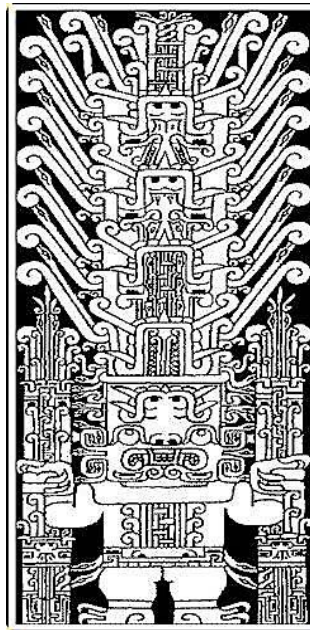


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS**



**Evaluación de la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017.**

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano.

**Autor:**

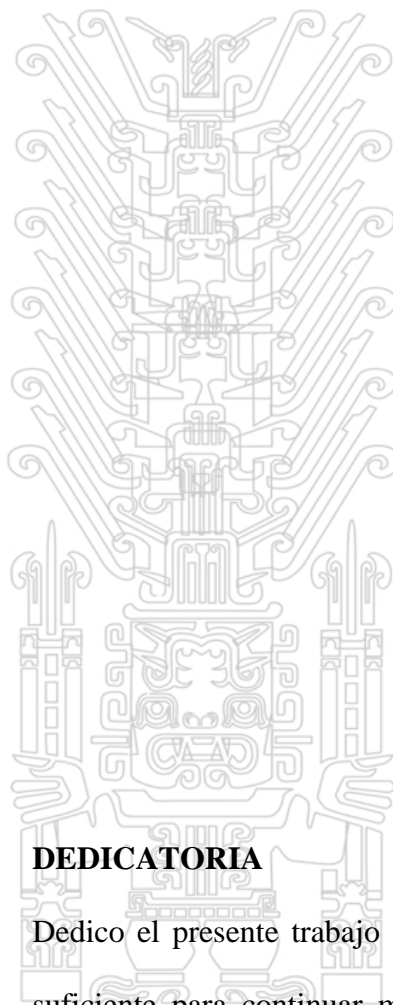
**Carolina Guadalupe Rios Arostegui.**

**Asesor**

**Dr. Manuel Pinto de La Sota Silva**

**LIMA, PERÚ**

**2018**



### **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a Dios, por darme la salud suficiente para continuar mi vocación, A mis Padres por haber forjado mis valores y continuar en la lucha conmigo, y a mi Esposo, quien siempre camina de la mano conmigo y me apoya incondicionalmente.



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi alma máter, mi querida Universidad Nacional Federico Villarreal, por haberme entregado durante estos maravillosos años juntos, una calidad extraordinaria de maestros. A su vez agradezco a mis maestros, por sus enseñanzas y ejemplos de gran profesionalidad e calidad humana. Por último, agradezco a mi asesor, por los consejos brindados.



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
RESUMEN .....	iv
SUMARY/ABSTRACT .....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
MÉTODOS .....	15
RESULTADOS .....	19
DISCUSIÓN .....	25
CONCLUSIONES .....	28
RECOMENDACIONES .....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## RESUMEN

**Introducción:** Este trabajo trata de estudiar mediante el estudio retrospectivo de las historias clínicas con el protocolo de evaluación de la adecuación, la evaluación de la estancia hospitalaria adecuada de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital San José durante tres meses.

**Objetivo:** Determinar, de manera transversal, la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José.

**Método:** Por la recopilación de datos, retrospectivo; por la ocurrencia de datos, transversal y por el tipo de variable empleado, descriptivo. Se estudia la población de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José durante el 01 de Abril hasta el 30 de Junio del 2017.

**Resultados:** Las historias seleccionadas sumaron un total de 71 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 54.6 años. El 76.05% corresponde a pacientes de sexo femenino y el restante 23.95% del sexo masculino. La estancia, se encuentra que la media es de 8.9 días, estando un 52.12% en el rango de 3 a 5 días de estancia. El género del médico tratante, 33.33% fueron sexo femenino y 66.67% masculino. Participación en la atención por parte del personal en entrenamiento en 52.11%. A su vez, 83.33% pertenecen a Medicina interna y el 16.67% a Medicina Familiar. La estancia evaluada como Adecuada fue del 81.69%,

**Conclusiones:** Las estancias inadecuadas suponen un importante componente de la duración de la estancia, en el presente estudio se observó un uso inadecuado no significativo y no se encuentra relacionado con el personal de salud tratante.

**Palabras claves:** estancia hospitalaria, protocolo de la evaluación de la adecuación, uso hospitalario, inadecuación.

## **SUMMARY/ABSTRACT**

**Introduction:** This work tries to study by means of the retrospective study of the clinical histories with objective instruments such as the adequacy evaluation protocol, the evaluation of the adequate hospital stay of the patients admitted to an Internal Medicine service of San José Hospital for three months.

**Objective:** To determine, in a transversal manner, the adequate hospital stay in the Internal Medicine Service of the San José Hospital.

**Method:** For the data collection, retrospective; by the occurrence of data, transversal and by the type of variable used, descriptive. The population of patients hospitalized in the Internal Medicine Service of the San José Hospital is studied from April 1 to June 30, 2017.

**Results:** The selected stories totaled a total of 71 patients. The average age of the patients was 54.6 years. 76.05% corresponds to female patients and the remaining 23.95% male. The stay, is that the average is of 8.9 days, being a 52.12% in the range of 3 to 5 days of stay. The gender of the treating physician, 33.33% were female and 66.67% male. Participation in the attention by the personnel in training in 52.11%. In turn, 83.33% belong to Internal Medicine and 16.67% to Family Medicine. The stay evaluated as Adequate was 81.69%,

**Conclusions:** Inadequate stays are an important component of the length of stay, in the present study inadequate non-significant use was observed and it is not related to the treating health personnel.

