



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**  
UNAN-MANAGUA

**Recinto Universitario Rubén Darío  
Facultad de Ciencias Médicas**

**Tesis Monográfica para optar al título de médico y cirujano “Evaluación de la adecuación de las hospitalizaciones en pacientes atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes en base al protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica septiembre 2016”**

**Autora:**

**Br. Ismelsin Virginia Salgado González**

**Tutora:**

**Dra. Silvia Mayela Bove U.  
Pediatra, MSc. En Epidemiología**

**Managua, Nicaragua; 21 de octubre 2018.**

## DEDICATORIA

Primeramente dedico este trabajo a Dios, quien nunca me ha abandonado a pesar de todo y a quien me dio las fuerzas para llegar hasta aquí.

En segundo lugar a mis padres quienes me apoyaron y me enseñaron los valores necesarios que guiarán mi vida.

A mi familia, por enseñarme a vivir la vida de la mejor manera en que se puede aprender.

Sin restar importancia, a los niños que son la luz que mueve el mundo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Doy gracias a Dios por nunca abandonarme, en momentos difíciles fue cuando más cerca estuviste.

A mi tutora, sin ella no hubiera podido hacerse posible.

Al Hospital Juan Antonio Brenes por permitirme realizar este estudio en su hospital.

Al departamento de Madriz el cual me ha dejado las mejores lecciones de vida que jamás esperé aprender.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS .....	8
<i>Objetivo general:</i> .....	8
<i>Objetivos específicos:</i> .....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
Definiciones Generales. ....	10
Factores del paciente. ....	12
Factores relacionados con la familia. ....	14
Factores administrativos o de la unidad de salud. ....	15
Factores del personal médico. ....	17
Protocolo de la Evaluación de la Adecuación.....	18
Versión pediátrica de la evaluación de la adecuación (pAEP).....	19
DISEÑO METODOLÓGICO .....	22
Tipo de estudio .....	22
Área de estudio.....	22
Universo .....	22
Muestra .....	22
Tipo de Muestreo.....	23
Criterios de Selección de la muestra.....	23
Criterios de inclusión:.....	23
Criterios de exclusión: .....	23
Fuente de información:.....	23
Unidad de análisis .....	23
Técnicas y procedimientos .....	23
Proceso de revisión de expediente clínico .....	24
Plan de Tabulación y Análisis.....	25
Análisis Estadístico .....	25
Plan de Tabulación.....	25
Enunciado de variables .....	26

Operacionalización de variables. ....	28
Objetivo 1: Describir las características generales de la población a estudio. ....	28
Objetivo 2: Valorar la adecuación de los ingresos. ....	29
Objetivo 3: Estimar la adecuación de las estancias hospitalarias en el servicio de pediatría .....	31
Objetivo 4: Identificar las causas de estancia inadecuada. ....	33
Aspectos Éticos. ....	34
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	44
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	45
ANEXO 1. INSTRUMENTO UTILIZADO.....	48
ANEXO 2. TABLAS DE RESULTADOS .....	54
ANEXO 3. GRAFICOS DE SALIDA .....	63
ANEXO 4. CARTAS DE SOLICITUD .....	71

## INTRODUCCIÓN

Las hospitalizaciones del servicio de Pediatría resultan de gran interés a nivel mundial debido al impacto que genera el ingreso y la estancia hospitalaria en el paciente pediátrico, siendo estos vulnerables a las infecciones asociadas a la atención sanitaria, procedimientos dolorosos, accidentes iatrogénicos y trastornos psicológicos por la separación que supone del entorno familiar. (Casanova Matutano, 2010); si a esto le sumamos el costo generado para el sistema de salud resulta en una problemática de carácter social y económico pudiéndose interpretar una estancia inadecuada como una atención deficiente y exteriorizándose en el uso innecesario y/o inadecuado de los recursos económicos, causando las estancias hospitalarias inadecuadas un mayor gasto al sistema de salud. (Mollar Maseres, 2010)

De esta manera podemos encontrarnos ante diferentes situaciones que culminan en estancias inadecuadas como el recibir servicios que no proporciona un beneficio significativo y los cuidados que podrían ser proporcionados con menores costos y/o en niveles institucionales diferentes.

