

UTILIZACIÓN HOSPITALARIA INADECUADA EN SERVICIOS CLÍNICOS

Una experiencia con el AEP en un Hospital Universitario de la República Argentina

Autores: Jorge Rios, Pedro Fazzari, Inés Lugano

Introducción:

Es por todos conocido en estos últimos años el aumento de la demanda asistencial, debido a múltiples factores como la mayor esperanza de vida o el aumento de las enfermedades crónicas, entre otros. Esta presión se transmite fundamentalmente a la Atención Especializada. También es sabido que parte de los servicios hospitalarios son utilizados en forma inadecuada, bien porque los pacientes reciben servicios que no le proporcionan beneficios significativos, o porque los cuidados podrían ser proporcionados con menores costos y/o en niveles institucionales diferentes^{1 2}. Conocer la magnitud del uso inadecuado de la hospitalización, es el primer paso para obtener la reducción y determinar el costo de oportunidad que ello representa. Esta utilización inadecuada de la hospitalización tiene previsiblemente una importante repercusión sobre los costos y también sobre la calidad de la asistencia, ya que la prolongación de la estancia hospitalaria representa una innecesaria exposición a los efectos adversos de la asistencia hospitalaria. La identificación de las hospitalizaciones inadecuadas constituye una estrategia de interés para mejorar de forma coincidente la calidad de la atención prestada y la eficiencia hospitalaria, sin afectar la accesibilidad de los mismos. El método más conocido y utilizado es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP, Protocolo de evaluación del uso inapropiado), desarrollado por Gertman y Restuccia³ y extensamente usado en Estados Unidos de América^{4 5} y otros países^{6 7 8 9}, incluido España^{10 11}, con validez comprobada¹².

Objetivo:

Es el objetivo de este trabajo determinar la proporción de inadecuación de los ingresos y de los días estancia utilizando los criterios del AEP en pacientes egresados de servicios clínicos en el período comprendido del 1º de junio al 31 de agosto del año 2002.

Método: Es un estudio observacional y descriptivo con recolección de datos en forma retrospectiva. La fuente datos fue la revisión de historias clínicas de los pacientes aplicando el AEP de Gertmann y Restuccia en 1981 y traducido al español. La unidad de análisis es el día de admisión y cada una de las estancias sucesivas, excepto el día de alta que este método no evalúa. Se utilizaron en la revisión todos los documentos contenidos en la historia clínica (ingreso, evolución diaria, indicaciones médicas, hojas de enfermería, informes de interconsultas, resultados de laboratorio y diagnóstico por imágenes e informes de alta o epicrisis). La revisión se realizó en dos frases, en la primera intervinieron cuatro médicos con experiencia en revisión de historia clínicas y entrenamiento previo en el uso de AEP y en la segunda un conjunto de dos revisores clínico-epidemiológicos. **Lugar de estudio:** Hospital Universitario de 450 camas de la Ciudad de Buenos Aires. **Población y muestra:** El total de egresos de los servicios médicos del período fue de 2.458 pacientes de los servicios de Clínica Médica, Cirugía Gastroenterológica, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculuar, Ginecología, Neurocirugía, Urgencias, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología y Urología. Se seleccionaron aleatoriamente 614 historias clínicas, se excluyeron 114 por datos incompletos o ausentes, quedando una muestra de 500.

Las variables del estudio: género, edad, n° de historia clínica, residencia, cobertura médica, fecha de ingreso, fecha de cirugía, fecha de alta, días de estada, servicio de internación, servicio que interna, motivo de ingreso, diagnóstico principal y secundario, procedimientos quirúrgicos.

El programa estadístico utilizado fue el EPIINFO 6.04 y se determinó un intervalo de confianza al 95%.

Análisis de las variables.

En la Tabla I se muestra la población estudiada según el género, correspondiendo el 63 % de los egresos al sexo femenino y el 37 % al masculino.

Género	Egresos	%
Femenino	313	63
Masculino	187	37
Total	500	100

Tabla I - Distribución de la población según género

En la Tabla II se muestra la distribución según edad, siendo el grupo más frecuente de egresos el comprendido entre los 61-80 años, 36% de la muestra. Esto se debe a que el Hospital tiene un convenio capitado con el INSSJP (jubilados y pensionados), lo que significa que esta población es demandante de los servicios hospitalarios en su mayoría.