**Keywords:** hospital stay, Appropriateness evaluation protocol, hospital use, inadequacy

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la evaluación del uso hospitalario ha cobrado gran interés por su posible utilidad a la hora de reducir el gasto sanitario sin disminuir la calidad de la asistencia. Una de las aproximaciones más usadas cuando se revisa el uso hospitalario es el estudio retrospectivo de las historias clínicas con instrumentos objetivos como el protocolo de evaluación de la adecuación (AEP). Perea 2000.

En el marco de la atención en salud, los servicios inapropiados generan una carga innecesaria y costosa para el paciente y el sistema hospitalario. Para el paciente porque le niega la posibilidad de una atención alternativa, generándole una carga económica en muchos casos considerable (la hospitalización) además de reducir la accesibilidad a quienes realmente lo necesitan. Para el sistema hospitalario, porque aumenta la carga de trabajo innecesario del personal, reduciendo el tiempo de atención a pacientes que sí lo ameritan. Esto genera un gasto hospitalario que resulta mal invertido debido al poco beneficio que obtiene el paciente. Llanos 2001.

En un sistema de salud, el conocimiento de las características de "lo inapropiado" permite identificar aquellos servicios que deben desarrollar sistemas de atención alternativos - distintos a la hospitalización - así como conocer la demanda real de la población respecto a dichos servicios. Evitar hospitalizaciones inapropiadas conlleva a un uso más eficiente de los costos de la atención de salud, permitiendo dirigir los recursos a la atención ambulatoria, comunitaria o preventiva. La reducción del uso inapropiado de las "camas hospitalarias" permitiría mejorar la calidad y eficiencia de

la atención hospitalaria al permitir un acceso adecuado al servicio de hospitalización. Vardi 1996.

Diversos instrumentos han sido utilizados para medir "lo apropiado" de las admisiones o días de hospitalización, entre ellos: Appropriateness Evaluation Protocol (AEP); Intensity of service, Severity of illness, Discharge screens of Adults (ISD-A); y Managed Care Appropriateness Protocol (MCAP). Utilizando estos instrumentos se han reportado porcentajes de admisiones inapropiadas en diversos países, los que varían desde 6% hasta 43%, mientras que el análisis de los días inapropiados de hospitalización muestra porcentajes más elevados, que fluctúan entre 20% y 48%. Chopard 1998 y Smith 1997.

No existen suficientes investigaciones anteriores acerca de la proporción de admisiones o días de hospitalización inapropiados en los hospitales de nuestro país, por lo que consideramos importante el estudio del tema, ya que la información obtenida contribuirá a dirigir la gestión hospitalaria hacia una mejora del sistema respecto a la eficiencia en la atención y a la accesibilidad de la población a sus servicios de hospitalización. Llanos 2001.

El uso de la hospitalización, se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos, pero no necesariamente, se relacionan con mejor calidad en el servicio y pueden ser debido a diferentes factores de tipo médico, tipo socioeconómicos del paciente y otros derivados de la infraestructura propia del hospital. Henao 2011.

Se define como utilización inapropiada: “El uso de servicios hospitalarios, cuando, desde el punto de vista estrictamente clínico, el paciente, podría haber sido atendido en niveles asistenciales, menos costosos o en menor tiempo. Perez 2007.

Por ello, el protocolo de Adecuación de Estancia Hospitalaria (AEP), se ha creado con el fin de determinar, si el ingreso y/o la estancia de un paciente hasta en un día, es medicamente necesaria o no. Perez 2007 y Henao 2011.

## **APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)**

### **Antecedentes y caracterización**

En 1981, Gertman y Restuccia, presentan el protocolo por primera vez, con el objetivo de minimizar los costos en salud, generados por la estancia o el ingreso inadecuado de pacientes a una institución hospitalaria. Henao 2011.

En el instrumento, se revisan diferentes criterios que corresponden a la atención del equipo de salud, tanto médica como de enfermería, y a la situación clínica del paciente. Además, como el instrumento no constituye una guía estricta para determinar que un paciente debe ser dado de alta, se incluyen unos criterios denominados “override” o extraordinarios, que le permiten al evaluador, describir un motivo adicional para la permanencia del paciente en el servicio o el ingreso a él. Henao 2011.

Este protocolo, ha sido ampliamente utilizado y validado en diferentes zonas del mundo; siendo España, uno de los países en los que ha tenido mayor difusión y aceptación. En Colombia, aunque hay pocos estudios documentados, el Ministerio de Protección Social, construyó un documento que se denominó “Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente: Métodos de Revisión de la utilización” (Ministerio de Protección Social, 2009), en el que se hace una adaptación del AEP original. Henao 2011.

El protocolo, puede ser utilizado de forma prospectiva, retrospectiva o concurrente, siendo la última, la descrita como de mayor utilidad para alimentar los programas de gestión clínica y para garantizar, la reducción de los gastos en salud. Henao 2011.

En el Perú, existen trabajos de investigación documentando el uso y beneficios de los protocolos, mas no ha habido modificaciones de este mismo para nuestro contexto de salud, por lo que los resultados podrían variar de acuerdo al protocolo usado y la Institución en donde es usada. Henao 2011.

### **El instrumento y su utilización**

Aunque existen tres instrumentos para los diferentes grupos de pacientes, en este trabajo sólo, se describirá el correspondiente a los criterios de día de Estancia del paciente adulto. Contreras 2011.

El instrumento está desarrollado para implementarse, siguiendo unos pasos estrictos de aplicación; así:

- a) Aplicación de los criterios: Realización de búsqueda activa, de cada uno de los criterios del protocolo, en la historia clínica y demás registros del paciente. Cuando se encuentre un solo criterio que el paciente cumpla, será suficiente para declarar como adecuada su estancia hospitalaria (ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios del día estancia Adultos.