Por lo tanto conocer el porcentaje y las causas de los ingresos y estancias inadecuadas es el primer paso para su reducción permitiendo reservar los recursos para aquellos pacientes que ameriten verdaderamente el ingreso hospitalario aumentando de esta manera la eficiencia de la atención y la calidad de los servicios brindados a través de una correcta identificación de los problemas pediátricos. (Gómez Llorente, 2014)

Con el fin de determinar los ingresos y estancias hospitalarias injustificadas se desarrolló el Protocolo de la Adecuación de la Estancia (AEP) dirigido a la población adulta y pediátrica la cual a través de objetivos determinados clasifica estos ingresos y estancias en adecuadas o inadecuadas. (Saturno, 2013)

Este estudio tiene la finalidad además de determinar los ingresos y estancias inadecuadas a través de la aplicación del Paep, servir como una guía que ayude a la mejora de la utilización de los recursos en el servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes Palacios.

## ANTECEDENTES

A nivel internacional se encontraron:

Se realizó estudio de caso y controles no pareados, en el cual se analizaron factores asociados a estancias hospitalarias prolongadas en neonatos, se tomaron 555 expediente, 111 con estancia superior a 7 días y 444 con estancia entre 1 y 7 días, hospitalizados entre los años 2005 y 2010. En los resultados se encontró que los factores maternos como control prenatal con menos de 5 visitas, carencia de seguridad social en salud, gravidez de 3 o más gestaciones y neonatales como peso al nacer menor a 2.000 g), necesidad de reanimación cardiorrespiratoria, edad gestacional menor a 36 semanas e ingreso a la unidad neonatal por urgencia o remisión desde otro centro hospitalario se hallaron asociados a estancia mayor a 7 días. (Alfonso, 2011)

En el Hospital Infantil “La Fe” Valencia se elaboró estudio transversal descriptivo con componentes analíticos que tuvo por objetivo determinar la adecuación de las estancias e ingresos, a través de la aplicación de la versión pediátrica del protocolo de adecuación de ingresos y estancias pAEP (**Protocolo de Evaluación de la Adecuación versión pediátrica**). En el estudio encontraron que el porcentaje de inadecuación de ingresos fue del 10,5% y el de inadecuación de las estancias del 18,4%. La causa más frecuente de inadecuación de los ingresos fueron «las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo». La causa más frecuente de inadecuación de estancias fueron los «problemas de programación de pruebas o procedimientos quirúrgicos». (García L. , 2012)

En el año 2010 se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se seleccionaron 110 casos según el tipo de cirugía que más frecuentemente se realiza en el Departamento del Hospital de Emergencias Pediátricas en el que se pretendía identificar los factores que influyen en la estancia hospitalaria

prolongada de pacientes postoperados. Los factores de riesgos que producían una mayor estancia hospitalaria más encontrados en este estudio se relacionaron con infecciones, demostrando que existe, a su vez, una asociación significativa entre el desarrollo de infecciones nosocomiales con: estancia prolongada en el servicio (mayor de 6 días), catéter central por un período mayor de 15 días, ventilación mecánica con duración mayor de 4 días administración de fármacos bloqueadores de la producción de ácido gástrico, alimentación parenteral y antimicrobianos de amplio espectro con duración mayor de diez días. (Camacho, 2010)

En un estudio retrospectivo que utilizo el pAEP para evaluar el grado de adecuación de ingresos y estancias de la población en el Hospital de tercer nivel del INSALUD de la Comunidad de Madrid. En el estudio se evaluaron un total de 534 ingresos con 1.885 días de estancia (excluyendo los días de ingreso, alta y los correspondientes a la UCI) donde el porcentaje de ingresos inadecuados detectado fue del 7,9% y de estancias prolongadas fue del 24.1%. Los factores determinantes fueron: edad menor de 3 años, procedencia de otras comunidades autónomas, ingresos procedentes de traslado o desde consultas externas, servicios no quirúrgicos, estancias de más de 6 días, alta médica en días laborables, y pertenencia del día de estancia al último tercio de la misma. (Trapero, 2012)