Edad	Nº	%
0-20	12	2
21-40	98	20
41-60	107	21
61-80	179	36
81-+	104	21

Tabla II - Distribución de la población estudiada según edad

En la tabla III se observa la distribución según la cobertura del financiamiento de la atención. El elevado porcentaje de pacientes, 45% del INSSJP, se basa en el modelo de convenio citado anteriormente¹.

Financiador	Cantidad de pacientes	%
INSSJP ²	225	45
Particulares	75	15
Otras obras sociales ³	69	14
Servicio Social ⁴	46	9
Dosuba ⁵	32	7
Ioma ⁶	27	5
Osecac ⁷	26	5
Total	500	100

Tabla III - Distribución de la población estudiada según financiador

Según se observa en la Tabla IV, de los ingresos estudiados, en el período considerado, el 37.2% (186 admisiones) ingresaron a través del servicio de Urgencias, mientras que el 62.8 % restante (314 ingresos) fueron realizadas por los consultorios externos de los distintos servicios.

Servicio	Ingresos estudiados	%
División Urgencias	186	37.2
Consult. Ext. ORL	61	12.2
Consult. Ext. Ginecología	53	10.6
Consult. Ext. Clínica Médica	38	7.6
Consult. Ext. Ortop. Y Traumatología	34	6.8
Consult. Ext. Cir. Gastroenterología	31	6.2
Consult. Ext. Oftalmología	28	5.6
Consult. Ext. Urología	26	5.2
Consult. Ext. Neurocirugía	14	2.8
Consult. Ext. Cirugía Vasculat	10	2.0
Consult. Ext. Cirugía Plástica	8	1.6
Consult. Ext. Cirugía Oncológica	6	1.2
Consult. Ext. Oncología	4	0.8
Consult. Ext. Patología Mamaria	1	0.2
Total	500	100

Tabla IV -Ingresos estudiados según servicios

Respecto de las estancias de los pacientes, la distribución de frecuencias según los servicios está resumida en la Tabla V. Allí se observa que el mayor porcentaje de egresos corresponde al servicio de

¹ El hospital responde como efector de la Red de Hospitales Universitarios a una población de 55.000 personas incluidas en el convenio de pago per capita.

² INSSJyP: Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

³ Se incluye Obras Sociales y terceros pagadores, mutuales, prepagos, etc.

⁴ Se incluye a aquellos pacientes que son atendidos de forma gratuita

⁵ DOSUBA Dirección de Obra Social de la Universidad de Buenos Aires

⁶ IOMA: Instituto de Obra Social Médico Asistencial (Provincia de Buenos Aires)

⁷ OSECAC: Obra Social de Empleados de Comercio

Clínica Médica (29.8 %) siguiendo otros cuatro servicios (Otorrinolaringología, Ginecología, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Gastroenterológica) con porcentajes similares entre ellos (entre 10.6% y el 13.4%).

Servicio	Estancias estudiadas	%
Clínica Médica	149	29.8
Otorrinolaringología	67	13.4
Ginecología	62	12.4
Ortopedia y Traumatología	53	10.6
Cirugía Gastroenterológica	53	10.6
Urología	36	7.2
Oftalmología	31	6.2
Neurocirugía	16	3.2
Cirugía Vasculat	16	3.2
Cirugía Plástica	9	1.8
Cirugía Oncológica	7	1.4
Cirugía Torácica	1	0.2
Total	500	100

Tabla V - Estancias estudiadas según servicios

Resultados:

Se obtuvo una inadecuación de las admisiones del 29% (IC 95%: 25,06-33,10) y en las estancias del 36% (IC 95%: 31,79-40,38) que observamos en la Tabla VI.

Admisión	Apropiada		Inapropiada		I de C 95%
	n	%	n	%	
	355	71	145	29	25.06-33.10

Permanencia	Apropiada		Inapropiada		I de C 95%
	n	%	n	%	
	320	64	180	36	31.79-40.38

Tabla VI -Porcentaje de ingresos y estancias, apropiadas e inapropiadas en la muestra estudiada

En la Tabla VII se muestran los porcentajes de inadecuación de admisiones según los servicios. Si se toman los 6 primeros servicios de mayor frecuencia de egresos estudiados, se observa que el servicio que tiene más admisiones inapropiadas es el de Urología; mientras que el servicio de más permanencias inapropiadas es el de Clínica Médica (Tabla VIII).

