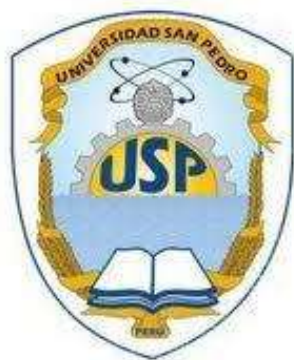


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Factores Predisponentes y Adecuación de Ingreso
Hospitalario. Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz,
Lima 2017**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la
Salud con mención en Gestión de los Servicios de Salud

Autor: Borda Herrera, Carmen Rosa

Asesor: Mg. Bazalar Ganoza, Beatriz Rosario

CHIMBOTE – PERÚ

2019

ACTA

DEFENSA DE TESIS DE MAESTRIA

En la ciudad de Huacho-Perú; siendo las 12:00 M. horas, del día 09 de Junio del 2019 en cumplimiento a la Resolución de la Escuela de Postgrado N° 0705-2019-USP-/EPG/D se presentó ante el Tribunal compuesto por el (la):

Dr. Mnauel Guzman Palomino Marquez (Presidente), Dr. Errol Alberto Camacho Alva (Secretario) y Mg. Hector Gregorio Hilario Coronel (Vocal); Mg. Raquel Rosa Fuertes Meza(Accesitaria)
la Tesis titulada:

*Factores predisponentes y adecuación de ingreso, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz,
Lima 2017*

Cuyo autor es el Bachiller: **BORDA HERRERA Carmen Rosa**

Para obtener el Grado de **Maestro en Ciencias de la Salud con Mención en Gestión de los Servicios de Salud** de la Universidad San Pedro.

Considerando : _____

El Tribunal acuerda:

Desaprobar () la sustentación de tesis del Bachiller.

Aprobar (X) por unanimidad la tesis presentada y recomendar se les asigne el

Grado de Maestro en Ciencias de la Salud con Mención en Gestión de los Servicios de Salud al Bachiller:

BORDA HERRERA CARMEN ROSA

Se anexan recomendaciones: SI _____ NO X

Dr. Manuel Guzman Palomino Marquez
PRESIDENTE

Dr. Errol Alberto Camacho Alva
SECRETARIO

Mg. Héctor Gregorio Hilario Coronel
VOCAL

Mg. Raquel Rosa Fuertes Meza
ACCESITARIA

RECOMENDACIONES:

Handwritten recommendations on a set of horizontal lines. The lines are mostly empty, with a single blue scribble at the top left.

Huacho 09 de Junio del 2019.



Dr. Manuel Guzman Palomino Marquez
PRESIDENTE



Dr. Errol Alberto Camacho Alva
SECRETARIO



Mg. Hector Gregorio Hilario Coronel
VOCAL

Mg. Raquel Rosa Fuetes Meza
ACCESITARIA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, mi esposo Jaime y mis hijas Gabriela y Paula por su comprensión y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Al personal del Departamento de Cirugía General de Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz por brindarme las facilidades para recolección de datos.

A los docentes de la Universidad San Pedro que con sus enseñanzas y recomendaciones hicieron posible concluir con mi trabajo de investigación.

DERECHOS DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes la autorización del autor.

La Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

La autora

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Carátula	i
Acta de defensa de tesis de maestría	ii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Derechos de autoría y declaración de autenticidad	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Palabras clave	x
Resumen	xi
Abstract	xii
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	3
1.1. Antecedentes	3
1.2 Fundamentación científica	10
1.2.1 .Factores predisponentes de adecuación hospitalaria	10
1.2.2 Adecuación de ingreso hospitalario	15
2 Justificación de la investigación	22
3 Problema de Investigación	23
3.1 Problema general	23
3.2 Problemas específicos	23
4 Conceptualización y Operacionalización de las variables	24
4.1 Factores predisponentes de inadecuación hospitalaria	24
4.2 Adecuación de Ingreso hospitalario	24
5 Hipótesis	25
5.1 Hipótesis general	25
5.2 Hipótesis específicas	25
6 Objetivos	25
6.1 Objetivos general	25
6.2 Objetivos específicos	26
METODOLOGÍA	27

1	Tipo y Diseño de investigación	27
2	Población y Muestra	27
3	Técnicas e instrumentos de investigación	27
4	Procesamiento y análisis de la información	29
	RESULTADOS	30
	ANALISIS Y DISCUSION	37
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
1	Conclusiones	42
2	Recomendaciones	43
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
	APENDICES Y ANEXOS	48
	Anexo N° 01 Matriz de consistencia	48
	Anexo N° 02 Ficha de recolección de datos	50
	Anexo N° 03 Protocolo de evaluación de adecuación	51
	Anexo N° 04 Base de datos	53
	Anexo N° 05 Causas de ingreso inadecuado	56
	Anexo N° 05 Propuesta de intervención científica	57

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Factores predisponentes y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017	30
Tabla 2 Adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General, agosto 2017.	31
Tabla 3 Procedencia de ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017	32
Tabla 4 Turno en que se produjo ingreso y adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017.	33
Tabla 5 Día en que se produce el ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017	34
Tabla 6 Años de servicio del responsable del ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017	35

Palabras Clave

Tema	Factores predisponentes, adecuación de ingreso hospitalario
Especialidad	Salud
Línea de investigación	Desarrollo de modelos de gestión en la atención de Salud
Área	Ciencias médicas y salud
Sub área	Ciencias de la salud
Disciplina	Políticas de salud y servicios

Keywords

Theme	Predisposing factors, adequacy of hospital admission
Speciality	Health
Line of research	Development of management models in Health care
Área	Medical sciences and health
Sub área	Health sciences
Field	Health policies and services

RESUMEN

El propósito fue proponer una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria y contribuir a disminuir las hospitalizaciones inadecuadas, tuvo como objetivo establecer la relación entre los factores predisponentes y la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017. Metodología, estudio descriptivo, correlacional, transversal, retrospectivo, se revisó 100 historias clínicas correspondiendo al total de las hospitalizaciones en el Servicio de Cirugía General, agosto del 2017. Se utilizó como instrumentos una ficha de recolección de datos y el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP), los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de proporciones y contrastación de hipótesis se utilizó la prueba de chi cuadrado. Resultados, se determinó que, existe inadecuación de ingreso hospitalario del 15%; la procedencia del ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso, con dependencia moderada; no existe relación de las variables turno en que se produjo el ingreso y día en que se produjo el ingreso con la adecuación de ingreso; los años de servicio del responsable del ingreso hospitalario influyen en la adecuación de ingreso, con dependencia leve. Conclusiones, se estableció que, sí existen factores predisponentes como la procedencia de ingreso y años de servicio del responsable del ingreso que influyen en la adecuación del ingreso hospitalario.

ABSTRACT

The purpose was to propose an essential measure in search of hospital efficiency and contribute to diminish inadequate hospital admissions and exposition of patients to hospital acquired infections, the objective is to establish the existing relation between predisposing factors and the adequacy of hospital admission in the General Surgery Service of the National Hospital PNP Luis N. Sáenz, Lima, August 2017. Methodology, descriptive, correlational, retrospective study, 100 medical records were reviewed corresponding to all hospital admissions to the General Surgery Service during August 2017. A data collection card and the Adaptation Assessment Protocol (AEP) were used as instruments, results were expressed in absolute and relative frequencies distribution. For comparison of proportions and to test the hypothesis, the Chi-square test was used. Results, inadequacy of 15% of hospital admission was found, the origin of hospital admission influences the adequacy of admission, this dependence is moderate; there is no relationship between the variable adequacy of hospital admission and the shift in which the admission occurred, there is no relationship between the variable adequacy of hospital admission and the day on which hospital admission occurred; the years of service of the person responsible for hospital admission influence the adequacy of admission, this dependence is low. Conclusions, it was established that there are predisposing factors such as the origin of admission and years of service of the person responsible for admission, which influence the adequacy of hospital admission.

INTRODUCCION

Es importante determinar que, los ingresos hospitalarios sean verdaderamente justificados. Los ingresos hospitalarios inadecuados tienen importantes consecuencias sobre su organización y eficiencia, porque pueden interferir en el normal funcionamiento de los distintos servicios hospitalarios, con frecuencia implican la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos no exentos de riesgo para los pacientes, y además generan un notable incremento del gasto sanitario. (Villa, Andreu, Delgado, Polo, Fernández y García 2013).

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas), la misma que no está exenta de riesgos pues expone al paciente a infecciones nosocomiales. Adicionalmente, el ingreso inadecuado, implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la eficiencia del sector salud. El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización. Entre los instrumentos desarrollados para medir el uso inapropiado de la hospitalización, el más conocido y utilizado es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), que utiliza un conjunto de criterios explícitos y objetivos que permiten juzgar la necesidad clínica del ingreso hospitalario a partir de la revisión de historias clínicas. (Contreras 2011).

El sistema de salud de las fuerzas policiales presenta una situación sui generis a pesar de tener una población cautiva. En la actualidad esta población cautiva está conformada por el/la policía, cónyuge, hijos menores de edad y/o hijos estudiantes hasta los 25 años y los padres del titular sin otro tipo de seguro subvencionado por el Estado. Esta población goza de atención médico quirúrgica y medicamentos e insumos médicos en forma gratuita lo que implica destinar un amplio presupuesto para cubrir las necesidades de salud de la gran

familia policial. Cuenta en Lima con tres hospitales con infraestructura que no ha sido ampliada a pesar del aumento de la población policial y la ampliación de la cobertura de atención a los padres. No existe en la actualidad un filtro de atención que pueda seleccionar el nivel de atención que le corresponda, ni aun por la zona de residencia.

El Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz es un hospital de nivel III-1, ubicado en el distrito de Jesús María que por su nivel debería atender a pacientes con referencia de establecimientos de salud de niveles inferiores. El hospital PNP Augusto B. Leguía que es un establecimiento inicialmente de nivel II-1, ha disminuido su capacidad resolutive en varias especialidades médico quirúrgicas entre ellas Cirugía General ya que no cuentan con atención las 24 horas, motivo por el cual muchas de las emergencias que podrían resolverse en este nivel deben ser transferirlas al Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Sumado a esto, un gran número de pacientes, conocedores de esta problemática y que requieren atención quirúrgica, prefieren ir directamente al Hospital Nacional ocasionando congestión tanto en consulta externa como en emergencia. El Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz tiene un promedio mensual de 128 egresos y 45 camas hospitalarias., siendo insuficiente para la gran demanda de atención, lo que crea un retraso en las programaciones quirúrgicas.