CRITERIO	DEFINICIÓN
<b>Servicios Médicos</b>	
<b>1. Intervención quirúrgica ese mismo día.</b>	Cualquier técnica realizada en un quirófano justifica este criterio. Aplica para anestesia general, conductiva o regional intravenosa.
<b>2. Intervención quirúrgica en las 24 h (necesaria evaluación preoperatoria).</b>	Todo procedimiento quirúrgico que tendrá lugar en las próximas 24 horas (o que este programado) y que requiera consulta previa con Anestesiología.
<b>3. Cateterización cardíaca ese mismo día.</b>	Este criterio incluye tanto la visualización de las cámaras cardíacas mediante la inyección de material de contraste, como la toma de muestras de sangre y medida de presión en las cámaras cardíacas y/o arteria pulmonar. También se incluirá en este apartado cualquier cateterismo cardiovascular diagnóstico monitorizado.
<b>4. Angiografía ese mismo día.</b>	Este criterio incluye varios tipos de angiografía, la mayor parte arteriografías (sobre todo coronarias), así como venografías y linfangiografías.
<b>5. Biopsia de órgano interno ese mismo día.</b>	Las biopsias renal, hepática, pulmonar y cerebral son las más frecuentes, pero en este criterio, también se incluyen las biopsias gastrointestinal, bronquial o de mucosa de vejiga, así como la biopsia de

	próstata con aguja.
<b>6. Procedimiento invasivo en el sistema nervioso central ese mismo día.</b>	Este criterio incluye procedimientos como punción lumbar, drenaje cisternal, drenaje ventricular, mielograma, etc.
<b>7. Cualquier prueba con control dietético estricto.</b>	Suelen ser tests prolongados de la función metabólica, que generalmente implican la toma de muestras de sangre y orina en determinados momentos, como por ejemplo el caso de las pruebas para el diagnóstico del aldosteronismo.
<b>8. Tratamiento nuevo que requiera frecuentes ajustes de dosis.</b>	Este criterio incluye cualquier situación en la que se requiera, observación frecuente y ajuste de dosis.
<b>9. Control monitorizado al menos 3 veces/día.</b>	Este criterio, debe estar documentado por las notas del médico, indicando que se precisa la citada monitorización. En un hospital docente, las notas tomadas por los estudiantes, equivalen a las del médico. Sin embargo, el paciente debe estar monitorizado por el médico al menos tres veces. Esto es, tres notas diferentes (cada una de ellas de un estudiante, residente o médico) discutiendo la misma situación no cumpliría el criterio.
<b>10. Procedimiento invasivo durante las últimas 24 h.</b>	Si cualquier procedimiento en quirófano o alguno de los procedimientos contemplados en los criterios 1 y 3-6 de Cuidados Médicos, ha tenido lugar durante las últimas 24 horas, se considerará ese día de estancia como adecuado.
<b>Cuidados de Enfermería</b>	
<b>11. Oxigenoterapia en paciente agudo, con requerimiento de monitoreo de la saturación de oxígeno.</b>	Este Criterio esta descrito en el documento original como: “Cuidados respiratorios-utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día”. Para el presente trabajo se utilizará la modificación del criterio, excluyendo así, a los pacientes que por la condición de oxígeno dependientes, no necesitarían estar hospitalizados para recibir el aporte adicional de oxígeno. Sólo se incluyen aquellos que por su condición

	aguda, requieren medición de la saturación de oxígeno.
<b>12. Terapia parenteral intermitente o continua.</b>	Este criterio, incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado. Las medicaciones intravenosas administradas a través de una vía heparinizada y las infusiones de quimioterapia, también se incluyen, mientras que "mantener la vía iv permeable" no.
<b>13. Monitorización de constantes al menos cada 30 min. (4 h mínimo).</b>	Este criterio incluye paciente en monitorización cardíaca continua. No se considera incluida si el paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizados cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.
<b>14. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día.</b>	No se incluye la rutina de insulina, dado que ésta no justifica por sí sola, el ingreso en un hospital de agudos. Este criterio no aplica si el medicamento puede ser aplicado en casa a través del programa de hospitalización domiciliaria.
<b>15. Control de balances.</b>	Es adecuado en pacientes que precisan restricción de ingesta de líquidos y para aquellos en los que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja.
<b>16. Cuidados de heridas quirúrgicas mayores y drenajes.</b>	Este criterio incluye a aquellos pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado que ha tenido lugar, bien en las notas del médico o en las de enfermería. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumpliría el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomías crónicas, así como la implantación de catéteres de foley, no satisfacen el criterio, pero

	podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción. Si este procedimiento puede hacerse en casa sin someter a riesgos al paciente mediante programa de hospitalización domiciliaria, aplique criterio.
<b>17. Monitorización por una enfermera al menos 3 veces/día (con supervisión médica).</b>	Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por cualquier profesional clínico no médico (enfermera, fisioterapeuta, etc.). Deben constatarse, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico, y los resultados de las mismas deben incluir algo más que los signos vitales. Un ejemplo sería la observación de los signos neurológicos en un paciente con pérdida de conciencia reciente.
<b>Situación clínica del paciente</b>	
<b>18. Ausencia de motilidad intestinal o incapacidad para orinar. (Durante el mismo día o 24 h antes)</b>	Este criterio suele considerar problemas postoperatorios. No se incluye la implantación de catéteres crónicos.
<b>19. Transfusión debida a pérdida de sangre. (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independientemente de la pérdida sanguínea. Sin embargo, si ésta es crónica, requiere transfusiones intermitentes rutinarias (anemias aplásicas, por ej.) y no suelen precisar hospitalización, se utilizarían criterios extraordinarios para justificar el ingreso. Cualquier otra causa de pérdida sanguínea no estaría justificada.
<b>20. Otra arritmia con inestabilidad o riesgo hemodinámico asociado en las últimas 48 horas. (Diagnóstico de arritmia clínicamente activo).</b>	Este Criterio esta descrito en el documento original como: “Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, como aparece en la hoja de evolución o en el informe electrocardiográfico”
<b>21. Fiebre de al menos 38°C. (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	Picos febriles por encima de los 38oC dentro de las últimas 24 horas y que se encuentre documentado en la Historia Clínica.
<b>22. Coma-pérdida de conocimiento</b>	Este criterio, lo cumple cualquier entidad