Servicio	Egresos Estudiados	Ingresos Inapropiados	%	I de C 95%
División Urgencias	186	15	8.06	4.58-12.95
Cons. Ext. ORL	61	24	39.34	27.07-52.68
Cons. Ext. Ginecología	53	26	49.05	35.06-63.16
Cons. Ext. Clínica Médica	38	6	15.78	6.02-31.25
C.E.Ortopedia y Traumat.	34	11	32.35	17.39-50.53
C.E.Cir.Gastroenterológica	31	17	54.83	36.03-72.68
Cons. Ext. Oftalmología	28	10	35.71	18.64-55.93
Cons. Ext. Urología	26	16	61.53	40.57-79.77
Cons. Ext. Neurocirugía	14	8	57.14	28.86-82.34
C. E. Cirugía Vasculat	10	3	30.00	6.67-65.24
Cons. Ext. Cirugía Plástica	8	2	25.00	3.18-65.08
C.E. Cirugía Oncológica	6	4	66.66	22.27-95.67
Cons. Ext. Oncología	4	2	50.00	6.76-93.24
C.E. Patología Mamaria	1	1	100.00	2.50-100.00

Tabla VII - Ingresos inapropiados y porcentaje por servicios

Servicio	Egresos Estudiados	Estancias Inapropiadas	%	I de C 95%
Clínica Médica	149	72	48.32	40.07-56.64
ORL	67	13	19.40	10.75-30.90
Ginecología	62	19	30.64	19.56-43.65
Ortopedia y Traumatología	53	23	43.39	29.84-57.72
Cirugía Gastroenterológica	53	21	39.62	26.45-54.00
Urología	36	9	25.00	12.12-42.20
Oftalmología	31	8	25.00	11.85-44.61
Neurocirugía	16	6	37.50	15.20-64.60
Cirugía vascular	16	4	25.00	7.27-52.38
Cirugía Plástica	9	3	33.33	7.49-70.08
Cirugía Oncológica	7	2	28.77	3.67-70.96
Cirugía Torácica	1	0	0.00	-----

Tabla VIII - Estancias inapropiadas y porcentaje por servicios

En relación a admisiones inapropiadas y cobertura de salud, se evidencia que la Obra Social DOSUBA presenta el porcentaje más alto (44.00%). Continúan en frecuencia las admisiones correspondientes a pacientes particulares (40.00%), el grupo correspondiente a Otras Obras Sociales y Financiadoras (36.00%), Osecac (34.00%) y pacientes de Servicio Social o sea indigentes (34.00%). Tabla IX.

Cobertura Médica	Cantidad de egresos	Ingresos Inapropiadas	%	I de C 95%
Pami	225	42	18	13.80-24.39
Particulares	75	30	40	28.85-51.97
Otras O. S.	69	25	36	25.00-48.70
Servicio Social	46	16	34	21.35-50.24
Dosuba	32	14	44	26.36-62.34
Ioma	27	9	33	16.52-53.96
Osecac	26	9	34	17.21-55.67

Tabla IX -Porcentajes de Ingresos inapropiados según cobertura

Con respecto a las permanencias inadecuadas, el grupo de pacientes hospitalizados con cobertura del INSSJP (Pami) es el que representa el mayor porcentaje de permanencias inapropiadas del hospital (42, 22%). Le siguen en frecuencia Dosuba (37.50 %), Ioma (37.03%) y Otras Obras Sociales y Financiadoras (36.23 %). Tabla X.

Cobertura Médica	Nº de egresos	Estancias Inapropiadas	%	I de C 95%
Pami	225	95	42	35.69-40.98
Particulares	75	22	29	19.38-40.98
Otras O. S.	69	25	36	24.00-48.70
Servicio Social	46	12	26	14.26-41.13
Dosuba	32	12	37	21.10-56.30
Ioma	27	10	37	19.40-57.63
Osecac	26	4	15	4.35-34.87

Tabla X - Porcentajes de Estancias Inapropiadas según cobertura

Inadecuación de los Ingresos y Estancias según los criterios del AEP

Los criterios 8, 1 y 2 fueron los de mayor frecuencia en ingresos inapropiados, los que estuvieron representados en todas las coberturas de salud.

Estos criterios evaluados en las admisiones, corresponden a la “admisión prematura, un día o más previos a la realización de la práctica clínica o quirúrgica “(criterio 8), “las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas ambulatorias” (criterio 1), “el paciente ha sido ingresado para realizar pruebas diagnósticas y/o el tratamiento que pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente vive muy lejos como para efectuarse en forma rápida” (criterio 2).