Se tiene la percepción que muchos ingresos hospitalarios en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz son inadecuados por la situación descrita y que puede ser influenciada por varios factores entre ellas los años de servicio del médico que indicó el ingreso, el día en que se produjo el ingreso, el turno en que se produjo el ingreso y procedencia del ingreso hospitalario. Los resultados encontrados serán utilizados para proponer alternativas de cambio en el servicio, serán presentados a la jefatura y socializados con todo el personal que labora en el servicio de cirugía general

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1. Antecedentes

Gonzales (2015), realizó una investigación titulada: *Gestión de camas hospitalarias en el servicio de obstetricia de alto riesgo Hospital Nacional Guillermo Almenara*, cuyo objetivo fue evaluar la eficiencia de la gestión de camas hospitalarias en el servicio del Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, para el periodo 2014. Metodología, estudio cuantitativo, observacional, corte transversal y descriptivo, con recojo de información retrospectiva, con una muestra aleatoria simple de 239 hospitalizaciones de 4829 egresos en el año 2014. Aplicaron el Protocolo de Evaluación de la Adecuación Versión Obstétrica (AEPO) Se recolectaron variables como edad, edad gestacional, , control prenatal, cesáreo anterior, procedencia, hora y día de ingreso y antigüedad del responsable de la admisión. Resultados, el porcentaje de ocupación de camas fue 93%, el promedio de estancia 4,22; el índice de rotación de 8,5 y el intervalo de sustitución de 0,3. El 35% de las hospitalizaciones realizadas fueron inadecuadas y la causa mayor (57%) fue la admisión de pacientes en un nivel de atención que no les correspondía. No se hallaron diferencias significativas entre las variables estudiadas. Conclusión, la gestión de camas en el servicio de obstetricia de alto riesgo Hospital Nacional Guillermo Almenara, no fue eficiente.

Hernández, Guillén y Carballo (2015), realizaron un estudio titulado: *Adecuación de Ingresos Hospitalarios en un Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario de la Comunidad de Madrid*, cuyo objetivo fue conocer la proporción de ingresos inadecuados y adecuados en los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal. Metodología, estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con un tamaño muestral de 370, siendo el instrumento el Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP). Resultados, de los 370 IH, 352 cumplieron únicamente criterios AEP de adecuados (95.1%; IC95% 92.4 a 96.9)

mientras que 18 solo cumplieron criterios AEP de inadecuados (4,8%; IC95% 3.1 a 7.5). Conclusión, los IH libres de criterios de adecuación pueden considerarse ciertamente inadecuados y tributarios de análisis, la proporción de IH inadecuados es la mitad del límite inferior del intervalo teórico, siendo un índice favorable de calidad asistencial.

Mannocci, Specchia, Poppa, Boccia, Cavallo, De Caro, et al. (2015), en su trabajo de investigación realizado en Italia, titulado: *Un estudio multicéntrico sobre la adecuación de la hospitalización en las salas obstétricas: la aplicación del Protocolo de Evaluación de Apropiación Obstétrica (AEP obstétrica)*, cuyo objetivo fue determinar las hospitalizaciones inadecuadas y los días de estancia en siete hospitales. Metodología, estudio descriptivo, transversal con una revisión de 2196 registros clínicos y se empleó como instrumento el Protocolo de Evaluación de la Adecuación Versión Obstétrica (OAEP). Resultados, el porcentaje medio de inadecuación para la hospitalización fue del 22%. El porcentaje de inadecuación para los primeros 10 días de hospitalización alcanzó su punto máximo (42%). El modelo de regresión logística en la admisión inadecuada informó que la admisión de emergencia es un factor de protección (OR = 0,4) y hospitalizada en salas con un factor de riesgo de ≥ 30 camas (OR = 5,12). El segundo modelo lineal sobre "porcentaje de inadecuación" mostró que la admisión inadecuada y las salas con ≥ 30 camas aumentaron el porcentaje ($p < 0,001$); Mientras que la admisión en los Hospitales de Enseñanza fue inversamente asociada ($p < 0,001$). Conclusiones: El porcentaje de admisión inapropiada depende especialmente de la admisión inadecuada y del gran número de camas en las salas obstétricas. La gestión de los grandes hospitales es muy compleja, necesita mejorar los procesos de apoyo y coordinación de los profesionales de la salud. La herramienta de la OAEP parece ser un instrumento útil para que los tomadores de decisiones supervisen y administren las salas obstétricas.

Guillén, Hernández y Carballo (2015), en su investigación titulada: *Adecuación de los ingresos hospitalarios en función del personal sanitario facultativo responsable bajo un modelo de supervisión no piramidal de médicos residentes en urgencias*, cuyo objetivo fue determinar el modelo de supervisión de residentes, conocido como no piramidal, garantiza una homogénea proporción de ingresos hospitalarios adecuados desde el servicio de urgencias con independencia de la situación de supervisión que tenga el médico responsable del ingreso. Metodología, se aplicó el protocolo de adecuación de ingresos hospitalarios a un registro aleatorizado obtenido para un estudio previamente realizado sobre prevalencia de adecuación de los ingresos hospitalarios. La proporción de ingresos hospitalarios adecuados se comparó en función de quién había realizado la indicación del ingreso: un facultativo especialista, un residente de primer año bajo supervisión facultativa o un residente de segundo o tercer año. Resultados, los ingresos hospitalarios indicados por un facultativo especialista, por un residente de primer año bajo supervisión de un facultativo especialista y por un residente de segundo o tercer año fueron 125, 93 y 78, respectivamente. En estos tres grupos, los ingresos hospitalarios considerados inadecuados fueron 4 (3,2%), 5 (5,4%), y 4 (5,1%), sin diferencias estadísticamente significativas. Conclusión, en todos los grupos, la proporción de ingresos inadecuados fue inferior a la comunicada en estudios nacionales previos. El modelo de supervisión no piramidal garantiza una sostenibilidad del sistema sanitario al ahorrar costes de ingresos inadecuados y aumenta la seguridad de los pacientes.

Giráldez, Martínez, Quintana y Martín (2013), realizaron un estudio titulado: *Adecuación de los ingresos hospitalarios procedentes del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, Madrid, España*, cuyo objetivo fue estimar el porcentaje de ingresos inadecuados realizados desde un servicio de urgencias a servicios clínicos de un hospital de tercer nivel, describir las causas de inadecuación, y evaluar la asociación entre

adecuación del ingreso y características del paciente y de la asistencia sanitaria. Metodología, estudio transversal, se evaluaron 631 ingresos del 2011, seleccionados aleatoriamente. El instrumento de evaluación fue la versión española del Appropriateness Evaluation Protocol. Se recogió información sobre el paciente (edad, sexo) y la asistencia sanitaria (tipo de consulta, turno, día de la semana y presión asistencial). La unidad de análisis estadístico fue el episodio de ingreso. Se evaluó la asociación mediante modelo de regresión logística multivariable. Resultados, el porcentaje de ingresos inadecuados fue 15,2% (IC 95%: 12,6-18,2). La principal causa de inadecuación fue las pruebas diagnósticas y/o los procedimientos que pueden realizarse en consultas externas (59,4%). La edad media fue 5,4 años mayor en los ingresos adecuados ($p = 0,005$). El análisis multivariable encontró asociación positiva entre la adecuación del ingreso y la edad (OR: 1,021; IC 95%: 1,008-1,035) y el número de ingresos/día (OR: 1,027; IC 95%: 1,001-1,053). Conclusiones, las principales causas de inadecuación tienen que ver con aspectos organizativos susceptibles de mejora. La edad y el número de ingreso/día se asociaron positivamente a la adecuación del ingreso.

Navarrete (2013), realizó la tesis titulada: *Evaluación del uso adecuado del ingreso y la estancia en un hospital pediátrico, a través del "Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol"*, cuyo objetivo fue determinar la magnitud de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria, así como sus factores asociados en un hospital pediátrico de Murcia, España. Metodología, estudio retrospectivo y transversal. La muestra fue de 1042 expedientes clínicos. Todos los documentos contenidos en el expediente se utilizaron en la revisión, que fue realizada por dos médicos con experiencia en esta tarea. Como instrumento se utilizó la versión pediátrica del AEP, se calcularon las tasas de uso inadecuado, para los ingresos y estancias hospitalarias. Resultados, se identificaron 141 casos (13%) de ingresos inapropiados, y 368 estancias hospitalarias inadecuadas (35%).

Conclusiones, el AEP es una herramienta con un buen grado de acuerdo para detectar ingresos inapropiados. La información que aporta es complementaria al uso de guías de práctica clínica.

Villa, Andreu, Delgado, Polo, Fernández y García. (2013), realizó la tesis titulada *Adecuación de ingresos en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel*, cuyo objetivo fue conocer la proporción de ingresos inadecuados en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCU) y sus causas asociadas para identificar áreas de mejora. Metodología, estudio descriptivo transversal. El instrumento de análisis utilizado ha sido el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Se utilizó el programa estadístico SPSS 19. Resultados, del total de los 165 ingresos, 155 (93,9%) fueron adecuados y 10 (6,1%) inadecuados. El 85,5% de los pacientes eran mayores de 65 años. El 80% de los ingresos clasificados como inadecuados eran de tipo programado. Las causas de inadecuación fueron el ingreso prematuro en primer lugar, seguido de las necesidades diagnósticas y terapéuticas que pueden ser realizadas como pacientes externos. Conclusiones, la proporción de inadecuación es de las más bajas. Los ingresos inadecuados eran mayoritariamente programados. La edad media de los pacientes con ingreso inadecuado es menor que la de los ingresos adecuados. La causa de inadecuación más frecuente es el ingreso prematuro.

Sarzo, Mas y Ortiz (2012), realizaron un estudio titulado: *Hospitalizaciones inapropiadas en el Servicio de emergencia de un hospital general, Lima* cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de hospitalizaciones inapropiadas y los factores relacionados en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza. Metodología, estudio transversal, descriptivo de corte retrospectivo. Revisaron una muestra de 1541 admisiones desde el servicio de emergencia a salas de hospitalización de medicina interna entre enero a junio del 2012. Se recolectaron variables como edad, sexo, procedencia,

grado de instrucción diagnóstico de ingreso, turno de hospitalización. El instrumento utilizado fue el protocolo de evaluación de adecuación. Resultados, del total de hospitalizaciones realizadas por emergencia, 7.9% fueron inapropiados; 58% de las admisiones inadecuadas tuvieron como diagnóstico de ingreso, síntomas y signos generales. Se encontró asociación entre el diagnóstico de ingreso y la hospitalización inapropiada. Conclusión. el porcentaje de hospitalizaciones inapropiadas desde el servicio de emergencia concuerda con los valores reportados por la literatura internacional como el diagnóstico de ingreso no definido, la probabilidad de una hospitalización inadecuada es alta.

