuadas.

CONCLUSIONES

Las hospitalizaciones inadecuadas o innecesarias resultan de varios factores como la saturación de los procesos de atención en la consulta externa, hospitales carentes de varias de las pruebas complementarias necesarias para un diagnóstico precoz y rápido, establecimientos de salud de primer nivel de atención que no resuelven los problemas de salud de la población ocasionando discomfort y generando que estos prefieran acudir primero al hospital antes que al puesto de salud, sistemas desordenados y bidireccionados de salud, etc (32,33).

Se debe de dar prioridad a los pacientes con mayor compromiso clínico para la toma de exámenes diagnósticos y desarrollo de procedimientos sin considerar donde se encuentren estos (hospitalizados, emergencia, consulta externa, etc.). Un factor determinante del incremento de admisiones hospitalarias inadecuadas es sin dudar la deficiente organización de los hospitales, así como también la deficiente infraestructura hospitalaria con pobre implementación tecnológica que no pueden brindar con certeza un diagnóstico preciso al clínico para que este último pueda decidir entre hospitalizar al paciente o indicar su alta. Aparentemente existe duda diagnóstica por parte de los médicos y la necesidad ante ello de admitir al paciente en salas de hospitalización y de esta manera disminuir el tiempo para el diagnóstico de varias patologías, probablemente porque en muchas instituciones hacen falta exámenes auxiliares, procedimientos diagnósticos o terapéuticos en tiempo real. En relación a ello la literatura es escasa, creemos que la verdadera magnitud del problema se podría investigar con estudios prospectivos en los cuales la declaración del médico sería el punto con mayor importancia.

Existen variación entre las diferentes series de estudio las cuales serían explicadas en primer lugar porque no sólo suele haber diferencias en la práctica clínica sino también porque cada población tiene su propio grupo de enfermedades con incidencia y prevalencia diferentes correspondiente a cada región estudiada, esta diferencia podría también responder a que el método utilizado con el AEP también suele ser diferente, uso del AEP modificado, calidad de las historias clínicas, entre otras características.

De lo observado en el presente estudio se asume que las hospitalizaciones inadecuadas son el resultado de múltiples factores que confluyen entre ellos, los cuales dependen de la actitud que toma el médico en relación a los recursos hospitalarios que tiene disponible y con las condiciones en que se desarrolla la atención médica.

Debido a todo ello las estrategias o medidas a tomar para reducir las admisiones innecesarias son las que enumeramos a continuación: 1) iniciar o continuar con la elaboración de protocolos o guías clínicas, 2) promover servicios hospitalarios eficientes, 3) fomentar recursos alternativos a la hospitalización y su disponibilidad (34) y también fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Fomentar el trabajo de unidades alternativas que eviten la hospitalización apresurada de los pacientes como las unidades de diagnóstico rápido ha evidenciado la disminución significativa de las admisiones inadecuadas más allá de un 53% de los pacientes, de esta manera se redujo los gastos que involucra la hospitalización y elevó el porcentaje de satisfacción del usuario. Hay que resaltar también que

otras unidades de parecida función tales como las unidades de corta estancia, consulta única entre otras, requieren del apoyo y el empuje de todo el hospital (35,36). Solamente de esta manera se puede, entre todos, eliminar el uso hospitalario deficiente. 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

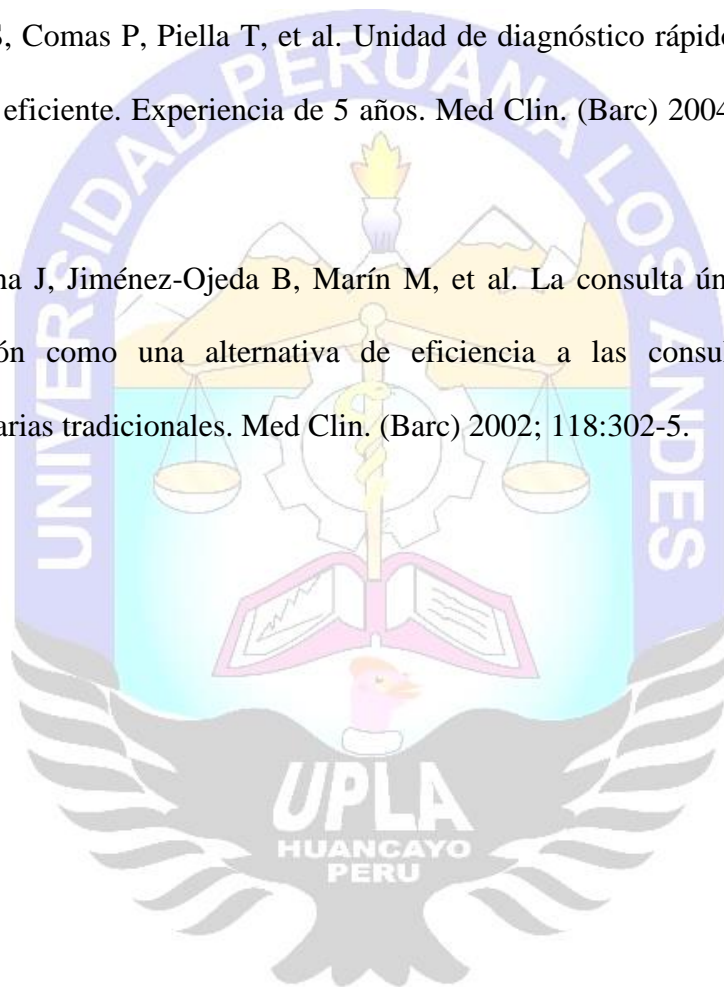
1. Peiro S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin. (Barc)*.1994;103;65-71.
2. Ramos-Cuadra A, Marión-Buen J, García-Martín, et al. Use of the appropriateness evaluation protocol: the role of medical record quality. The effect of completeness of medical records on the determination of appropriateness of hospital days. *Int J Qual Health Care*. 1995; 7:267–275.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Rosser RM, Chir B. The reliability and application of clinical judgment in evaluating the use of hospital beds. *Med Care*. 1976; 14:39-47.
7. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res*. 1987; 22:709-769.