Criterio AEP N°	Frecuencia Observada	%	I de C 95%
8	66	45	37.23-53.99
1	43	30	22.37-37.80
2	22	15	9.75-22.07
19	10	7	3.35-12.31
10	2	1	0.17-4.90
3	1	1	0.00-3.79
4	1	1	0.00-3.79
Total	145	100	

Tabla XI - Ingresos inapropiados y su distribución según criterios del AEP

En la Tabla XII se observa que el mayor porcentaje de admisiones inapropiadas está representado por el INSSJP con un 28,96 % del total, manteniéndose como más frecuentes los criterios de inadecuación de la admisión Nos. 1, 8 y 2.

Cobertura	Criterios de ingreso inapropiado									
	1	2	3	4	8	10	19	Total	%	I de C 95%
INSSJ y P	14	10	1	1	13	1	2	42	28.96	21.73-37.07
Particulares	4	5	-	-	20	-	1	30	20.68	14.41-28.20
Otras O. S.	7	2	-	-	12	1	3	25	17.24	11.48-24.40
Servicio social	7	1	-	-	7	-	1	16	11.03	6.44-17.30
Dosuba	5	2	-	-	6	-	1	14	9.65	5.38-15.67
Ioma	1	2	-	-	5	-	1	9	6.20	2.88-11.45
Osecac	5	-	-	-	3	-	1	9	6.20	2.88-11.45
Total	43	22	1	1	66	2	10	145	100.00	

Tabla XII -Distribución de criterios del AEP según Cobertura

Del mismo modo se analizaron los criterios más frecuentes de estancias inapropiadas. Según se observa en la tabla N° XIII los criterios más frecuentemente observados son: en primer lugar está el N° 32 vinculado a que “no se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización.”

Le siguen en frecuencia los criterios N° 25 y 34 relacionados a “permanecer internado pendiente de resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas “ y “cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario que pueda realizarse como paciente externo”, respectivamente.

Criterio N°	Frecuencia Observada	%	I de C 95%
32	54	30	23.41-37.26
25	45	25	18.85-31.98
34	25	13.88	9.20-19.82
20	8	4.44	1.93-8.57
22	8	4.44	1.93-8.57
23	8	4.44	1.93-8.57
31	7	3.88	1.58-7.84
29	6	3.33	1.23-7.11
39	6	3.33	1.23-7.11
30	3	1.66	0.34-4.80
52	2	1.11	0.13-3.95
35	2	1.11	0.13-2.95
33	2	1.11	0.13-2.95
21	1	1.11	0.00-3.06
26	1	1.11	0.00-3.06
50	1	1.11	0.00-3.06
53	1	1.11	0.00-3.06
Total	180	100	

Tabla XIII Estancias inapropiadas y su distribución según los Criterios del AEP

Discusión

El protocolo AEP es una herramienta muy importante de la gestión hospitalaria que permite determinar la adecuación de los ingresos y estancias de los pacientes hospitalizados, mediante la aplicación de criterios objetivos de sencilla evaluación. Este instrumento bien aplicado, puede ser esencial para la correcta utilización de los recursos. Este concepto es fundamental ya que la utilización inapropiada de los recursos hospitalarios, es una ineficiencia que consume los presupuestos institucionales.

En este estudio desarrollado en un hospital universitario, se realizó en carácter de diagnóstico de situación. La metodología empleada para la valoración de la inadecuación de ingresos y estancias, se basó en un muestreo planificado para incidencias globales. La discriminación por servicios, si bien es una descripción, no debería ser tomada como definitiva. Debería hacerse un trabajo específico por servicio.

Mediante este estudio, se ha concluido que un porcentaje significativo de los ingresos y de las permanencias de los pacientes internados, no están justificados, para una institución de estas características.

Respecto a la adecuación de los ingresos, la cifra obtenida fue de 71%. Mientras que la adecuación de las estancias fue del 64 %. A grandes rasgos se puede afirmar que aproximadamente el tercio de la totalidad del uso hospitalario en esta institución, es inapropiado. Estas cifras son menores que las de otros estudios mencionados en la bibliografía mundial, en los que se consideran cifras estándares de adecuación del ingreso de alrededor del 90-95% y de adecuación de permanencias de alrededor del 80-85%^{13 14}.

Se señalaron causas médicas y administrativas identificables, como motivo del uso inadecuado de los recursos en la internación de pacientes agudos.