<b>durante 1 h. (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	que produzca pérdida de conciencia que no sea consecuencia de la aplicación de anestesia general.
<b>23. Estado confusional agudo (excluyendo síndrome de abstinencia alcohólica). (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	Sólo cumplen este criterio, los pacientes con episodios transitorios de confusión, como contusión cerebral, pero no el síncope simple. Las pérdidas de conciencia leves de la demencia crónica, no cumplen los criterios, a menos que los síntomas representen un nuevo patrón para el paciente (desarrollo de alucinaciones, por ejemplo).
<b>24. Síntomas o signos debidos a perturbación hematológica aguda. (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	Este criterio sólo se cumple si hay signos (por ejemplo, equimosis o sangrado) o síntomas (por ejemplo, trombos vasculares) de uno de los trastornos hematológicos agudos. Los recuentos altos o bajos de los constituyentes sanguíneos no requieren necesariamente hospitalización aguda o tratamiento.
<b>25. Dificultades neurológicas. (Dentro de las 48 h anteriores)</b>	Este criterio, incluye síncope en evolución por cualquier causa, aparición de cuadros clínicos como el Guilliam - Barré. Excluye desvanecimientos leves intermitentes de enfermedades crónicas, como la Esclerosis Múltiple.

Fuente: (Gertman & Restuccia, 1981)

- b) Utilización de criterios extraordinarios: Cuando el paciente, no cumple con ninguno de los criterios para permanecer hospitalizado, pero el evaluador considera que la estancia es justificada, debe preguntarse, si hay alguna otra causa importante para que el paciente, continúe en la institución. Es uno de los puntos del protocolo que sugiere mayor atención, debido a que el evaluador, puede incurrir en el error de justificar la estancia sin criterios suficientes. El protocolo, recomienda para cada institución, establecer un

listado de posibles criterios extraordinarios y salirse lo menos posible de ellos. Cuando un criterio extraordinario aparezca repetidamente en las evaluaciones, la institución, debe pensar en incluirlo en los criterios de evaluación de la estancia. Contreras 2011.

- c) Determinación de la adecuación: La estancia se determinará como adecuada, cuando se cumplan uno o varios criterios del protocolo, o en el caso de que sin haber ningún criterio calificado como presente, se analice que existe un criterio extraordinario “override” que justifique la estancia. Contreras 2011.
- d) Asignación de causas de inadecuación para día de estancia inadecuado: Por último, al decidir que la estancia fue inadecuada, el evaluador deberá elegir de una lista de causas – que puede ser la propuesta por los autores o creada por la institución, de acuerdo a sus necesidades – la que considere que describe mejor la inadecuación de la estancia. Esta selección permitirá, crear los planes de mejoramiento y las acciones para intervenir la causa. Contreras 2011.

Causas de inadecuación correspondientes a “Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado”:

- Problema de calendario para realizar intervención quirúrgica.
- Problema de calendario para realizar pruebas diagnósticas.
- Ingreso prematuro

- Paciente citado para prueba diagnóstica o tratamiento (incluyendo cirugía) cuya cita es cancelada, por cualquier razón (caso urgente se antepone acaso electivo, personal crucial del centro está enfermo, etc.).
- "Días de no trabajo" en el hospital: determinados procedimientos diagnósticos no se realizan durante los fines de semana, ni en vacaciones.
- Pendiente de resultados de prueba(s) diagnóstica(s) o interconsulta(s) para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas.
- Otras (especificar). Contreras 2011.

Causas de inadecuación correspondientes a “Responsabilidad del médico o del hospital.”:

- Alta planeada pero no hay ordenes escritas
- Fallo en la hora al iniciar/ ejecutar el alta hospitalaria
- No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro, cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos.
- No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento.
- Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario, puede realizarse como paciente externo.
- Otras (especificar). Contreras 2011.

Causas de inadecuación correspondientes a “Responsabilidad del médico o de la familia del paciente”:

- Falta de familiares, para la atención del paciente en su domicilio.
- Falta de preparación de la familia para atención del paciente en su domicilio.

- El paciente/la familia, rechazan los medios disponibles en instalaciones alternativas o Atención domiciliaria
- Otras (especificar). Contreras 2011.

Causas de inadecuación correspondientes a “Responsabilidad del medio”:

- Paciente que proviene de un ámbito social degradado, permanece ingresado en el hospital hasta que su ambiente se hace aceptable o se encuentra una opción alternativa
  - No disponibilidad de una instalación alternativa.
  - No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de la atención domiciliaria.
- Otras (especificar). Contreras 2011.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los grandes inconvenientes en la eficiencia y efectividad de las unidades de gestión hospitalaria y salud pública, es la inadecuación en la estancia hospitalaria; que se entiende como el número de días adicionales que permanece el paciente hospitalizado y que por algún motivo – médico, de cuidado de enfermería, ayuda diagnóstica, administrativo – impidieron el alta. Existen múltiples factores que influyen en la estancia prolongada de los pacientes en un área hospitalaria. Han sido descritos algunos de ellos, como la demora en los procedimientos diagnósticos, fallas en la preparación de pacientes para cirugía, retraso en el alta o en la remisión a otro nivel de complejidad, y muchos otros.

Precisamente, analizando y describiendo las causas de inadecuación de la estancia, es posible diseñar planes de mejoramiento para el aumento de la productividad y la calidad de las áreas.

Para este trabajo, se utilizará el Protocolo de Adecuación de Estancia Hospitalaria, como herramienta para describir los factores que determinan la estancia prolongada de los pacientes, del Servicio de Medicina Interna del Hospital San José; reconociendo la necesidad del Hospital y en general, del sector salud en nuestro país; como también de implementar herramientas de diagnóstico, autocontrol, y monitoreo de las actividades asistenciales y administrativas.