Se realizó un estudio descriptivo en el que se revisó de forma concurrente las estancias de pacientes menores de 14 años ingresados, al menos 24 horas, por distintas patologías para intervención quirúrgica, observación o estudio con el objetivo de estimar la proporción de estancias innecesarias en un servicio de Cirugía Infantil utilizando la versión pediátrica del « Protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica ». En el estudio se encontró que los pacientes estudiados el 37,3% se consideraron innecesarias. Las enfermedades con mayor incidencia de estancias innecesarias fueron: criptorquidia (97,3%), hernia (88,9%), estenosis hipertrófica de píloro (50%) y cirugía de tejidos blandos superficiales (43,1%). Un 68,2% de las estancias innecesarias se atribuyeron a responsabilidad del hospital servicio médico, un 22,6% al entorno socio familiar y un 9,2% a la falta de recursos alternativos al hospital. (Alfonso, 2011)

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo en el año 2015, en el cual se incluyeron pacientes pediátricos entre 1 mes y 18 años hospitalizados en el Hospital de niños Ricardo Gutiérrez en la ciudad de Buenos Aires, Argentina durante el mes de mayo y junio del 2015 analiz, la internación fue adecuada en 95% de los casos, inadecuada en el 4,8% los pacientes que podrían haberse ingresado en un hospital general y no pediátrico de alta complejidad fue del 34%, no se hallaron diferencias entre sexo. La principal causa de internación fueron las infecciones respiratorias con un 34,5%. (Bilkis, 2015)

En el año 2010 se realizó un estudio en Valencia de carácter retrospectivo de manera aleatoria de 323 historias clínicas de pacientes entre 6 meses y 14 años hospitalizados en un hospital público de Valenciana donde se encontró que el 17,7% de los ingresos y el 15,5% de las estancias fueron considerados inapropiados, siendo la causa más frecuente de ingreso inapropiado que las necesidades diagnósticas y terapéuticas podrían haberse cumplido de forma ambulatoria. Respecto a las estancias inapropiadas, en la mayoría de los casos 70% fueron debidas a que el médico no prestó atención a la necesidad de dar de alta al paciente al conseguir el propósito de la hospitalización. (Casanova Matutano, 2010)

En el 2010 en un Hospital de Valencia se realizó un estudio transversal descriptivo con componentes analíticos, siendo la unidad de análisis un día de hospitalización ante los informe de alta a los que se le aplicó la versión Pediátrica del protocolo de adecuación de ingresos y estancias PAEP encontrando que el porcentaje de inadecuación de ingresos fue de 10,5% y de estancias un 18,4% siendo la causa más frecuente de inadecuación de ingresos las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden realizarse como paciente externo, la causa más frecuente de inadecuación de estancias fueron los problemas de programación de pruebas o procedimientos quirúrgicos. (Mollar Maseres, 2010)

A nivel nacional se encuentra el antecedente de un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaraguense en el año 2016, el cual fue descriptivo y retrospectivo, en el cual se aplicó el Protocolo del PAEP donde se evaluaron las estancias hospitalarias y los ingresos pediátricos encontrando que la mayoría de los ingresos fueron

adecuados, siendo el 16,8% inadecuado y donde se encontró que la mayor causa de estancias inadecuadas fue debido al manejo terapéutico demasiado conservador, siendo la edad entre 1-3 años la que presentó la mayoría de estancia inadecuada y misceláneo el servicio con mayor estancia inadecuada con un 10,5%.

## JUSTIFICACIÓN

Se ha demostrado en diferentes estudios que el utilizar un protocolo de adecuación de los criterios de internación puede disminuir las hospitalizaciones inapropiadas. (Bilkis, 2015)

En Nicaragua no contamos con un protocolo definido que responda a la problemática de ingresos y estancias inadecuadas de los pacientes pediátricos que a largo plazo influyen en la utilización inadecuada de insumos médicos generando un gasto mayor para el sistema de salud y una disminución de la calidad de la atención ya que predispone a mayores complicaciones como son las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Es por esto que al aplicar este protocolo en el servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes no solamente permitirá obtener datos sobre los ingresos y estancias inadecuadas sino también el ejercer medidas sobre las causas que ocasionen los mismos, siendo el propósito de la investigación contribuir en la mejoría de la calidad de la atención pediátrica y la utilización de los recursos en salud aportando a su vez recomendaciones al sistema de salud a través de los datos obtenidos que permitan reducir los ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas disminuyendo la afluencia de pacientes de manera innecesaria en los hospitales.