Se observó que la inadecuación en los ingresos es mayor cuando el paciente es ingresado por los consultorios externos del Hospital, en contraposición a lo que se observa cuando ingresa por la División Urgencias donde es significativamente menor¹⁵.

La inadecuación se debe principalmente a ingresos de pacientes admitidos prematuramente, como por ejemplo un día o más previos a la realización de una práctica quirúrgica. En segunda instancia por ingreso de pacientes cuya patología puede ser atendida en consultas externas o en forma ambulatoria

El patrón más frecuente de inadecuación de las estancias se describe como que no se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente una vez conseguido el propósito de la hospitalización. Le siguen en frecuencia el hecho de la permanencia del paciente en internación por estar pendiente de resultados diagnósticos o interconsultas para la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas, o bien cualquier procedimiento diagnóstico o de tratamiento que pueda realizarse como paciente externo. El Servicio de Clínica Médica es el que presenta el mayor porcentaje de inadecuación.

Finalmente debemos puntualizar que analizando las causas de inadecuación, se pueden extraer propuestas de mejoras y medidas correctoras, con el objetivo de aumentar la eficiencia en la utilización hospitalaria. Estas se refieren a aspectos organizativos como la agilización de los circuitos de pruebas diagnósticas, una mayor coordinación entre los servicios y a un manejo médico y profesional de los paciente más eficiente.

Otras soluciones serían el incremento de camas destinadas a pacientes crónicos o de patologías no agudas, en niveles asistenciales de menor complejidad como ser atención domiciliaria de pacientes ancianos, oncológicos, de cuidados terminales, etc.

También es importante corregir la actitud del equipo médico, tendiendo a motivar a todos los profesionales para conseguir una utilización eficiente de los recursos hospitalarios, imprescindibles si se quiere alcanzar la calidad asistencial deseada.

Con la finalidad de racionalizar los recursos disponibles, se propone además, desarrollar el estudio profundo de las causas que en cada servicio del Hospital, motivan las estancias y admisiones inadecuadas y las variables de ajuste necesarias para la aplicación sistematizada del protocolo AEP.

Además la retroinformación a los clínicos y gestores sobre uso inapropiado tendrá un efecto reductor sobre el mismo. Es deseable que en otros hospitales universitarios se proponga el uso de estándares a lograr dentro de los objetivos de la gestión hospitalaria, tanto en adecuación del ingreso como de la estancia.

Bibliografía

- ¹ Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev Calidad Asistencial 1997; 12:140-46.
- ² Peiró S, Portella E. ¿Qué mide la estancia media de los grupos relacionados de diagnóstico? Med Clin (Barc) 1994; 103:413-18.
- ³ Gertmann PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days hospital care. Med Care 1981; 19:855-71.
- ⁴ Payne SMC Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Ser Res 1987; 22:709-69.
- ⁵ Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. Int J Qual Health Care 1995; 7:233-38.
- ⁶ Lang T, Davido A, Logerot H, Meyers L. Appropriateness of hospital admissions: the French experience. Int J Qual Health Care 1995; 7:253-8.
- ⁷ Santos-Eggiman B, Paccaud F, Blanc T. Medical Appropriateness of hospital utilization: an overview of the Swiss experience. J Qual Health Care 1995; 7:227-32.
- ⁸ Fellin G, Aplone G, Tampieri A, Bevilacqua L, Meregalli G, Minella C et al. Appropriateness of Hospital Use: an overview of italian studies. J Qual Health Care 1995; 7:219-25.
- ⁹ Bentes M, Gonsalves ML, Santos M, Pina E. Design and development of a utilization review program in Portugal. J Qual Health Care 1995; 7:201-12.
- ¹⁰ Lorenzo S, Suñol R. An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use. J Qual Health Care 1995; 7:213-8.
- ¹¹ Meneu de Guillermina R, Peiró S. La revisión del uso inapropiado de hospitalización en España: ¿De la comunicación científica a la utilización práctica? Todo Hosp 1997; 134:63-60.
- ¹² Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C y col. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la utilización. Med Clin (Barc) 1996; 107:124-9.
- ¹³ Cuende Melero N, Galillea MJ y col. Gestión de la utilización hospitalaria en los servicios médicos del hospital "La Paz" en 1995, mediante AEP. Rev de Administración Sanitaria 2000; pag. 101-113.
- ¹⁴ Peiró S, Portella E. Identificación del uso de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc) 1994; 103:65-71.
- ¹⁵ González Montalvo J, Baztan J, Rodríguez-Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin (Barc) 1994; 103:441-4.