Además, se pretende que una vez, evaluadas las áreas asistenciales del Hospital, se puedan producir mejoras en el protocolo y puedan ser aplicadas de manera concurrente, involucrando a todos los profesionales y creando una cultura de Gestión Clínica.

### **Problema**

¿Cuál es el perfil de la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar, de manera transversal, la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar el porcentaje de la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017.
- Describir las causas determinantes de la estancia hospitalaria adecuada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017.
- Describir por medio de un análisis bivariado, la relación existente entre el género del médico tratante, especialidad tratante, día de la semana de la estancia y participación de personal en entrenamiento, con la inadecuación de la estancia hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo Abril, Mayo y Junio del 2017.

## MÉTODOS

### Tipo y diseño general del estudio

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es: RETROSPECTIVO.
- Según el periodo y secuencia del estudio es: TRANSVERSAL.
- Según el análisis y alcance de los resultados es: DESCRIPTIVO.

### Universo de estudio:

#### ➤ Población sujeto de estudio

Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José durante el 01 de Abril hasta el 30 de Junio del 2017.

#### ➤ Descripción de la metodología

Se consultarán las bases de datos de las historias clínicas durante los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2017 del Servicio de Estadística del Hospital San José.

#### ➤ Criterios de inclusión y exclusión

##### *Criterios de inclusión*

- Pacientes mujeres y varones sin importancia de edad, hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, con fecha de ingreso a hospitalización del Servicio de

Medicina Interna durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017.

- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, que hayan permanecido hospitalizados por un mínimo de 3 días dentro del Servicio. Durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017.

***Criterios de exclusión***

- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, que hayan permanecido hospitalizados menos de 3 días dentro del Servicio. Durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017
- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, que hayan fallecido durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017.
- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, que hayan pedido retiro voluntario durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017.
- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José, que se hallan fugado de las instalaciones del Hospital durante el periodo del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017.

## **PLAN DE ESTUDIO**

### **Técnicas de recolección de la información**

Se aplicó el instrumento Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), versión Adultos Médico-quirúrgico, validado a español por Restuccia J.D y Lorenzo S. El instrumento se ha validado ampliamente en España, sin embargo, no ha sido suficientemente validado en nuestro país.

El instrumento, tiene como objetivo obtener un sistema de revisión eficiente para determinar si un día de estancia hospitalaria es médicamente necesario. Sin embargo, no considera si los servicios solicitados, son necesarios y por lo tanto no evalúa la pertinencia médica. Constituye un instrumento de tamizaje y no juzga la actuación clínica.

Su aplicación concurrente es ideal, dado que potencia una revisión individualizada de los datos por el médico responsable y/o por el médico Auditor.

### **Fuentes de información**

El instrumento se aplicó, siguiendo una metodología concurrente. La fuente primaria de información, fue la historia clínica de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con una estancia superior a tres días.

### **Plan de análisis de los resultados**

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos de Excel versión 2013, posteriormente fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.

En el análisis univariado, para variables cuantitativas se usó media con desviación estándar y mediana con rango intercuartílico según correspondió. En las variables cualitativas se usó frecuencias y porcentajes. Para determinar diferencia estadística entre las variables se usó la prueba exacta de Fisher o Chi cuadrado según correspondió. Se consideró como significativo un  $p < 0,05$ . Para el análisis de resultados, se realizó la siguiente operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
<b>Género del médico</b>	Tipo de género del médico tratante	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Masculino</li> <li>▪ Femenino</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes
<b>Especialidad Tratante</b>	Especialidad del médico tratante	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicina Interna</li> <li>▪ Medicina Familiar</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes
<b>Participación de personal en entrenamiento</b>	Participación de personal en entrenamiento durante tratamiento	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes
<b>Día de semana</b>	Día del alta médica del paciente	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semana</li> <li>▪ Fin de semana</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes
<b>Edad</b>	Años cumplidos del paciente	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0 – 20 años</li> <li>▪ 21 – 40 años</li> <li>▪ 41 – 60 años</li> <li>▪ 61 – 80 años</li> <li>▪ 81 ó más años</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes Media / mediana
<b>Género del paciente</b>	Tipo de género del paciente en tratamiento	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Femenino</li> <li>▪ Masculino</li> </ul>	Frecuencias y porcentajes

## RESULTADOS

### Análisis univariado

En presente estudio, se analizaron historias clínicas de pacientes provenientes del servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital San José del Callao con una estancia igual o superior a tres días. La recolección de la información, fue realizada durante el lapso de 10 días útiles. La población total de hospitalizados durante el lapso del 01 de Abril al 30 de Junio del 2017 fueron de 108.

Las historias evaluadas – es decir, los pacientes con tres días de estancia o más y que cumplían con los criterios descritos – sumaron un total de 71 pacientes.

**Tabla 2.** La edad media de los pacientes, fue de 54,6 años, siendo el 36.61% de ellos, mayores de 60 años. Según la distribución por sexo, el 76.05% corresponde a pacientes de sexo femenino y el restante 23.95% a pacientes de sexo masculino.

**Tabla 2. Edad en años de los pacientes**

EDAD (En años)	VALOR	PROPORCIÓN
41-60	24	33.81%
61-80	19	26.76%
21-40	16	22.54%
81 o más	7	9.85%
0-20	5	7.04%

**Tabla 3.** Cuando se evalúan las estancias, se encuentra que la media es de 8.9 días, estando la mayor proporción en el rango de 3 a 5 días de estancia en el servicio. Cabe resaltar que la proporción de estancias de 6 - 8 días, es significativamente alta, con un valor de 25.36%.