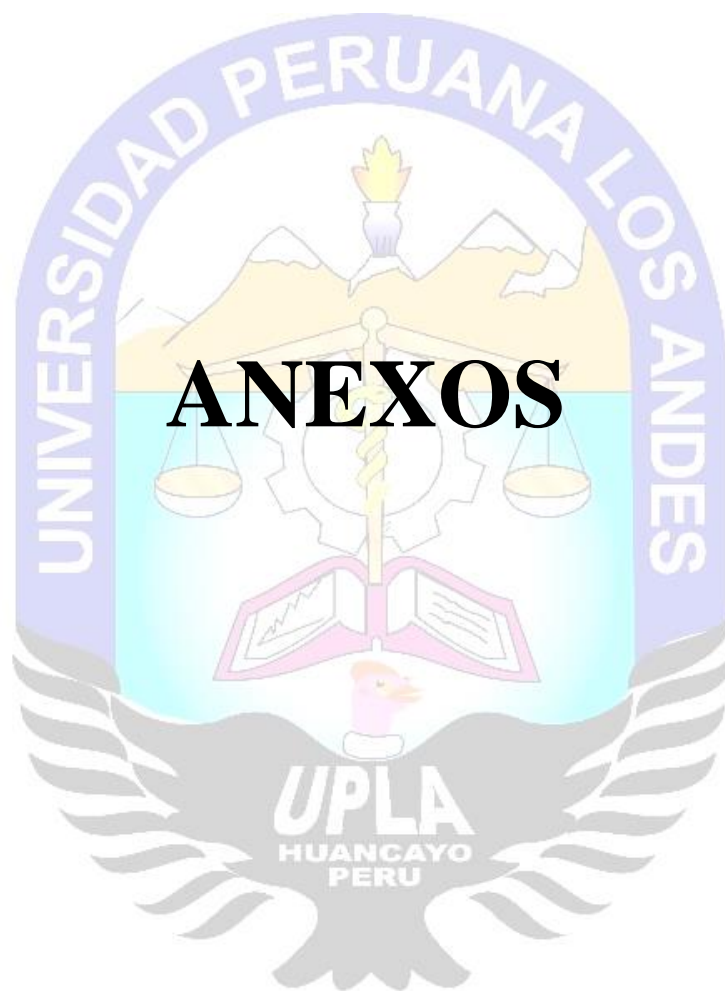
8. Rishpon S, Lubacsh, Epstein L. Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. *Med Care*. 1986; 24:279-282.
9. Strumwasser I, Parnipe NV, Ronis DL, et al. Reliability an validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol standardized medreview instrument and intensity-severity-discharge criteria. *Med Care*. 1990; 28:95-111.
10. Smith H, Pryce A, Carlisle L, Jones JM, Scarpello J, Pantin C. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond*. 1997 Sep-Oct;31(5):527-32.
11. Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D, Corvol A. French Multicenter Evaluation of the Appropriateness of Admission to the Emergency Department of the Over-80s. *J Nutr Health Aging*. 2015 Jun;19(6):681-7.
12. J. J. López-Picazo Ferrera, N. Tomás García, J.D. Cubillana Herrero, J.A. Gómez Companyby J. de Dios Cánovas García. Estratificación y monitorización de niveles de adecuación de ingresos urgentes en un hospital de tercer nivel. *Rev Calid Asist*. 2014 Jan-Feb;29(1):10-6
13. Jeddian A, Afzali A, Jafari N. Evaluation of Appropriateness Admission and Hospital Stay at Educational Hospital. *Arch Iran Med*. 2017 Jan;20(1):16-21
14. Carlos Contreras-Camarena, Carlos Galarza-Manyari. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Rev Soc Peru Med Interna* 2011; vol 24 (1)

15. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
16. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Dirección general de epidemiología; 2013.
17. Salazar M, Regalado-Rafael R, Navarro J, Montanez D, Abugattas J, Vidaurre T, El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Control del Cancer en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):105-12
18. Vuori HV. The principles of quality assurance. Who Regional Office for Europe. *Euro Report and Studies*. 1994.
19. Restuccia J, Kregger B, Payne S, et al. Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts. *Health Care Financing Review*. 1986;8:47-54.
20. Gertmann P, Restuccia J. The appropriateness evaluation protocol A technique for assessing unnecessary day of hospital care. *Med Care*. 1981;19:855-871.
21. Peiró S, Vila M. Validity of the protocol for evaluating the inappropriate use of hospitalization. *Med Clin (Barc)*. 1996 Jun 22;107(4):124-9.
22. Perales R, Amores P, et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2004; 16:111-15.
23. Restuccia J, Gertman P, Dayno S, et al. The appropriateness of hospital use. *Health Affair*. 1984; 3:130-38.
24. 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

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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Ministerio de salud. Registro hospitalario de cáncer en el INEN en Lima – Perú 2000-2012. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 2016.
32. Vilardeil L. ¿Por qué ingresan los pacientes en forma urgente en un hospital? *Med Clin. (Barc)* 1994; 103:452-53.

33. Grover PL. Is inappropriate hospital care and inevitable component of the health care system. *Med Care*. 1991; 29:1-4.
34. 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.
35. 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.
36. 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.





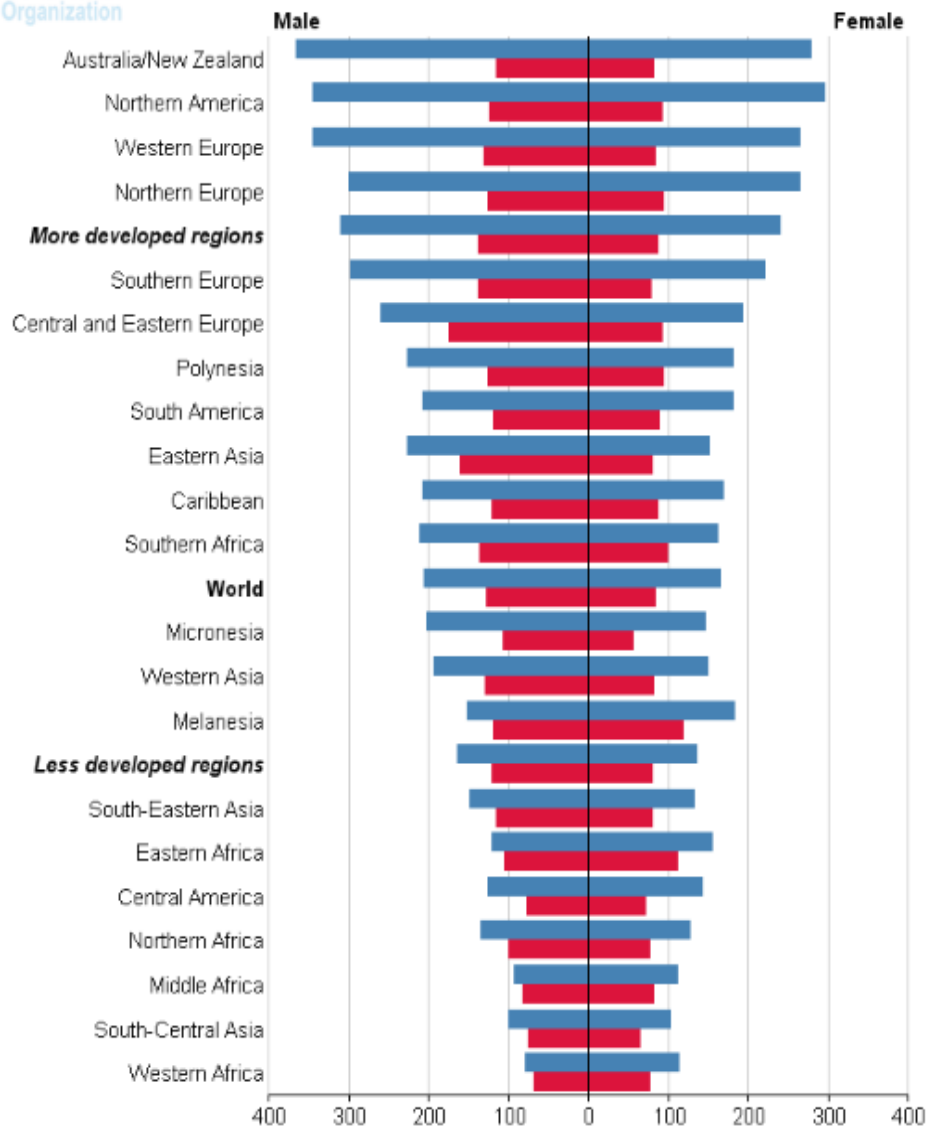
ANEXOS

Anexo 1. Tasas de cáncer estimadas por edad por cada 100 000 habitantes.

International Agency for Research on Cancer



World Health Organization



GLOBOCAN 2012 (IARC)

■ Incidence
■ Mortality

Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

Anexo 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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.