Contreras y Galarza (2011), publicaron un estudio titulado: *Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas*, cuyo objetivo fue determinar la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas en el departamento de emergencia de un hospital general. Metodología, estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, muestra de 372 hospitalizaciones por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de 3,955 admisiones en dos años. Se recolectaron variables como edad, sexo, procedencia, día de hospitalización, entre otras. Expresaron los resultados en distribución de frecuencias absolutas y relativas, medias (+ 1 DE). Las variables cuantitativas fueron estudiadas mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Para la comparación de proporciones se utilizaron la prueba de ji cuadrado. Resultados, el 10,22% de las hospitalizaciones médicas realizadas por emergencia fueron inadecuadas. La edad del paciente menor de 64 años, el turno de hospitalización (mañana) y la ocupación del paciente (estudiante y/o empleado) fueron asociados a hospitalizaciones inadecuadas. Conclusiones, las hospitalizaciones inadecuadas fueron mayores que las cifras óptimas (< 5%). y los factores relacionados a las hospitalizaciones fueron de orden epidemiológico y organizativo hospitalario.

Contreras (2011), publicó un estudio titulado: *Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas a los servicios de medicina*, cuyo objetivo fue determinar la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas, así como sus factores asociados en los servicios de medicina de un hospital general. Metodología, estudio cuantitativo, descriptivo, transversal realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima. Con una muestra sistemática de 372 hospitalizaciones de una población total de 9917 admisiones en el periodo de dos años. Se recolectó variables como edad, sexo, modalidad de ingreso y especialidad del médico que indica la hospitalización. El instrumento utilizado para medir la adecuación del ingreso hospitalario fue el appropriateness evaluation protocol (AEP). Resultados, el 33,6% de las hospitalizaciones médicas realizadas en los servicios de medicina fueron inadecuadas. Los factores asociados fueron: la edad menor de 64 años, el ingreso por consultorio externo, ser admitido en el turno mañana y la procedencia de distritos diferentes al Cercado de Lima. Las especialidades médicas que con mayor frecuencia se asociaron a hospitalizaciones inadecuadas fueron medicina general (92,0%), gastroenterología (71,4%) y hematología (62,5%). Conclusiones, un tercio de las admisiones en los servicios de medicina fue inadecuado; y, que la ocupación de estudiante, ingresar por consultorio externo y ser hospitalizado por medicina general fueron factores de riesgo para hospitalizaciones inadecuadas.

Legua (2010), realizó un estudio titulado: *Adecuación de ingresos hospitalarios en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Grau, Lima* cuyo objetivo fue determinar la proporción de ingresos hospitalarios adecuados e inadecuados y conocer los factores asociados a la inadecuación del ingreso de los pacientes mayores de 18 años en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia 2009. Metodología, estudio descriptivo, retrospectivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que ingresaron a la Sala de Observación. La muestra fue de 193 pacientes de forma aleatorizada. Se aplicó el Appropriateness Evaluation

Protocol (AEP). Resultados, el 20.62% de los ingresos fue inadecuado. La edad media fue de 68.16, con una distribución por sexo de 52.58% de mujeres y 47.42% hombres. La principal causa de ingreso inadecuado fue “El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior (no especificado), no en un hospital de agudos”. Conclusiones, la proporción de ingresos inadecuados se encuentra en rangos superiores a los reportados en la literatura nacional. Los ingresos en pacientes de menor edad se asocian a una mayor inadecuación pero sin tener significancia estadística.

1.2 Fundamentación Científica

1.2.1. Factores predisponentes de adecuación hospitalaria

Los factores predisponentes son actividades, características y situaciones que pueden generar futuras problemáticas físicas, psicológicas y/o sociales que afectan a la salud de una persona. Diversos son los factores que pueden influenciar en la hospitalización inadecuada en los servicios de medicina, desde la condición social del paciente, edad del paciente, lugar de residencia, familiar que lo trae a la hospitalización, turno de admisión, hasta el estado mental de la esposa u otros familiares del hogar. (Contreras, 2011).

Entre los factores predisponentes de adecuación hospitalaria, se evidencia la edad, el diagnóstico y la procedencia del ingreso que influyen en la inadecuación de los ingresos producidos en nuestro servicio. (Zambrana, Delgado, Cruz, Diez, Martín y Salas, 2001)

Los factores asociados al uso inadecuado de la urgencia pueden ser de diferente índole tales como:

- Variables demográficas.
- Variables relacionadas con el estado de salud: La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se

asocian con mayor frecuencia de uso de los servicios de urgencias hospitalarios, pero con menor porcentaje de uso inadecuado.

- Factores relacionados con la organización sanitaria.
- Interacción con el sistema sanitario: Carencia de servicios alternativos son una de las causas fundamentales de uso inadecuado de los servicios de urgencia.
- Necesidad percibida.
- Factores de entorno: Distancia al hospital, día de la semana, hora de consulta, entorno social, forma de acceso a urgencias.
- Tipo de demanda. (Pacheco, 2014).

En un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel se estudió la adecuación de los ingresos hospitalarios, se evidenció y recogió información sobre factores predisponentes del paciente como la edad y sexo, y la asistencia sanitaria como el tipo de consulta, turno, día de la semana y presión asistencial. (Giráldez, Martínez, Quintana, Martín, 2013).

Los ingresos inadecuados en los diferentes servicios hospitalarios son recurrentes siendo un problema a nivel mundial. Las causas se relacionan con los diversos actores involucrados en el sistema de atención de la salud, entre ellas las aseguradoras, los servicios sociales, los profesionales médicos e instituciones hospitalarias o sus gestores, como también el propio paciente y su familia.

Los factores asociados a la inadecuación hospitalaria que se consideraron en este estudio se basaron en lo considerado por Gonzales (2015) y Contreras (2011):

- Procedencia del ingreso hospitalario. Consultorio externo o servicio de emergencia
- Turno en que se produjo el ingreso hospitalario. Si es en el turno diurno o nocturno

- Día en que se produce el ingreso hospitalario: Día de semana (lunes a viernes) o fin de semana.
- Años de servicio del médico que indica hospitalización.

El ingreso hospitalario es un paciente que, procediendo del exterior del hospital, realiza la admisión en una unidad de hospitalización, con la consiguiente ocupación de una cama. Pueden ser:

- Programados: Pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de que procedan de lista de espera o sean de un servicio que no tiene demora de ingreso.
- Urgentes: Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias u otras áreas como las consultas y/o Hospital de Día. (Chirinos, 2008).

La admisión del paciente es la atención que se da al paciente que ingresa a un servicio hospitalario enviado de consulta externa, urgencias o trasladado de otro servicio o entidad. (Merlo y Mendoza, 2014).

La admisión de un paciente para que puede ingresar a un centro hospitalario es de dos formas, por:

- Emergencia: cuando el caso se presenta en forma brusca y requiere hospitalización inmediata y directa.
- Consulta Externa: se refiere en caso que el paciente es evaluado por consulta externa y luego del examen, el medico determina que el paciente requiere hospitalización. (Atencio, 2013).

La admisión programada por consulta externa resulta ser un factor de riesgo significativo de inadecuación de ingresos hospitalarios. (Poppa, Torre, Mannocci, Specchia, Rabacchi, Vaschetto, Bontempi, Ricciardi, y Boccia, 2009).

La vía de ingreso hospitalario fue el único factor significativamente asociado con los ingresos inapropiados en los departamentos de cirugía, obstetricia / ginecología y medicina interna. (Al-Tehewy, et al, 2009).

El Turno en que se realiza el ingreso hospitalario, obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física y mental de quienes lo realizan. (Contreras, 2011).

El trabajo por turno se ha convertido en una de las cuestiones laborales que más discrepancias y conflictos genera en las empresas. La población sanitaria no escapa de este problema ya que viven a diario con los turnos de trabajo, quienes prestan sus servicios en horas diferentes, en un período determinado de días o de semanas, siendo una forma de organización del trabajo en equipo, por la cual el trabajador ocupa sucesivamente el mismo puesto de trabajo, según un ritmo continuo o discontinuo, realizándose obligatoriamente de forma rotativa por los componentes del grupo laboral. Hay sectores marcados, como por ejemplo el sector salud, donde los turnos de trabajo son muy prolongados o irregulares, llegando a afectar tanto la salud como la vida del trabajador. La situación que se observa en muchas empresas entre las que destaca el sector sanitario, en especial en los grupos de médicos y enfermeras, trae consigo consecuencias negativas a distintos niveles tanto de productividad, atención al paciente, aumento del ausentismo, y quizá lo más delicado, efectos sobre el bienestar de los trabajadores. (Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011).

Debido a la fatiga y cansancio los médicos jóvenes (residentes) que trabajan entre 36 a 48 horas pueden cometer errores. A través de los años algunos

países han implantado turnos más cortos, pero el hecho de cambiar el ritmo natural sueño-vigilia afecta al trabajador aun con estas reducciones.

Los turnos nocturnos son los más implicados en las alteraciones del sueño que es otro de los efectos. La consecuencia más generalizada y grave de la desincronización del sueño, es la disminución en cantidad y calidad del mismo, ya que los ruidos y perturbaciones no permiten el descanso mientras se duerme de día, además de que el sueño diurno presenta menos periodos REM. Se describe que los médicos residentes de varias especialidades se ven afectados por la falta de sueño. Por ejemplo, la alteración del sueño a los pediatras les afecta más la habilidad motora fina, a los internistas les desarrolla un deterioro significativo, los anestesiólogos pautan peor, mientras que los se aprecian resultados claros en los cirujanos, y es que trastorno de sueño de los turnos de trabajo, se produce cuando el individuo tiene que trabajar superponiendo su período de sueño normal, provocando una discrepancia entre el reloj biológico circadiano endógeno y su real descanso físico. (Deschamps et al, 2011).

El día en que se produce el ingreso hospitalario, los pacientes hospitalizados durante los fines de semana (FS) tienen peores resultados en salud que los ingresados durante los días entre semana (NFS). (Zambrana, Granados, Zambrana, 2017).

El día en que se produjo el ingreso hospitalario, “casi tres cuartos de las hospitalizaciones se producen en un día particular de la semana, ello es lógico al ser mayor el número de días de la semana, teniendo menor incidencia como inadecuado en un tercio, frente al 43% del grupo a los ingresos que realizan en un día de fin de semana o feriado, siendo estos en mayor número como inadecuados” (Gonzales, 2015).