**Tabla 3. Días de Estancia.**

ESTANCIA (En días)	VALOR	PROPORCIÓN
<b>3- 5 DÍAS</b>	37	52.12%
<b>6-8 DÍAS</b>	18	25.36%
<b>9-11 DÍAS</b>	8	11.27%
<b>15 O MÁS DÍAS</b>	5	7.04%
<b>12-14 DÍAS</b>	3	4.21%

Por otro lado, cuando analizamos las características del personal que realiza la atención de los pacientes, se encontró:

En cuanto al género del médico tratante, el 33.33% fueron de sexo femenino y 66.67% de sexo masculino. Hubo participación en la atención por parte de personal en entrenamiento en un 52.11%.

**Tabla 4.** En la distribución de las especialidades tratantes, encontramos que el 83.33% pertenecen a Medicina interna y el 16.67% a Medicina Familiar.

**Tabla 4. Especialidad del Tratante.**

ESPECIALIDAD	VALOR	PROPORCIÓN
Medicina Interna	5	83.33%
Medicina Familiar	1	16.67%

**Análisis de la adecuación de la estancia:** El análisis de la adecuación de la estancia, se ha abordado teniendo en cuenta, los criterios descritos en la bibliografía publicada.

El porcentaje de estancia evaluada como Adecuada fue del 81.69%.

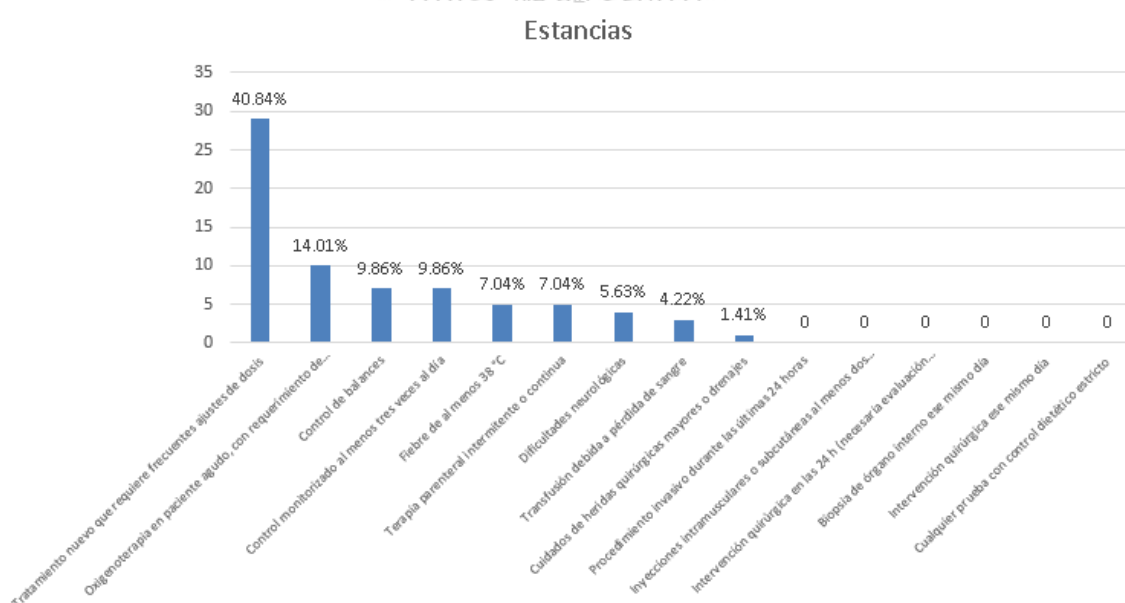
Se encontró para las estancias valoradas, que el criterio más frecuente de adecuación fue “Tratamiento nuevo que requiere frecuentes ajustes de dosis” con un porcentaje de 40.84% de todos los criterios de adecuación.

Los otros criterios de adecuación, en orden de aparición porcentual, se muestran a continuación:

- Oxigenoterapia en paciente agudo, con requerimiento de monitoreo de la saturación de oxígeno, 14.01%;
- Control de balances, 9.86%;
- Control monitorizado al menos tres veces al día, 9.86%;
- Fiebre de al menos 38oC, 7.04%;
- Terapia parenteral intermitente o continua, 7.04%;
- Dificultades neurológicas, 5.63%;
- Transfusión debida a pérdida de sangre, 4.22%;

- Cuidados de heridas quirúrgicas mayores o drenajes, 1.41%.
- Procedimiento invasivo durante las últimas 24 horas, 0%;
- Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos dos veces al día, 0%;
- Intervención quirúrgica en las 24 h (necesaria evaluación pre-anestésica), 0%;
- Biopsia de órgano interno ese mismo día, 0%;
- Intervención quirúrgica ese mismo día, 0%;
- Cualquier prueba con control dietético estricto, 0%;

Figura 1. Distribución de los criterios de adecuación de las estancias hospitalarias.



**Tabla 5.** Análisis de la inadecuación de la estancia: Se describen a continuación los 5 primeros criterios en orden porcentual, encontrados en el análisis de la muestra.

**Tabla 5. Criterios de inadecuación de la estancia hospitalaria.**

<b>Criterio</b>	<b>Valor</b>	<b>Proporción</b>
Pendiente resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas para toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas.	5	38.46%
Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario que puede realizarse como paciente externo.	3	23.07%
Fallo en la hora al iniciar/ ejecutar el alta hospitalaria	2	15.38%
No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro, cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos.	2	15.38%
Alta planeada pero no hay órdenes escritas.	1	7.71%
Paciente citado para prueba diagnóstica o tratamiento (incluyendo cirugía) cuya cita es cancelada, por cualquier razón (caso urgente se antepone a caso electivo, personal crucial del centro está enfermo, etc.).	0	0.00%
Problema de calendario para realizar intervención quirúrgica.	0	0.00%

Durante el análisis de las historias, no hubo inclusión de criterios extraordinarios, porque al no tener el estudio alcance de auditoría, no se solicitó al clínico justificación de la estancia. El porcentaje de estancias valoradas como Inadecuadas fue del 18.31%.