A través de este estudio conoceremos la situación de los ingresos y estancias hospitalarias del servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes y a largo plazo este estudio podría aplicarse a otras unidades de salud para obtener una mejoría de la calidad de la atención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nicaragua siendo un país en vías de desarrollo el cual cuenta con un sistema de salud público requiere de la adecuada utilización de insumos médicos e infraestructuras sanitarias para la atención pediátrica que mejore la calidad de atención de salud y disminuya los costos sanitarios, a su vez evitando mayores complicaciones en los niños que usan estos servicios.

La demanda poblacional aumenta con el tiempo ameritando dar una respuesta a la misma, por lo cual se plantea la necesidad de buscar una solución a esta problemática presentada

El Hospital Juan Antonio Brenes es un hospital de referencia departamental, por lo cual asume los pacientes del municipio de Madriz dando solución a los requerimientos poblacionales, mensualmente se ingresa un promedio de 200 pacientes por mes los cuales acuden de la zona urbana y referidos los demás municipios, siendo en su mayoría de áreas rurales y lejanías geográficas, por lo cual se predispone a realizar ingresos o estancias inadecuadas.

A través de diversos estudios se ha demostrado que existe un porcentaje de estancia y/o ingreso inadecuado de pacientes no siendo necesaria la sobreutilización de recursos, por lo que planteo:

¿Fueron adecuadas las hospitalizaciones, según pAEP, en los pacientes atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes durante el mes de septiembre del año 2016?

## OBJETIVOS

### *Objetivo general:*

Evaluar la adecuación de las hospitalizaciones en pacientes atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en base al pAEP, durante el mes de septiembre del año 2016.

### *Objetivos específicos:*

1. Describir las características generales de la población a estudio.
2. Valorar la adecuación de los ingresos hospitalarios.
3. Estimar la adecuación de las estancias hospitalarias en el servicio de pediatría
4. Identificar las causas de estancias inadecuadas.

## MARCO TEÓRICO

La ley General en Salud de la República de Nicaragua en su capítulo II de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios, Arto. 8. Derechos de los Usuarios. Expresa lo siguiente:

Los usuarios del Sector Salud, gozarán de los siguientes derechos:

1. Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley.
2. Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.
3. Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios ambulatorios, medios diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional y conforme las listas básicas definidas por el ministerio de Salud.
4. A ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. (Nicaragua, 2002)

Tipos de usuario desde el punto de vista de la utilización de los servicios. Se identifican dos tipos, estos son:

- ✓ Los usuarios externos: son las personas que reciben los servicios de la institución (clientes).
- ✓ Los usuarios internos. Son los empleados o trabajadores los que reciben productos y servicios de esta y que los usan en el proceso de atención (prestadores de servicio).

## Definiciones Generales.

### **Ingreso hospitalario:**

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 (consultas, Hospital de Día). (Chirinos, Rivero , Goyo , Méndez, & Figueredo , 2008).

### **Estancia hospitalaria:**

Es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización; se considera un indicador de salud; y logra evaluar la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama.

Se considera un buen indicador de la calidad de atención al medir la eficiencia de los servicios y la utilización de los recursos.

La estancia mínima es pasar la noche y tomar una comida principal (almuerzo o cena) en el hospital, por debajo de esto no se considera que se haya llegado a completar una estancia. No generan estancias, por ejemplo, las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, hospital de día ni reanimación.

La estancia debe de ser acorde al tipo de patología que sufre el paciente y las necesidades de cada servicio.

Duración de la estadía: el resultado de la diferencia en días, entre la fecha de alta y la de ingreso a la institución hospitalaria.

2. Estancia media (estándar o corregida), que mide el número de días de ingreso promedio por paciente egresado del servicio u hospital. (Chirinos, Rivero , Goyo , Méndez, & Figueredo , 2008).

### **Estancias sociales:**

Estancias generadas entre la alta médica y la alta administrativa, por causas de índole social, no asistenciales. Se imputarán al hospital y no al servicio en el que permanezcan hasta abandonar el hospital. (Chirinos, Rivero , Goyo , Méndez, & Figueredo , 2008).

### **Alta hospitalaria:**

Paciente que, estando previamente ingresado (es decir que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro. Los motivos de alta hospitalaria pueden ser:

- Alta médica
- Alta voluntaria
- Traslado a otro centro

### **Definición de hospitalización inadecuada:**

Cualquier rasgo, característica o peculiaridad que al existir provoca una hospitalización inadecuada, ya sea un ingreso innecesario o una estancia prolongada. (Chirinos, Rivero , Goyo , Méndez, & Figueredo , 2008).