La experiencia es en parte derivada de la observación y de la compañía de los que ya han tomado conocimiento de ciertas cosas; los años de servicio

del médico que indica hospitalización, siendo la experiencia laboral la base fundamental del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional. La experiencia en el campo laboral es la acumulación de conocimientos que una persona o empresa logra en el transcurso del tiempo. La experiencia está estrechamente relacionada con la cantidad de años que una persona tiene ejerciendo un cargo: mientras más años tienes ejerciendo dicho cargo mayor será su conocimiento. Basado a la antigüedad del responsable de la hospitalización, se sospecha que pudiera tener alguna relación con hospitalizaciones inadecuadas. Es lógico que a menor antigüedad menor experiencia y es factible que esta condición lleve a la toma de decisiones equivocadas respecto de hospitalizar o a una paciente o no. (Gonzales, 2015).

1.2.2. Adecuación de ingreso hospitalario

En las últimas décadas, los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, económicos y tecnológicos han complejizado los procesos de atención de la salud, lo cual ha requerido implementar evaluaciones permanentes del desempeño de las organizaciones que proveen la asistencia médico-sanitaria. En particular esto ocurrió en los hospitales, principal entidad productora de bienes y servicios del sector salud, que además absorbe un elevado porcentaje de los recursos asignados a este sector. Estas instituciones tienen como objetivo ofrecer el máximo nivel de producción, dadas las restricciones presupuestarias. (Elorza, Ripari, Cruciani, Moscoso y Gullace, 2012).

Hasta hace 40 años la cama hospitalaria era el recurso más importante de un hospital y realmente configuraba casi exactamente la razón de ser del mismo. Los pacientes eran ingresados al hospital para diagnóstico y tratamiento, siendo normales prolongadas estancias. Esto era posible debido a que los costos hospitalarios eran relativamente bajos en función de una utilización no intensiva de recursos comprometidos y a la escasa tecnología

implicada. Sin embargo, desde 1970 se ha ido incrementando el costo de la atención y por tanto las exigencias de alcanzar una mayor eficiencia por parte de los financiadores, las expectativas culturales y las exigencias de los pacientes han cambiado (el tiempo y el confort valen oro para los usuarios). Se han desarrollado nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, como así también modalidades organizativas y funcionales de los servicios, con el objetivo de acortar el tiempo entre consulta, diagnóstico y tratamiento. Por tal motivo, se evitan las internaciones, y se busca obtener un mayor rendimiento de los recursos, manteniendo la calidad y considerando la función de utilidad del paciente. Por lo tanto, estos cambios en costos, tecnologías, expectativas y modalidades, han tendido a relativizar el valor de la cama hospitalaria como el recurso más importante para el manejo de pacientes en el sistema de salud. (Quesada, 2011).

Las hospitalizaciones inadecuadas implican alto costes sanitarios además del riesgo que lleva para estar ingresado. En los países latinoamericanos la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación, en cualquier Sistema de Salud, incluyendo el nuestro, existen más problemas de sobreutilización de los recursos disponibles que de su infrautilización. (Rodríguez, 2013).

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas innecesarias o inapropiadas, expuestas a riesgos pues expone al paciente a infecciones nosocomiales. (Contreras, 2011).

Los ingresos innecesarios en los hospitales de agudos tienen importantes consecuencias sobre su eficiencia y organización. (Velasco, García, Oterino, Suárez, Diego y Reyes, 2005).

El inadecuado uso hospitalario incrementa los gastos sanitarios y altera los procesos de atención, comprometiendo la calidad de atención y la accesibilidad; las hospitalizaciones inadecuadas pueden variar entre 6 a 40%, que demanda gastos sobreestimados al Estado. Para calificar la hospitalización se han utilizado desde criterios implícitos como la auditoría de historias clínicas, hasta criterios explícitos como el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) que ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para este propósito. Factores como edad, turno de hospitalización y especialidad del médico tuvieron riesgo significativo de generar una hospitalización innecesaria. Las conclusiones descritas permitirán a los gerentes de salud implementar medidas correctivas como crear sistemas alternativos de hospitalización, mejoras en infraestructura, uso del AEP y educación médica continua. (Contreras, 2012).

El ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la eficiencia del sector salud. El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización. Cuando nos referimos a ingresos inadecuados (innecesarios, injustificados) lo hacemos a las atenciones realizadas en hospitales de gran complejidad que generan ingresos innecesarios, cuando las mismas podrían haberse realizado en niveles asistenciales distintos: ambulatorio, consulta domiciliaria, hospital de cuidados crónicos o en centros de menor nivel de complejidad. Esto asume que los cuidados prestados a los pacientes son siempre pertinentes desde el punto de vista clínico. Por tanto, lo cuestionable es el nivel asistencial donde se presta la atención y la hospitalización innecesaria. La admisión hospitalaria inadecuada aumenta el gasto sanitario, crea ineficiencias en la gestión e influye en la calidad asistencial. Calidad de atención según la organización mundial de la salud

(OMS) conlleva no solo la prestación de una atención apropiada a cada problema de salud, sino que debido a los recursos limitados esta debe realizarse con el mínimo costo posible, sin afectar la oportunidad, calidad y accesibilidad a los servicios de salud. (Contreras, 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, Santos, Luquero, Tamames y Castrodeza, 2007).

Las hospitalizaciones inadecuadas varían de acuerdo al escenario en que se produce la atención, en líneas generales fluctúan entre el 5 y 50%, así tenemos cuando las hospitalizaciones son generadas por emergencia el grado de inadecuación es de 10,22% y cuando son generadas por consultorio externo es de 49,33% (Contreras, 2011).

Para valorar los ingresos inadecuados se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la justificación de la hospitalización entre los cuales el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es el más conocido y utilizado, en diferentes partes del mundo. El Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP), los trabajos sobre hospitalización inadecuada comenzó en la década de 1970. Los estudios iniciales que utilizaron el juicio clínico no estructurado y estándares implícitos (uno o más médicos revisaban las historias clínicas y valoraban si la hospitalización estaba o no justificada) tuvieron una baja fiabilidad 3-6 Posteriormente, diversos autores desarrollaron varios instrumentos como el Intensity Severity Discharge Criteria Set (ISD), el Standardised Medreview Instrument (SMI), el Delay Tool (DTO) y el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP, protocolo de evaluación de la adecuación). (Elorza, Ripari, Cruciani, Moscoso y Gullace, 2012).

El Protocolo de evaluación de la adecuación, presentado por de Gertman y Restuccia, fue modificado surgiendo versiones para aplicación pediátrica y obstétrica. El AEP no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde ésta se presta, de modo que pretende informar sobre el uso innecesario de recursos. En España, donde se ha realizado más de un centenar de estudios de revisión de su utilización, se ha estimado que los ingresos hospitalarios inadecuados se situarían en torno a un 10-30%, y las estancias innecesarias en torno a un 15-40%. (Gonzales, 2015).

El AEP, desarrollado mediante la ayuda de la Health Care Financing Administration (HCFA) de Estados Unidos, es un instrumento de dominio público y ha sido objeto de varias evaluaciones independientes mostrando una validez y fiabilidad alta. (Soria, Carrillo, Campillo, 2009).

El AEP consta de 2 conjuntos de 16 criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos. Una característica a destacar del AEP es que los ítems que consideran no se construyen a través del diagnóstico si no de 2 variables que determinan la necesidad de la hospitalización. La presencia durante el primer día de ingreso hospitalario de uno solo de estos criterios basta para considerar apropiado el ingreso, que se valora como inapropiado cuando no cumpla ninguno de ellos. Es importante destacar que estos criterios valoran la pertinencia de la admisión en el momento en que ésta se produce y no la totalidad del ingreso hospitalario.

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. No se incluye la intoxicación etílica ni el simple desvanecimiento
2. Frecuencia cardíaca > de 140 o < de 50 latidos por minuto.
3. Presión arterial sistólica > de 200 o < de 90 o diastólica > de 120 o < de 60 mm Hg.

Si el paciente es hipertenso y tiene habitualmente mal control de la TA debe constar algún otro problema para no considerar que el criterio se incumple.

4. Pérdida aguda de visión o audición.
La pérdida debe ser repentina
5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.
6. Fiebre > de 38 °C durante más de 5 días.

Si no se sabe con seguridad se considera que no cumple el criterio. Aun estando no documentada como tal, si el ingreso es por fiebre persistente cumple el criterio

7. Hemorragia activa.
Se aplica en caso de que no se conozca la causa y/o no haya sido posible el control del sangrado
8. Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico.
Cualquiera de las siguientes posibilidades: $Na < 123$ o > 156 ; $K < 2,5$ o > 6 ; $HCO_3 < 20$ o > 36 y $pH < 7,3$ o $> 7,45$

9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda.

10. Dehiscencia de herida o evisceración.

Este apartado no se aplica a heridas que no cicatrizan o a fracturas no consolidadas

II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados

11. Administración de medicación intravenosa/reposición de fluidos.

Si el paciente lleva la vía para mantenimiento, o «vía heparinizada», pero sin administrar medicación o suero, se considera incumplimiento

12. Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia regional o general y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización.

Cumplimiento cuando el paciente es intervenido el día del ingreso o al día siguiente. (Incluye toracentesis, punción lumbar, punción ascitis).

13. Monitorización permanente de constantes vitales por lo menos cada 2 horas.

Si no lleva monitor o no se registran estos 3 signos vitales al menos cada 2h se considerará como no cumplimiento de este criterio.

14. Quimioterapia que requiere observación permanente para evaluación de reacción tóxica.

15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día.

En la historia clínica debe figurar la administración IM 3 o más veces al día o cada 8h.

16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.

El uso intermitente de respiración con presión positiva u O2 nasal cumpliría este criterio. La simple administración de inhaladores no hace cumplir el criterio. El uso crónico de O2 o de CPAP no es suficiente para cumplir el criterio. Sí lo es la fisioterapia respiratoria especial.

Causas de ingreso inadecuado

- a. Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.
- b. El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)
- c. Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba
- d. No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado. (Gonzales, 2015)

2. Justificación de la investigación

El propósito fue proponer una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria y contribuir a disminuir las hospitalizaciones inadecuadas y exposición de pacientes a infecciones hospitalarias.

La justificación teórica se basa en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización. Debido al crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados, es necesario plasmar el aporte al corpus teórico existente, a fin de contribuir con información que ayude al uso eficiente y racional de los recursos para la atención oportuna y con calidad en un servicio de salud.