### **Análisis bivariado**

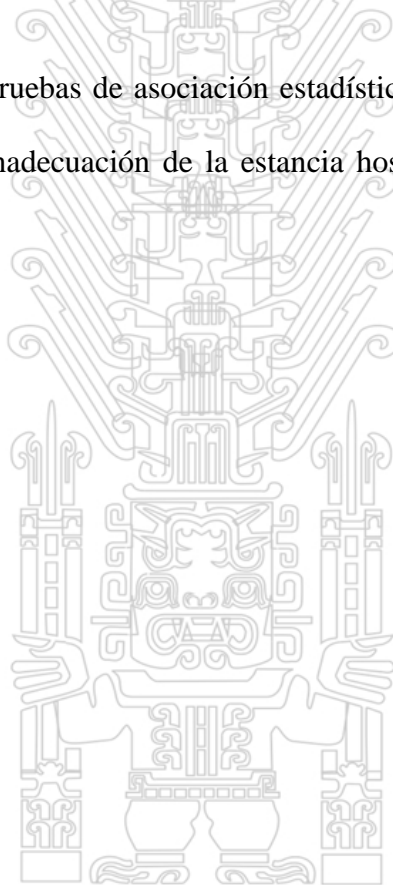
**Variable dependiente:** Inadecuación de la estancia hospitalaria.

**Tabla 6.** Dependencia entre la variable dependiente y las variables independientes

**Tabla 6. Dependencia entre la variable dependiente y las variables independientes.**

VARIABLES INDEPENDIENTES	Valor Chi <sup>2</sup>	Valor de <i>p</i>	OR	IC 95% para el OR	
				Lím inf	Lím sup
Género del médico	0,217	0,29	1,01	0,391	3,526
Especialidad tratante	7,5	0,31	-	----	----
Día de semana	0,028	0,43	1,02	0,247	2,813
Participación personal en entrenamiento	2,08	0,21	0,31	0,111	1,68

Con la aplicación de las pruebas de asociación estadística, no se evidenció relación de dependencia entre la inadecuación de la estancia hospitalaria vs las 4 variables independientes.



## DISCUSIÓN

Mientras que en España y otros países de Europa, se pueden encontrar un centenar de artículos relacionados con la utilización de los servicios, la eficiencia y el perfil de adecuación de los hospitales; en Perú, existen muy pocos estudios relacionados con el tema. Es de vital importancia que comencemos a investigar al respecto, para que los planes que se tracen los hospitales Peruanos, estén basados en evidencia científica, y las unidades de gestión clínica, comiencen a tener insumos para el fortalecimiento económico y el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud de las organizaciones.

Empecemos diciendo, que la estancia promedio encontrada en el Hospital en estudio fue de 8.9 días, cifra que está dentro de los límites encontrados en otros estudios del mundo, en hospitales con características similares. En el Hospital clínico universitario de Valladolid, la estancia media reporta un valor de 9,9 días. **(Pérez Rubio, Santos, Luquero, Tamames, Cantón, & Cartrodeza, 2007).**

En la distribución de las especialidades tratantes, encontramos que la primera es Medicina Interna seguida por Medicina Familiar, con unos porcentajes del 83.33% y 16.67% respectivamente. Estas cifras no representan iguales valores con el resto de estudios en el Mundo, puesto que solo se tomaron como especialidad a los médicos tratantes que realizan tratamiento en el servicio de Medicina Interna. En la revisión hecha por **(Sánchez García, y otros, 2008)**, se observa la clasificación con respecto

a la especialidad tratante: Medicina Interna 45.5%, cirugía general 33.1% y el restante 21.3% a otras especialidades.

El porcentaje de estancias valoradas como Inadecuadas en el Hospital fue del 18.31%, relativamente bajo con respecto a otros hospitales de otros países, por ejemplo, en el Hospital clínico universitario de Valladolid, la tasa de inadecuación global fue del 34,17%. Al analizar los criterios de inadecuación, encontramos que el que presenta mayor prevalencia, es el que argumenta que el paciente tiene pendiente resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas para toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas. En el Hospital de Valladolid presenta mayor prevalencia: cuando el paciente puede recibir diagnóstico o tratamiento como paciente externo (31.2%). **(Pérez R, Santos, Luquero, Tamames, Cantón, & Cartradeza, 2007).**

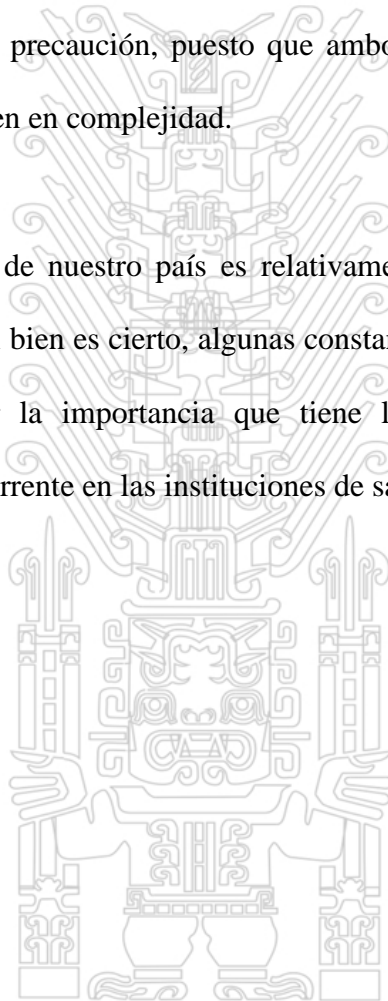
El análisis bivariable de la inadecuación de la estancia, presentado en el trabajo de **(Prat, Bertrán, Santiña, Vilella, Asenjo, & Trilla, 2008)**, ha mostrado significación estadística con la edad ( $p < 0,0001$ ), la inadecuación previa del ingreso ( $p < 0,0001$ ), el alta médica ( $p = 0,001$ ) y la ausencia de procedimientos quirúrgicos ( $p = 0,036$ ). En el actual estudio no se han relacionado estas variables.

