

¿Hospitalizaciones inadecuadas?

Señor editor:

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Chiclayo, noviembre de 2011

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

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

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

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

RESPUESTA DEL AUTOR

Señor editor:

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

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

biotecnológica hospitalaria y ausencia de un sistema ordenado y bidireccional de salud.⁵⁻⁷

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vuori HV. The principles of quality assurance. WHO Regional Office for Europe. Euro Report and Studies. 1994.
2. Strumwasser I, Parnipe NV, Ronis DL, et al. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol standardized medreview instrument and intensity-severity-discharge criteria. *Med care* 1990;28:95-111.
3. Peiro S, Meneu R, Rosello M, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-129.
4. Peiro S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994;103:65-71.
5. Suarez F, Oterinode la Fuente, D, Peiro S, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:237-48.
6. Zambrano J, Delgado M, Cruz G, et al. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001;116:652-54.
7. Soria V, Carrillo A, Campillo A, et al. Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. *Am J Med Qual* 2009;24:321-332.
8. Zambrana J, Jiménez-Ojeda B, Marín M et al. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:302-5.
9. Capell S, Comas P, Piella T, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)* 2004;123(7):247-50.
10. Santos Castro P, Jimeno Carrúez A, García Cobo M, et al. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) *Rev Clin Esp* 2006;206:84-9.

Lima, enero de 2012.

Dr. Carlos Walter Contreras Camarena,

Magíster en Gerencia de Servicios Públicos de Salud.

ccontrerashdm@hotmail.com