La justificación práctica, los resultados aportan información de utilidad acerca de la adecuación de los ingresos hospitalarios e identifica los factores predisponentes, que permite generar recomendaciones y formular un proyecto de intervención científica que ayude a mejorar la adecuación de los ingresos hospitalarios.

La justificación metodológica, servirá como referente para realizar estudios periódicos y similares en otros servicios del Hospital, al no existir evidencias de estudios que utilicen el protocolo de evaluación de adecuación de ingresos hospitalarios, instrumento validado internacionalmente.

El aporte social de la investigación se da en sus resultados, aportan en la mejora de la eficiencia hospitalaria al reducir los gastos innecesarios por ingresos hospitalarios inadecuados, lo que permitirá destinar fondos y esfuerzo en mejorar la calidad de atención y mejorar los indicadores de morbimortalidad, al evitar exponer a los pacientes a infecciones nosocomiales y procedimientos médicos innecesarios.

El aporte a la ciencia, es la mejora continua de la calidad de atención. Se busca contar con instrumentos que ayuden a una mejor gestión hospitalaria, en ese sentido fue conveniente utilizar el protocolo de adecuación de ingreso hospitalario (AEP), instrumento validado, demostrando que los resultados de su aplicación aportan datos importantes para la toma de decisiones.

3. Problema de Investigación

En el Perú al igual que los demás países en vías de desarrollo cuentan con un sistema de salud público que enfrenta problemas con un denominador común: el cómo controlar el crecimiento de los costes sanitarios. El elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo, así como de la población demandante nos plantea la urgente necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad optimizando el uso adecuado de los recursos existentes. A nivel internacional y nacional existen diversos estudios que muestran que algunos pacientes que ingresan y/o permanecen en el hospital son ingresos inadecuados o bien tienen un internamiento prolongado innecesario.

3.1 Problema General

¿En qué medida los factores predisponentes influyen en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?

3.2 Problemas Específicos

- ¿En qué medida fueron adecuados los ingresos hospitalarios en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?
- ¿En qué medida la procedencia de ingreso, influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?
- ¿En qué medida el día de ingreso influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?
- ¿En qué medida el turno de ingreso influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?

- ¿En qué medida los años de servicio del responsable del ingreso influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?

4. Conceptualización y Operacionalización de las variables

4.1. Factores predisponentes de inadecuación hospitalaria: Variable independiente

Definición Conceptual	Definición Operacional		
	Dimensiones	Indicador	Tipo de escala de medición
Son el conjunto de actividades, características y situaciones, como la procedencia, el turno, día y años de servicios que pueden generar inadecuación de ingresos hospitalarios	Procedencia del ingreso hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultorio externo ▪ Emergencia 	Nominal
	Turno en que se produjo el ingreso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diurno ▪ Nocturno 	Nominal
	Día en que se produjo el ingreso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lunes a viernes ▪ Fin de semana. 	Nominal
	Años de servicio del responsable del ingreso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 a 10 años ▪ 11 a más años 	Nominal

4.2. Adecuación de Ingreso Hospitalario: Variable dependiente

Definición Conceptual	Definición Operacional		
	Dimensiones	Indicador	Tipo de escala de medición
Cumplimiento de uno o más de los 16 criterios establecidos en el Protocolo de Evaluación de adecuación de ingresos hospitalarios	Adecuado	Cumple uno o más criterios	Nominal
	Inadecuado	No cumple ningún criterio	

5. Hipótesis

5.1. Hipótesis General

Los factores predisponentes influyen en la adecuación del ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.

5.2. Hipótesis Específicas

- 5.2.1. Existe inadecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 5.2.2. La procedencia del ingreso influye en la inadecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 5.2.3. El turno en que se produjo el ingreso influye en la inadecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 5.2.4. El día en que se produjo el ingreso influye en la inadecuación de ingreso en Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017
- 5.2.5. Los años de servicio del responsable del ingreso influye en la inadecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.

6. Objetivos

6.1. Objetivo General

Establecer la relación que existe entre los factores predisponentes y la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017

6.2. Objetivos Específicos

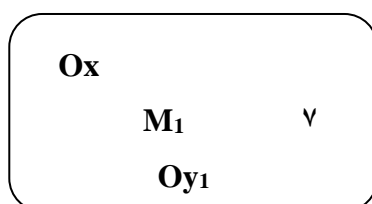
- 6.2.1. Determinar la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 6.2.2. Determinar si la procedencia del ingreso influye en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017
- 6.2.3. Determinar si el turno en que se produjo el ingreso influye en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 6.2.4. Determinar si el día en que se produjo el ingreso influye en la adecuación de ingreso hospitalario en Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.
- 6.2.5. Determinar si los años de servicio del responsable del ingreso influye en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de investigación

Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, cuyo recojo de información fue retrospectiva

Diseño de investigación: Representación gráfica del método descriptivo correlacional.



M₁ : **O_x**

Donde:

M₁ : Muestra de sujeto.

O_{x1} : Observación de la variable independiente.
- Factores predisponentes

v : Índice de correlación.

O_y : Observación de la variable dependiente.
- Adecuación de ingreso hospitalario

2. Población y Muestra

Estuvo conformada por 100 ingresos hospitalarios del servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Por ser un universo pequeño no se ha considerado muestra.

Unidad de análisis: Historias Clínica

Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Para la ejecución de la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la documentación y los siguientes instrumentos:

- Ficha de Recolección de datos, basado en lo elaborado por (Gonzales 2015) y estructurado de acuerdo a los objetivos de la investigación.
- Protocolo de Evaluación de Adecuación (AEP), validado internacionalmente, para determinar la adecuación o inadecuación del ingreso. Consta de 2 conjuntos de 16 criterios objetivos e independientes del diagnóstico (ver anexo 2), destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos. (Contreras 2012)

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 > de 140 o < de 50 latidos por minuto.
3. Presión arterial sistólica > de 200 o < de 90 o diastólica > de 120 o < de 60 mm Hg.
4. Pérdida aguda de visión o audición.
5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.
6. Fiebre > de 38 °C durante más de 5 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 permanente de constantes vitales por lo menos cada 2 horas.

14. Quimioterapia que requiere observación permanente para evaluación de reacción tóxica.
15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día.
16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.

Causas de ingreso inadecuado

- a. Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.
- b. El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)
- c. Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba
- d. No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado

Para la determinación de la adecuación de ingresos hospitalarios se verificó el cumplimiento de uno o más criterios de los 16 considerados en este instrumento. Se utilizó el siguiente esquema

Adecuado	Cumple uno o más criterios
Inadecuado	No cumple ningún criterio

4. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de los resultados y análisis de la investigación se presentó en tablas y cuadros estadísticos. Los resultados se expresan en distribución de frecuencias absolutas y relativas. Por el carácter cualitativo de las variables analizadas se utilizó la prueba de chi cuadrado para comparar proporciones y contrastar las hipótesis. Se hizo uso del paquete estadístico SPSS V22 y excell 2010.

Se utilizó los servicios de un especialista para el procesamiento de datos.

RESULTADOS

Tabla 1. Factores predisponentes y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017

	Chi2	gl	Significacion asintótica (p < 0 = 0.05)	coeficiente de contingencia	Dependencia de variables
Procedencia del ingreso	24.236	1	0	0.442	si/moderada
Turno en que se produjo el ingreso	3.702	1	0.054	-	no
Día en que se produce el ingreso	3.114	1	0.078	-	no
Años de servicio del responsable del ingreso	10.485	1	0.001	0.308	si/ leve

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

En la tabla 1, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado para contrastar las variables observamos que la procedencia del ingreso hospitalario si influye en la adecuación de ingreso hospitalario ya que p es igual a 0 y el coeficiente de contingencia de 0.442, lo que indica una dependencia es moderada. En relación al turno en que se produjo el ingreso la prueba de chi cuadrado es de 3.702, con grado de libertad 1, con valor de $p = 0.054$ que indica que no existe relación con la adecuación de ingreso hospitalario. En cuanto al día en que se produce el ingreso se observa que el valor del chi cuadrado es de 3.114, con grado de libertad 1, con $p = 0.078$ indica que no existe relación con la adecuación de ingreso hospitalario. Con respecto a los años de servicio del responsable del ingreso, el valor de chi cuadrado es de 10.485, con grado de libertad 1, con $p = 0.01$, indica que si existe relación con la adecuación de ingreso. El coeficiente de contingencia de 0.308 nos indica que esta dependencia es leve.

Tabla 2. Adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General, agosto 2017.

Adecuación de ingreso	Frecuencia	%
Adecuado	85	85.0
Inadecuado	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

Según los resultados obtenidos en la tabla 2, los ingresos hospitalarios fueron adecuados en 85% e inadecuados en 15%, siendo este porcentaje similar a la media encontrada en otros estudios nacionales (7.9 a 33.6%)

Tabla 3. Procedencia de ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017.

Procedencia del ingreso	Adecuación de ingreso				Total ingresos
	Adecuado		Inadecuado		
	Recuento	%	Recuento	%	
Consultorio externo	19	59	13	41	32
Emergencia	66	97	2	3	68
Total	85	100	15	100	100

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,236 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	21,370	1	,000		
Razón de verosimilitud	23,266	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,994	1	,000		
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,80. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aprox.
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,442	,000
	N de casos válidos	100	

En la tabla 3 se observa que el 41%(13/32) de los ingresos producidos por consulta externa (32/100) fueron inadecuados y del 3% (3/68) de los ingresos por emergencia (68/100). La prueba de chi cuadrado es de 24,236, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0 indica dependencia de la variable ingreso hospitalario y procedencia del ingreso hospitalario. El coeficiente de contingencia de 0.442 nos indica que esta dependencia es moderada. Estos resultados nos indican que el ingreso inadecuado es mayor cuando el ingreso se produce por consulta externa.

Tabla 4. Turno en que se produjo ingreso y adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017.

Turno en que se produjo el ingreso	Adecuación de ingreso				Total ingresos
	Adecuado		Inadecuado		
	Recuento	%	Recuento	%	
Diurno	59	81	14	19	73
Nocturno	26	96	1	4	27
Total	85	100	15	100	100

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,702 ^a	1	,054		
Corrección de continuidad ^b	2,588	1	,108		
Razón de verosimilitud	4,624	1	,032		
Prueba exacta de Fisher				,063	,045
Asociación lineal por lineal	3,665	1	,056		
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,05. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 4 se observa que el 19% (14/73) de los ingresos producidos en el turno diurno (73/100) fueron inadecuados y del 4% (1/27) de los ingresos en el turno nocturno (27/100).