En el Perú, **(Contreras C, 2011)**, describen que el porcentaje global de las admisiones inadecuadas encontrado en los servicios de medicina interna del Hospital Dos de Mayo fue de 33,60%, a diferencia de presente estudio, que representa un

18.31%, los resultados se tomarán con precaución, puesto que ambos hospitales aun siendo de Ministerio de Salud, difieren en complejidad.

**Llanos F y col, 2001.** Indicaron resultados respecto a los días de hospitalización inadecuados del 27.38% en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Cayetano Heredia a diferencia de presente estudio, que representa un 18.31%, los resultados se tomarán con precaución, puesto que ambos hospitales aun siendo de Ministerio de Salud, difieren en complejidad.

Para finalizar, la realidad de nuestro país es relativamente diferente a la de otros países de Latinoamérica, si bien es cierto, algunas constantes se repiten, otras no, por lo que debemos destacar la importancia que tiene la implementación de este protocolo de manera concurrente en las instituciones de salud.



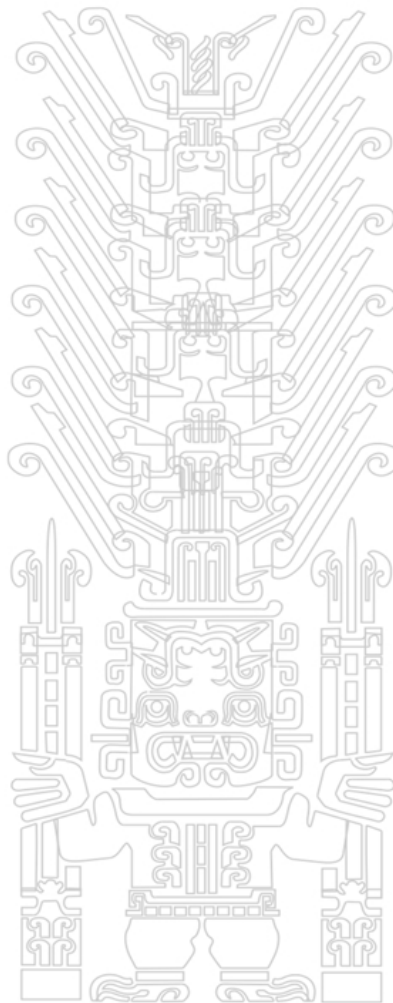
## CONCLUSIONES

Al término de este estudio concluimos lo siguiente:

- La adecuación de la estancia hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San José en el periodo evaluado fue del 81.69%. A su vez el porcentaje de inadecuación llegó a 18.31%. la cual no llega a ser significativa.
- Las causas determinantes de la estancia hospitalaria adecuada fueron el cumplimiento de los siguientes criterios: Tratamiento nuevo que requiere frecuente ajuste de dosis, representando un 40.84%. Seguido por Oxigenoterapia en paciente agudo con requerimiento de monitoreo de la saturación de oxígeno con un 14.01% y Control de balances con 9.86% empatando con el mismo porcentaje el criterio Control monitorizado al menos 3 veces al día.
- La inadecuación de la estancia, no está relacionada con las variables de sexo del médico tratante, día de la semana, especialidad tratante y de la participación de personal en entrenamiento.
- El principal criterio de inadecuación hallado en el estudio, es susceptible de intervención temprana. Al desagregar los criterios de inadecuación en la citada institución, se encuentra que, con la implementación de medidas de administración en salud, es posible impactar favorablemente en los resultados.

## RECOMENDACIONES

- Crear una unidad de gestión clínica dedicada a la constante evaluación del proceso de atención del paciente hospitalizado, podría garantizar un alta oportuna y el mejoramiento de las áreas asistenciales en cuanto a producción y calidad en la atención.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anton P., Peiro S., Aranaz J., et al. (2007). Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61:128–34.
- Antón P., Peiró S., Aranaz J., Calpena R., Compañ A., Leutscher E. (2005). Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas. *Rev. Cir. Esp.* Volume 78, Issue 3, September 2005, Pages 183-191.
- Chopard P., Perneger T., Gaspoz JM., et al. (1998). Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998; 27:520-4.
- Contreras C. (2011). Utilización hospitalaria de las especialidades médicas. *Acta Med Per* 28(2) 2011. 124 - 131.
- Henao O., Jaramillo Z. (2011). Evaluación de la adecuación de la estancia hospitalaria en una clínica privada de Medellín de mediana y alta complejidad. Para Obtener el título de Magister en Administración de Salud. Universidad CES, Facultad de Medicina, Posgrados Salud Pública, Grupo de Investigación Observatorio de Salud Pública, Línea situación de Salud Medellín, 2011.
- Llanos Z.; Contreras R., Carlos E., Sosa Valle., Reyes L., Mayca P., Velásquez H., Huayta Z. (2001). Uso de la hospitalización en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* v.12 n.3 Lima ene./jul. 2001.

- Llanos F., Contreras C., Sosa H. et al. (2001). Uso de la hospitalización en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* 2001; 12: 85-91
- Perea G., Lago O., Quijada G., Garrido A., Muñoz-Calero P. (2000). Evaluación del uso hospitalario según el AEP (protocolo de evaluación de la adecuación) en un servicio de cirugía general. *Cir Esp* 2000;68:47-52.
- Pérez R., Santos S., Luquero F., Tamames S., Cantón B., Cartrodeza J. (2007). Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2007, 30 (1), 29-36.
- Rodríguez-Vera F., Marín F., Sánchez A., et al. (2003). 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.
- San Romam J., Luquero F., De la fuente L., et al. (2009). Evaluación de las estancias inadecuadas en un Servicio de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(2):211-15.
- Smith HE., Pryce A., Carlisle L., Jones JM., Scarpello J., Pantin C. (1997). Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J Royal Coll Physicians Lond* 1997; 31:527-32.
- Vardi A., Mordan B., Blumstein Z., et al. (1996) A controlled intervention in reduction of redundant hospital days. *Int J Epidemiol* 1996; 6:126-32.