### **Causas de hospitalizaciones inadecuadas.**

El aumento progresivo de las emergencias en los hospitales llevan a que las salas se encuentren saturadas de pacientes; si bien esto se podría ver justificado por el aumento natural de la población de un país, sobre todo en los pediátricos y en enfermedades de gran morbilidad como son las enfermedades diarreicas y respiratorias no siempre esta es la naturaleza de la situación ya que las hospitalizaciones van a verse influenciadas por diversas circunstancias que al estar

presentes son agentes causales de ingresos o estancias que mantienen al paciente en el hospital por tiempo innecesario (Antillón J. J.).

El área de hospitalización se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos y, en muchas ocasiones, la permanencia de los pacientes en esta área es excesiva, sin que ello conlleve a una mayor calidad asistencial. (Antillón J. J.)

Son múltiples las causas que pueden motivar estas estancias prolongadas: unas de carácter médico, otras derivadas de la situación socioeconómica de los pacientes y otras derivadas de la propia infraestructura del hospital. Los recursos hospitalarios son limitados y su uso racional permitirá que la asistencia prestada sea más eficaz y eficiente. Por ello, en los últimos años se están introduciendo en los hospitales conceptos de eficiencia y competitividad, lo que propicia la aplicación de técnicas orientadas a una mejor gestión de los recursos y a una evaluación continuada de la actividad. (Antillón J. J.)

Los agentes causales de mal adecuación de ingresos y/o estancias podemos dividirlos en los siguientes factores:

- Factores del paciente.
- Factores administrativos o de la unidad de salud
- Factores del personal médico. (Antillón J. J.).

### **Factores del paciente.**

Son aquellos propios del usuario del servicio de salud o sus cercanos (familiares)

- **Factores personales:**

#### **Edad:**

La mayoría de estudios concuerdan en que este es el factor más influyente, siendo los extremos de la vida (menores de 3 años y mayores de 60 años) los más señalados.

**Sexo:**

No se ha demostrado una relación verdadera.

**Desarrollo Psicológico:**

Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades; y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionen a la hospitalización. Por un lado, el desarrollo cognitivo le permite al niño entender de diferentes maneras la situación vivida y mostrar variadas preocupaciones en relación con ésta. El desarrollo socio emocional por otro lado, posibilitará grados de resiliencia frente al proceso de hospitalización.

Esta relación permitirá que ocurran engranas y matrices neurofisiológicos que posibilitarán una construcción psicológica y relacional adecuada, además de un mejor enfrentamiento al estrés. Estos conceptos implican que una hospitalización de prematuros y lactantes sin considerar el cuidado de esta vinculación temprana generará una iatrogenia importante para la recuperación física más pronta y para el desarrollo cognitivo y socio emocional posterior. (Vessey, 2003)

Es necesaria la información anticipada sobre los procedimientos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones (Anders, 1982).

**Morbilidad psiquiátrica previa y funcionamiento familiar:**

Los niños o adolescentes que han tenido depresión y angustia, alteraciones del desarrollo psiconeurológico generalizado, así como familias con dificultades para resolver problemas, que presentan disfunción de relaciones entre ellos o que tengan historia de dificultades con los equipos de salud, probablemente tendrán mayores dificultades para enfrentar la situación de hospitalización y para relacionarse con los equipos de salud lo que dificulta la atención y comunicación (García & Herrera, 1994).

### **Factores relacionados con la enfermedad:**

La naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden de manera importante en la forma en que el niño y su familia experimentan la enfermedad y la hospitalización. La hospitalización tiene un significado de amenaza vital, vivido con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad especial como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico. (Stephens, Barkey, & Hall, 1999)

Lo anterior es lo que lleva muchas veces a las exageraciones de los síntomas, del cuadro y preocupaciones innecesarias. (Stephens, Barkey, & Hall, 1999)

Por otro lado, este proceso es vivido tanto por el paciente como por la familia, y la forma en que se viva dependerá de múltiples variables, haciéndose necesario, en algunos casos, la colaboración de un equipo psicoterapéutico (Stephens, Barkey, & Hall, 1999).