Al aplicar la prueba de chi cuadrado se observa que su valor es 3.702, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0.054 lo que indica que no existe relación entre la variable adecuación de ingreso hospitalario y turno en que se produjo el ingreso.

Tabla 5. Día en que se produjo el ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017

Día en que se produjo el ingreso	Adecuación de ingreso				Total ingresos
	Adecuado		Inadecuado		
	Recuento	%	Recuento	%	
Lunes a viernes	70	82	15	18	85
Fin de semana.	15	100	0	0	15
Total	85	100	15	100	100

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,114 ^a	1	,078		
Corrección de continuidad ^b	1,884	1	,170		
Razón de verosimilitud	5,322	1	,021		
Prueba exacta de Fisher				,118	,071
Asociación lineal por lineal	3,083	1	,079		
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,25.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 5 se observa que el 15%(15/85) de los ingresos producidos en el turno diurno (85/100) fueron inadecuados y no observándose ingresos inadecuados en el turno nocturno (0%).

Al aplicar la prueba de chi cuadrado se observa que el valor es de 3.114, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0.078 lo que indica que no existe relación entre la variable adecuación de ingreso hospitalario y el día en que se produjo el ingreso hospitalario. Este resultado nos indica que el ingreso inadecuado no está relacionado con el día en que se produjo el ingreso hospitalario.

Tabla 6. Años de servicio del responsable del ingreso y Adecuación de ingreso hospitalario, agosto 2017

Años de servicio del responsable del ingreso	Adecuación de ingreso hospitalario				Total ingresos
	Adecuado		Inadecuado		
	Recuento	%	Recuento	%	
0 a 10 años	82	88	11	12	93
11 a más años	3	43	4	57	7
Total	85	100	15	100	100

Fuente: Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,485 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	7,232	1	,007		
Razón de verosimilitud	7,373	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,009	,009
Asociación lineal por lineal	10,380	1	,001		
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,308	,001
N de casos válidos		100	

En la tabla 6 se observa que el 12%(11/93) de los ingresos realizados por médicos de 0 a 10 años de servicios (93/100) fueron inadecuados, y del 57% (4/7) de los ingresos por médicos de 11 a más años de servicios (7/100).

Al aplicar la prueba de chi cuadrado se observa un valor de 10.485, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0.01 lo que indica

relación de la variable ingreso hospitalario y años de servicio del responsable del ingreso hospitalario. El coeficiente de contingencia de 0.308 nos indica que esta dependencia es leve.

Si bien es cierto que los ingresos inadecuados, en mayor porcentaje, son realizados por médicos con años de servicios igual o mayor de 11 años, este resultado no es concluyente.

ANALISIS Y DISCUSION

El ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la eficiencia del sector salud. El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización (Contreras,2011), por ello es necesario saber el porcentaje de hospitalización innecesarias, como criterio auditable en la medición de los indicadores de los servicios de salud. De acuerdo a los resultados obtenidos, el 15% de los ingresos hospitalarios fueron inadecuados, siendo este resultado mayor a lo reportado en algunos estudios nacionales como el realizado en el Hospital Arzobispo Loayza por Sarzo (2012), donde la inadecuación de ingresos hospitalarios fue de 7.9 % y el realizado en el Hospital Dos de Mayo por Contreras (2011), con 10.22%. En otros estudios nacionales los resultados fueron mayores a lo obtenido en este estudio, como el realizado por Gonzales (2015), quien reporta 35% de ingresos inadecuados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara y por Legua (2010) en el Hospital de Emergencias Grau de EsSalud, con 20.62%. Podemos resaltar que los hospitales con población cautiva como el Hospital PNP Luis N. Sáenz y los hospitales de EsSalud muestran cifras mayores que los reportados por hospitales del MINSA. Estas diferencias pueden deberse a que se atienden a poblaciones diferentes, al ser el Hospital PNP Luis N. Sáenz un establecimiento que atiende población cautiva con gratuidad de atención, al igual que los hospitales de EsSalud, que “disponen de recursos” sin que produzca gastos al paciente, los profesionales de salud prefieren hospitalizarlos para diagnóstico o espera de ser intervenidos generando una hospitalización inadecuada. En estudios internacionales realizados se encontró que el resultado fue similar a lo reportado por Giraldez (2013) con 15.2% de ingresos inadecuados en un hospital de tercer nivel en Madrid, España. Otros estudios en el mismo país reportan inadecuación de ingresos hospitalarios menores como 4.8% (Hernández, 2015), 5.4% (Guillen, 2015) y 13% (Navarrete, 2015). En España, donde se ha realizado más de un

centenar de estudios de revisión de la utilización del protocolo de adecuación de ingresos, se ha estimado que los ingresos hospitalarios inadecuados se situarían en torno a un 10-30% (Gonzales, 2015). Otro estudio señala que cifras menores del 10% de ingresos inadecuados pueden indicar una aplicación inadecuada de los criterios del AEP y los mayores de 50% indican que se deben establecer medidas para corregir esta situación (Mola, 2004).

Al realizar el procesamiento de datos se obtuvo que los ingresos hospitalarios inadecuados procedentes de consulta externa fue de 41% en comparación con el 3% procedente de emergencia. Al aplicar la prueba estadística para relacionar las variables se concluyó que existe una dependencia moderada. Estos resultados nos indican que el ingreso inadecuado es mayor cuando el ingreso se produce por consulta externa en comparación al ingreso por el servicio de emergencia. Encontramos similar resultado con Villa (2013) en su estudio realizado en España. Poppa (2009) encontró que la admisión programada por consulta externa resulta ser un factor de riesgo significativo de inadecuación de ingresos hospitalarios, asimismo en un estudio realizado en hospitales de Egipto por Al-Tehewy et al. (2009), señala que la vía de ingreso hospitalario fue el único factor significativamente asociado con los ingresos inapropiados en los departamentos de cirugía, gineco obstetricia y medicina interna. En estudios nacionales se encontraron resultados similares; Contreras (2011) reporta que en el Hospital 2 de Mayo había mayor inadecuación hospitalaria cuando el paciente ingresaba por consultorio externo (49,33%) que por emergencia (10,22%). Igualmente Gonzales (2015), reporta que el mayor porcentaje de ingresos inadecuados procedía de consulta externa (39%) en comparación con los ingresos provenientes de emergencia (34%) en el Hospital Guillermo Almenara, pero la diferencia no fue significativa. Los ingresos procedentes de emergencia se producen por un problema agudo que requiere intervención quirúrgica prioritaria, ocupando el mayor porcentaje de camas hospitalarias del servicio. Los pacientes procedentes de consulta externa presentan un problema crónico que requiere intervención quirúrgica, con largas lista de espera, motivo por el

cual se hospitalizan para tener oportunidad de programación, la cual, a su vez se prolonga por falta de turnos en sala de operaciones. Dentro de los parámetros a evaluar si el ingreso fue adecuado, está considerado “que la cirugía que requiera anestesia regional o general debe realizarse en las siguientes 24 horas del ingreso”. En el Departamento de Cirugía General del Hospital PNP Luis N. Sáenz no están establecidos los parámetros o criterios para la hospitalización que permita que todo paciente quirúrgico que ingrese por consulta externa sea operado dentro de las 24 horas. Este sería un punto de intervención para mejorar la eficiencia en la prestación de salud.

La sociedad cambiante, sobre todo exigente, incide en las decisiones de las organizaciones y en consecuencia en sus empleados, al someter a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turnos y las guardias fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae en la salud física y mental de quienes lo realizan. Los turnos nocturnos nos dan la idea que el personal está más agotado ya que un gran número de profesionales vienen de laborar en otras instituciones, pudiendo influir en un ingreso inadecuado. Se consideró la variable turno en que se produjo el ingreso hospitalario para comprobar su influencia en el ingreso inadecuado. En el turno diurno (mañana y tarde) se produjeron 19% de ingresos inadecuados en comparación a los producidos en el turno noche de 4%, que al aplicar la prueba estadística se comprobó que no tiene relación. Similar resultado se halló en un estudio realizado en el Hospital Almenara de Lima por Gonzales (2015) quien concluye que, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba del chi cuadrado para la variable hora de hospitalización, el 38% de las admisiones fueron inadecuadas en el turno noche frente al 32% de las registradas entre la mañana y la tarde.

Zambrana (2017) afirma que los pacientes hospitalizados durante los fines de semana tienen peores resultados en salud que los ingresados durante los días

entre semana. Esto unido a la presunción que los fines de semana no se cuenta con todas las ayudas diagnósticas, hay poco personal y no hay atención ambulatoria, se podría suponer que influirían en un ingreso inadecuado. En relación a la variable, día en que se produjo el ingreso hospitalario, este estudio arroja, que los ingresos realizados de lunes a viernes fueron inadecuados en un 18%, no produciéndose ingresos inadecuados los fines de semana. Al aplicar la prueba estadística se comprobó que no existe relación entre las variables, concluyendo, por tanto, que el ingreso inadecuado no está relacionado con el día en que se produjo el ingreso hospitalario, concordando con la investigación en Argentina realizado por Parajón (2007), en que el 19% de los ingresos producidos en el fin de semana fueron inadecuados y el 34% en el grupo ingresado en día particular, aunque tampoco hallaron diferencias significativas lo que difiere de los resultados encontrados por Gonzales (2015) en Lima, en que el 31 % de los ingresos producidos de lunes a viernes fueron considerados inadecuados, frente al 43% del grupo que ingresó en un día de fin de semana o feriado, la diferencia tampoco fue estadísticamente significativa. El estudio de Contreras (2011) tampoco encontró diferencias significativas con esta variable.