### **Factores relacionados con la familia.**

#### **Comunicación familiar y equipo de salud:**

La intensidad del impacto de la enfermedad sobre la familia, se relaciona directamente con la capacidad previa de enfrentamiento al estrés y la posibilidad de lograr estabilidad posterior (Snyder, 2004). Para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, es importante que el equipo de salud, conozca las preocupaciones y expectativas de los padres acerca del cuidado del niño y la situación familiar, es necesario que la familia, y en especial los padres del niño hospitalizado, tengan una buena relación y comunicación con el equipo médico, y que éste, a su vez, se preocupe de conocer el lenguaje de la familia para la entrega de la información.

**Condición socioeconómica:**

La pobreza, nivel de educación y el tipo de ocupación del familiar encargado del cuidado del paciente son factores mencionados como influyentes (Ceballos-Acevedo, Velásquez-Restrepo , & Jaén-Posada, 2014).

**Situación socio-familiar:**

Quienes tienen menos ayuda familiar tienden a exagerar cuadros para permanecer la mayor cantidad de tiempo posible en el hospital, este es un factor de riesgo importante en los adultos, sobre todos de los de la tercera edad (Ruiz, Campos, & Peña, 2008).

**Procedencia:**

Se considera que a medida que sea más lejana la procedencia del paciente con respecto al hospital de internamiento más posibilidades de ser ingresado y de tener una estancia prolongada, generando estancias sociales (Antillón J. J.).

**Factores administrativos o de la unidad de salud.**

El equipo médico y de salud toma un rol fundamental en la red sanitaria, asumiendo el cuidado del niño y la relación con su familia. Este planteamiento tan simple, incorpora la necesidad de un enfrentamiento que incluya otras variables en el cuidado de la enfermedad, además de lo físico y lo biológico.

**Los factores administrativos son:**

- Poco personal de enfermería
- Pocos recursos humanos en el hospital
- Falta de recursos diagnósticos (exámenes de laboratorio, imagenológicos, radiológicos) al momento de la atención.
- Demora en exámenes de laboratorio y/o imagenológicos.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que pueden realizarse ambulatoriamente

- Problema de calendario para pruebas diagnósticas.
- Problema de calendario para operación quirúrgica.
- Falta de cupos en sala.
- Retraso de valoración por los servicios.
- Déficit en el apoyo logístico
- Demoras en la autorización por parte de los seguros de salud de ciertas prestaciones como procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos o traslados, o insumos de procedimientos
- Demora en la tercerización del servicio
- Demora en conseguir la historia clínica antigua
- Incumplimiento en la administración del medicamento del paciente por falta de material
- Dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requiere; ya sea por inexistencia o falta de disponibilidad de plazas en instituciones alternativas, como hogares de ancianos, hospitales para enfermedades crónicas, servicios de atención primaria o servicios de atención domiciliaria.
- Demora en los trámites de alta del paciente.
- Fallas en la disponibilidad de servicios de asistencia social en el momento del alta del paciente.
- Abuso de hospitales regionales o de referencia por patologías que pudiesen haber sido tratadas en un nivel menor y en ocasiones la falta de equipos diagnósticos o de especialistas obliguen al traslado

Esto en muchas ocasiones se traduce en relaciones que generan estrés y deriva en dificultades para manejar diversas situaciones que se dan en la relación con los padres, el niño y en la capacidad de lograr un cuidado más integral de éste. El lograr esto se hace aún más difícil en la medida que se busca compatibilizar el desarrollo tecnológico y científico con el logro de una medicina integral. Este desarrollo hace de la medicina una ciencia más exigente y más especializada, con el riesgo de favorecer la despersonalización del paciente y poner el énfasis en el órgano enfermo

más que en el individuo. (Ceballos-Acevedo, Velásquez-Restrepo , & Jaén-Posada, 2014) (Elorza, Ripari, Cruciani, Moscoso, & Gullace, 2012).

### **Factores del personal médico.**

El personal médico es el principal actor a nivel institucional en el manejo de los pacientes; siendo quien está en directo contacto con paciente y familia; una falla en este conlleva a ingresos y estancias inadecuadas (Garcia & Barra, 2005).