La experiencia laboral es la acumulación de conocimientos que una persona o empresa logra en el transcurso del tiempo. Se incluyó la variable años de servicio del responsable del ingreso hospitalario en sospecha que pudiera tener alguna relación con los ingresos inadecuados. El resultado nos indica que existe una relación leve entre estas variables. De los 100 ingresos hospitalarios 93 fueron realizados por médicos con 10 o menos años de servicios denotando la existencia de mayor proporción de médicos jóvenes. La Sanidad Policial no reclutó personal médico por más o menos 12 años creando una brecha generacional. Si bien es cierto que los ingresos inadecuados, en mayor porcentaje, son realizados por médicos con años de servicios igual o mayor de 11 años, contradiciendo lo supuesto, este resultado no es concluyente. El estudio realizado por Gonzales (2015) no halló diferencias estadísticamente significativas, el grupo de médicos con menos de 5 años de antigüedad presentó

la tasa más elevada de inadecuación de la hospitalización, 39% frente al 32% de los que tenían entre 5 y 10 años y 32% de los de más de 20 años. En el estudio de Guillen (2015), no hubo diferencias significativas en cuanto a la proporción de ingresos hospitalarios adecuados en función de quién había realizado la indicación del ingreso, si fue especialista, residente de primer año bajo supervisión o residente de segundo o tercer año. Este resultado debe ser motivo para ampliar la investigación y definir su significancia y, de ser necesario, determinar las causas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Se llegó a establecer que, si existen factores predisponentes como la procedencia de la admisión y años de servicio del responsable del ingreso influyen en la adecuación del ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017, y el coeficiente de contingencia de 0.308 nos indica que esta dependencia es leve.
2. Se llegó a determinar que, existe inadecuación de ingreso hospitalario del 15% en el Servicio de Cirugía General, siendo la causa más frecuente de ingreso inadecuado el ingreso prematuro.
3. Se determinó que, la procedencia del ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General, el coeficiente de contingencia de 0.442 nos indica que esta dependencia es moderada.
4. Se determinó que, el turno en que se produjo el ingreso hospitalario no influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General, al aplicar la prueba de chi cuadrado se observa que su valor es 3.702, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0.054 por tanto, no existe relación entre la variable adecuación de ingreso hospitalario y turno en que se produjo el ingreso
5. Se determinó que, el día en que se produjo el ingreso hospitalario no influye en la adecuación de ingreso en Servicio de Cirugía General, al aplicar la prueba de chi cuadrado se observa que el valor es de 3.114, con grado de libertad 1, con significación asintótica (valor de p) de 0.078 por tanto, no existe relación entre la variable adecuación de ingreso hospitalario y el día en que se produjo el ingreso hospitalario.
6. Se determinó que, los años de servicio del responsable del ingreso hospitalario influyen en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General, el coeficiente de contingencia de 0.308 nos indica que esta dependencia es leve.

Recomendaciones

1. Se recomienda a la Dirección General, mejorar la capacidad resolutive de los Centros Asistenciales PNP de nivel inferior (I,-II), a fin de que los beneficiarios reciban un servicio de salud en el nivel que corresponda, evitando los altos costos de una atención en un hospital de mayor complejidad, contribuyendo a la eficiencia hospitalaria.
2. Se recomienda a la Dirección General, se tomen las medidas de gestión correspondientes a fin de disminuir los ingresos hospitalarios inadecuados, sobre todo los ingresos provenientes de consulta externa.
3. Se recomienda a la Dirección General, se considere realizar similares estudios en todos los servicios a fin de determinar las especialidades médicas y/ o quirúrgicas que podrían estar generando ingresos inadecuados.
4. Se recomienda a la jefatura médica incluir el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) dentro de sus herramientas de gestión, ampliando la muestra y el periodo de estudio.
5. Se recomienda a la jefatura médica, incluir en el plan de capacitación continua temas de gestión hospitalaria, tendiente a identificar hospitalizaciones inadecuadas para que en “tiempo real” se identifiquen los problemas y las violaciones al AEP, y se tome las medidas correctivas pertinentes.
6. Se recomienda a la jefatura médica considerar la Propuesta de Intervención Científica “Implementación de la Evaluación Periódica de Adecuación de Ingresos Hospitalarios en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz” planteada en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Al-Tehewy, et al (2009). *Adecuación de los ingresos hospitalarios en hospitales generales en Egipto*. Revista de Salud del Mediterraneo oriental,.15(5).
- Chirinos, E; Rivero, E; Goyo, A; Méndez, E; y Figueredo, C. (2008). *Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria*. Revista Científica Electrónica Ciencias Gerenciales vol 10 (4) 2008; 50-63
- Contreras, C. (2012) *Hospitalizaciones Inadecuadas en un Hospital Público Peruano*. Lima Perú. Editorial Académica Española.
- Contreras, C. (2011). *Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas en los servicios de medicina*, Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna, vol 24.175-187.
- Deschamps, A; Olivares, S; De la Rosa, K; y Asunsolo, A. (2011). *Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras*. Medicina y Seguridad del Trabajo. 57 (224) 224-241.
- Elorza, M; Ripari, N; Cruciani, F; Moscoso, N; y Gullace, M. (2012). *Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria*. Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38(4): 581-590.
- Giráldez, C.; Martínez, A.; Quintana, M., Martin, A. (2013). *Adecuación de los ingresos hospitalarios procedentes del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel*, Hospital Universitario La Paz Madrid, España. Emergencias . 26, 464-467.
- Gonzales, W. (2015). *Gestión de camas hospitalarias en el servicio de obstetricia de alto riesgo Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima*. (Tesis de maestría). Universidad San Martin de Porres.
- Legua, J. (2010). *Adecuación de ingresos hospitalarios en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Grau EsSalud, Lima*. (tesis para título de especialidad).Universidad Mayor de San Marcos.

- Merlo, O; Mendoza, N. (2014). *Manual de Admisión Hospitalaria*. Paraguay. Instituto de Medicina Tropical
- Navarrete, M, (2013). *Evaluación del uso adecuado del ingreso y la estancia en un hospital pediátrico, a través del Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol (Tesis de maestría)*. Universidad de Murcia, México.
- Pacheco. L. (2014). *Factores relacionados al uso inadecuado del servicio de emergencias del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* (Tesis para maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Parajón, J. (2007). *Herramienta de gestión aplicada a maternidades públicas: evaluación de la adecuación en la internación obstétrica: adaptación del protocolo AEP*. (Tesis de Maestría). Tucumán, Argentina. Universidad Isalud.
- Pérez, A; Santos, S; Luquero, F; Tamames, S; Castrodeza, J. (2007). *Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel*, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(1), 29-36.
- Poppa, G; La Torre, G; Mannocci, A; Specchia, M; Rabacchi, G; Vaschetto, C; Bontempi, C; Ricciardi, W; y Boccia, A. (2009). *Appropriateness of admission and stay in obstetrics wards: a new tool assessing unnecessary days of hospital care*. Italian Journal of Public Health - Year 7, 6(4), 341-351.
- Sarzo, P; Mas, G.; Ortiz, P. (2012). *Hospitalizaciones inapropiadas en el Servicio de emergencia de un hospital general de Lima*. Revista de la Sociedad. Peruana de Medicina Interna . 27(3) 115.
- Velasco, L; García, S; Oterino, D; Suárez, F; Diego, S; y Reyes, A. (2005). *Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias*. Revista Española de. Salud Publica. 79 (5), 541-549.
- Zambrana, J; Delgado, M; Cruz, G; Diez, F; Martín, D; Salas, J. (2001). *Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna*. Medicina Clínica, 116 (17), 652-654.

Zambrana, J; Granados, C; Zambrana, JL. (2017). *Mortalidad y atención a pacientes hospitalizados durante los fines de semana*. Revista de Calidad Asistencial, 32 (5), 245-300.

Web grafía

Atencio, J. (2013). *Admisión del paciente*. Salud y Medicina. Recuperado de <https://es.slideshare.net/niltonmalaga/admision-del-paciente>

Contreras, C. (2011). *Utilización hospitalaria de las especialidades médicas*. Acta Médica Peruana 28(2), 124 – 131. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n3/a02v28n3>

Guillén, C; Hernández, M; y Carballo, C. (2015). *Adecuación de los ingresos hospitalarios en función del personal sanitario facultativo responsable bajo un modelo de supervisión no piramidal de médicos residentes en urgencias*. FEM 2015; 18 (6): 405-409. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v18n6/original3.pdf>

Hernández, M; Guillén, C; Carballo, C. (2015). *Adecuación de Ingresos Hospitalarios en un Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario de la Comunidad de Madrid*. I Med Pub Journals, 11. 1:7), Recuperado de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/adecuacion-de-ingresoshospitalarios-en-un-serviciode-urgencias-de-un-hospitalterciario-de-la-comunidadde-madrid.pdf>

Mannocci, A; Specchia, M; Poppa, G; Boccia, G; Cavallo, P; De Caro F; et al. (2015). *A multicenter study on the appropriateness of hospitalization in obstetric wards: application of Obstetric Appropriateness Evaluation Protocol (Obstetric AEP)*. J Matern Fetal Neonatal Med. 28(13):1542-8. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2014.960833>

Mola, S. (2004). *Appropriateness Evaluation Protocol AEP* .España. <http://www.infodoctor.org/ingresoapropiado.htm>

Navarrete, L. (2013). *La Experiencia, el Conocimiento y el Aprendizaje*. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos98/experiencia->

conocimiento-y-aprendizaje/experiencia-conocimiento-y-
aprendizaje2.shtml

Quesada, E. (2011). *Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias. Tendencias en el mundo y situación en Mendoza*. ISG, Argentina. Recuperado de <file:///C:/Users/Principal/Desktop/tesis%20san%20pedro/gestion%20de%20camas/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

Soria, V; Carrillo, A; Campillo, A. (2009). *Factores asociados y costo de las hospitalizaciones y estancias inadecuadas en un hospital de segundo nivel*. doi/10.1177/1062860609337252

Villa, J; Andreu, M; Delgado, A; Polo, M; Fernández, V; García, H. (2013), *Adecuación de ingresos en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel de España*. <https://www.fundacionsigno.com/archivos/20131211135343.pdf>

Waterhouse, JM. (1994). *Trabajo por turnos*. BMJ. 308, 1640. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540445/pdf/bmj00445-0064c.pdf>

APENDICES Y ANEXOS

Anexo N° 01 Matriz de consistencia

	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
General	¿En qué medida los factores predisponentes influyen en la inadecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?	Establecer la relación que existe entre los factores predisponentes y la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017	Los factores predisponentes influyen directamente en la adecuación del ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017	Factores predisponentes - Procedencia de ingreso - Turno en que se produjo el ingreso - Día en que produjo el ingreso - Años de servicios del responsable del ingreso	Tipo Investigación descriptiva, de corte transversal y retrospectiva Representación Gráfica M1 : Ox Donde: M1 : Muestra de sujeto. Ox : Observación de la variable independiente. - factores predisponentes Y : Índice de correlación. Oy : Observación de la variable dependiente. - adecuación de ingreso hospitalario Población y Muestra: 100 historias clínicas
Específicos	¿Fueron adecuados los ingresos hospitalarios en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017? ¿En qué medida la procedencia del ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?	Determinar la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, Agosto 2017 Determinar si la procedencia del ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017	Existe inadecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017 La procedencia del ingreso hospitalario influye directamente en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017	Adecuación de ingreso hospitalario - Adecuado - Inadecuado	

	<p>¿En qué medida el turno en que se produjo el ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?</p> <p>¿En qué medida el día en que se produjo el ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?</p> <p>¿En qué medida los años de servicio del responsable del ingreso influyen en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017?</p>	<p>Determinar si el turno en que se produjo el ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017</p> <p>Determinar si el día en que se produjo el ingreso hospitalario influye en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017</p> <p>Determinar si los años de servicio del responsable del ingreso influyen en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.</p>	<p>El turno en que se produjo el ingreso hospitalario influye directamente en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017</p> <p>El día en que se produjo el ingreso hospitalario influye directamente en la adecuación de ingreso en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017</p> <p>Los años de servicios del responsable del ingreso influyen directamente en la adecuación de ingreso hospitalario en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, Lima, agosto 2017.</p>		<p>Técnicas e instrumentos de investigación</p> <p>Técnica: Documentación</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos • Protocolo de Evaluación de la adecuación hospitalaria(AEP)
--	--	---	---	--	---

Anexo N° 02 Ficha de Recolección de Datos

**Factores Predisponentes y Adecuación de Ingreso Hospitalario Hospital Nacional
PNP Luis N. Sáenz 2017.**

Edad del paciente	N° de historia clínica	Sexo del paciente		N° de ficha
		M	F	
Diagnóstico de ingreso y CIE 10				
Sexo del médico responsable del ingreso	masculino	femenino		
Procedencia del ingreso hospitalario.	Consulta externa	emergencia		
Turno en que se produjo el ingreso	diurno	nocturno		
Día en que se produce el ingreso:	Día de semana	Fin de semana		
Años de servicio del responsable del ingreso	0-10 años	11 años a mas		
AEP	ADECUADO	INADECUADO		

Anexo N° 03 Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP)

CAUSAS DE INGRESO ADECUADO	si	no
I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente		
1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo.		
2. Frecuencia cardiaca > de 140 o < de 50 latidos por minuto.		
3. Presión arterial sistólica > de 200 o < de 90 o diastólica > de 120 o < de 60 mm Hg.		
4. Pérdida aguda de visión o audición.		
5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.		
6. Fiebre > de 38 °C durante más de 5 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 permanente de constantes vitales por lo menos cada 2 horas.		
14. Quimioterapia que requiere observación permanente para evaluación de reacción tóxica.		
15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día.		
16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.		

CAUSAS DE INGRESO INADECUADO	si	no
A) Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.		
B) El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)		
C) Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba		
D) No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado		

- * Na+ <123 mEq / l ó > 156 mEq/l
 K+ <2,5 mEq / l ó > 6 mEq/l
 HCO₃ <20 mEq / l ó > 36 mEq/l
 pH arterial <7,3 ó > 7,45

Anexo N° 4 Base de Datos

BASE DE DATOS TESIS.aav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	sexo	procedencia	turno	da	años	AEP	CAUSA 1	CAUSA 2	CAUSA 3	CAUSA 4	var	var	var	var	var	var	var
1	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0							
2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
4	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
5	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
6	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0							
7	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0							
8	2	1	1	1	1	2	1	0	1	0							
9	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
10	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
11	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
12	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
13	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
14	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
15	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
16	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
17	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
18	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
19	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
20	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
21	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
22	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							

Visión de datos Visión de variables

BASE DE DATOS TESIS.aav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	sexo	procedencia	turno	da	años	AEP	CAUSA 1	CAUSA 2	CAUSA 3	CAUSA 4	var	var	var	var	var	var	var
23	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
24	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
25	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0							
26	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0							
27	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
28	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
29	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0							
30	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
31	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0							
32	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0							
33	1	2	1	1	2	1	0	1	0	0							
34	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
35	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
36	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
37	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0							
38	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0							
39	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0							
40	2	1	1	1	1	2	0	0	1	0							
41	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0							
42	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
43	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0							
44	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0							

Visión de datos Visión de variables

BASE DE DATOS TESTS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Verde 10 de 12 variables

	sexo	procedencia	tiempo	dia	años	AEP	CAUSA_1	CAUSA_2	CAUSA_3	CAUSA_4	100	101	102	103	104	105	106	107	108	
45	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0										
46	2	1	1	1	1	2	0	1	1	0										
47	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0										
48	2	1	1	1	1	2	0	1	1	0										
49	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0										
50	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0										
51	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0										
52	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0										
53	1	1	1	1	2	2	1	0	1	0										
54	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
55	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0										
56	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
57	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
58	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0										
59	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
60	1	2	2	1	1	2	0	1	1	0										
61	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0										
62	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
63	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0										
64	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
65	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0										
66	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										

Verde 10 de 12 variables

Verde de datos Verde de variables

BASE DE DATOS TESTS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Verde 10 de 12 variables

	sexo	procedencia	tiempo	dia	años	AEP	CAUSA_1	CAUSA_2	CAUSA_3	CAUSA_4	100	101	102	103	104	105	106	107	108	
67	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
68	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
69	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
70	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
71	2	1	1	1	2	2	1	0	1	0										
72	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0										
73	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0										
74	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
75	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0										
76	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
77	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
78	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
79	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
80	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
81	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
82	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0										
83	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0										
84	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
85	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0										
86	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
87	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										
88	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0										

Verde 10 de 12 variables

Verde de datos Verde de variables

BASE DE DATOS TESIS.sav [ConjuntoDatos1] - SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Asistente directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

110. Tabla: 13 de 18 variables

	sexo	procedencia	turno	da	años	AEP	CAUSA 1	CAUSA 2	CAUSA 3	CAUSA 4	v12	v17	v18	v19	v20	v21	v22	v23	
89	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0									
90	1	2	1	1	1	2	0	1	0	0									
91	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0									
92	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0									
93	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0									
94	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0									
95	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0									
96	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0									
97	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0									
98	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0									
99	1	2	2	2	1	1	0	0	0	0									
100	1	1	1	1	1	2	0	1	0	0									
101																			
102																			
103																			
104																			
105																			
106																			
107																			
108																			
109																			
110																			

Visita de datos Visita de variables

Anexo N° 5 Causas de Ingreso Inadecuado

CAUSAS DE INGRESO INADECUADO	Frecuencia
Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.	5
El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)	6
Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba	12
No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado	0

Anexo N°6 Propuesta de Intervención Científica
Implementación de la Evaluación Periódica de Adecuación de Ingresos
Hospitalarios en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP
Luis N. Sáenz

1. Introducción

La admisión hospitalaria inadecuada aumenta el gasto sanitario, crea ineficiencias en la gestión e influye en la calidad asistencial.; con cierta frecuencia se hospitalizan pacientes con enfermedades crónicas, cuando podrían haberse realizado en niveles asistenciales distintos: ambulatorio, consulta domiciliaria, hospital de cuidados crónicos o en centros de menor nivel de complejidad. Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas, referimos a ingresos inadecuados innecesarios e, injustificados lo hacemos a las atenciones realizadas en hospitales de gran complejidad que generan ingresos innecesarios.

Según la organización mundial de la Salud (OMS), la calidad de atención conlleva no solo la prestación de una atención apropiada a cada problema de salud sino que debido a los recursos limitados esta debe realizarse con el mínimo costo posible, sin afectar la oportunidad, calidad y accesibilidad a los servicios de salud

En ese contexto el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz tuvo ingresos hospitalarios inadecuados en un 15%, cifra que podría disminuir si se implementa una evaluación periódica de la adecuación de sus ingresos hospitalarios y la mejora de la eficiencia en la utilización de sus recursos disponibles.

2. Base Legal

- Ley N° 26842 Ley General de Salud

- Ley N° 29334- Ley Marco de Aseguramiento Universal
- Resolución Ministerial N° 519-2005 MINSa que aprueba Documento Técnico “ Sistema De Gestión de la Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSa que aprueba NNTS N° 117-MINSa/DGSP – V.01 “Norma técnica de salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud”
- Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSa que aprueba la Directiva N° 007-MINSa/OGPP- V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y modificatorias.

3. Justificación

La intervención científica se justifica en merito a los resultados encontrados, en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional PNP Luís N. Sáenz que presenta 15% de ingresos inadecuados, un poco por encima de la media nacional, pudiéndose identificar como factores predisponentes los ingresos por consulta externa y pocos años de experiencia del médico que indicó el ingreso, Si bien es cierto que la mayor causa de esta situación no dependan directamente de la Gestión del Departamento, los ingresos inadecuados pueden mejorarse internamente a través de la socialización de los procesos de atención que se encuentran plasmados en documentos normativos de gestión y de una evaluación periódica de la adecuación de sus ingresos hospitalarios.

Las tasas de ingresos y de estancias hospitalarias se incrementan con la edad, algunas características sociales, enfermedades crónicas, mentales por deterioro cognitivo y funcionales como pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria se asocian a un alto consumo de servicios sanitarios inadecuados.

La intervención científica permitirá utilizar herramientas disponibles y validadas internacionalmente como es el Protocolo de Evaluación de la adecuación de ingresos hospitalarios (AEP), para evaluar periódicamente la adecuación de los

ingresos y mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles en el Departamento de Cirugía General.

4. Objetivo

Objetivo General

- Contribuir en la mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles a través de la evaluación de la adecuación de ingresos hospitalarios en el Departamento de Cirugía General del Hospital PNP.

Objetivos Específicos

- Promover una cultura de evaluación periódica de la adecuación de ingresos hospitalarios.
- Impulsar la capacitación periódica sobre documentos normativos de gestión.

5. Metodología

- Se organizará talleres para sensibilización del personal del Departamento con respecto al tema
- Socializar los documentos normativos de gestión (MAPRO, flujogramas de atención, guías de práctica clínica) y el entrenamiento para la aplicación del protocolo de evaluación de adecuación de ingresos hospitalarios.
- Se realizará estudios semestrales aplicando el protocolo de evaluación de adecuación de ingresos hospitalarios en el Departamento de Cirugía General.
- Se organizará talleres post aplicación del protocolo AEP para discutir resultados y emitir acciones correctoras.

- Supervisar la aplicación de las medidas correctoras y las mejoras obtenidas.

6. Resultados

- Contribuir a disminuir los factores predisponentes para la adecuación de ingresos hospitalarios.
- Contribuir a mejorar la eficiencia de la utilización de los recursos disponibles en el Departamento de Cirugía General.
- Servir de referencia para estudios similares en otros Departamentos Médicos del Hospital PNP Luis N. Sáenz.

7. Evaluación

- Considerando los resultados obtenidos requiere una supervisión periódica de los ingresos hospitalarios, realizados sobre todo por consulta externa.
- Evitar ingresos prematuros que aumentan el gasto sanitario y sobre todo que aumenten el riesgo de infecciones nosocomiales.
- Personal capacitado en un 80%.