Se han mencionado como factores de riesgo:

- Sobrecargo de trabajo, dispensando escaso apoyo o soporte emocional a sus miembros, lo que disminuye la resistencia del equipo y afecta la toma de decisiones frente a situaciones graves, urgentes y de relación con el niño y su familia.
- Demora para contestar las interconsultas.
- Demora en programar las intervenciones quirúrgicas.
- Demora en establecer la conclusión del diagnóstico.
- Demora en indicar los exámenes especiales.
- Demora en la elaboración completa de la historia clínica.
- Demora en indicar las interconsultas.
- Inadecuada interpretación de hallazgos que aparecen durante la evolución.
- Demora en dar las órdenes para los exámenes de laboratorio.
- Demora en prescribir la terapéutica farmacológica.
- No prestar atención a la necesidad de dar el alta.
- Tratamiento médico conservador.
- Técnica quirúrgica que puede mejorar.
- Médicos mantienen pacientes en el hospital por ganancias monetarias.
- Factores propios relacionados con el criterio y competencia médica y la especialidad del médico y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el hospital.

- Fallas al ingreso del paciente por falta de un diagnóstico claro al ingreso y una admisión prematura.
- Alta está planeada pero no existen aún las órdenes escritas.
- Ausencia de la importancia de la necesidad de dar el alta, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización.
- Incorrecto o incompleto seguimiento de los pacientes en el registro médico.

## Protocolo de la Evaluación de la Adecuación.

### Consideraciones Generales

El protocolo de evaluación de la adecuación es un instrumento validado para el análisis eficiente de un ingreso y/o estancia valorando si es medicamente necesaria; esto lo hace al responder si un paciente requiere el ingreso como paciente agudo o se los servicios que recibe durante la estancias son oportunos en el tiempo (Restuccia). Tal protocolo es utilizable tanto en el área de pacientes adultos como los pediátricos, lo último gracias a la versión pediátrica del mismo.

El protocolo de evaluación de la adecuación (AEP) surge en 1981; presentado por de Gertman y Restuccia, el cual estaba orientado a la identificación de días innecesarios de estancia hospitalaria debido a la inexistencia de diversos procedimientos médicos, cuidados de enfermería o condiciones clínicas del paciente que justifiquen su permanencia en el hospital en un día concreto de la estancia hospitalaria; esto dirigido en áreas clínicas para adultos.

Desde que surge el protocolo ha sufrido diversas modificaciones y cambios con el fin de simplificar su aplicación cuando se desea juzgar la adecuación de las hospitalizaciones. Si bien el AEP constituye solo un instrumento de evaluación no es el que indica necesariamente que un paciente ya no requiere la hospitalización y deba de ser dado de alta; puesto que muchas veces la hospitalización es debida a la procedencia del enfermo, la falta de otras instalaciones para sus cuidados, alternativos. A pesar de lo anterior si la muestra es lo suficientemente grande,

determinan una situación bastante exacta acerca del porcentaje de utilización de las hospitalizaciones.

Existen diversas versiones del AEP para distintos grupo de pacientes, esto con el interés de buscar mayor validez y fiabilidad cuando se analizan las hospitalizaciones:

- Protocolo de pacientes adultos médico-quirúrgicos: Es la versión que se debe aplicar a pacientes adultos de medicina, cirugía y ginecología. Está dividida en dos partes: la primera sirve para evaluar el día del ingreso y la segunda, para la evaluación de cualquiera de los días de estancia hospitalaria.
- Protocolo pediátrico (pAEP). Se aplica a pacientes pediátricos a partir de seis meses de edad.
- Protocolo de cirugía electiva. Se aplica a pacientes citados para ingreso quirúrgico, con el fin de determinar la adecuación del lugar (ingreso frente a paciente ambulatorio) y la oportunidad (necesidad de días preoperatorios) del procedimiento.

### **Versión pediátrica de la evaluación de la adecuación (pAEP)**

El Protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica (Protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica AEP) es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas.

Tiene como objetivo tratar de identificar problemas de organización hospitalaria y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos cuando el paciente ya no requiere estar en el hospital.

Este protocolo no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico.

## **Consta de dos conjuntos:**

### ✓ Primer conjunto

El primer conjunto está diseñado para evaluar los ingresos, consta de 22 criterios. Los quince primeros tienen relación con la situación clínica del paciente, mientras que los siete restantes son referentes a los servicios clínicos prestados. 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 este primer grupo de criterios valora la pertinencia de la admisión en el momento en que ésta se produce y no la totalidad del ingreso hospitalario.

### ✓ Segundo conjunto

El segundo conjunto de criterios se empleó para determinar la necesidad de cada una de las estancias siguientes al día del ingreso, con la excepción, del día del alta. Consta de un total de 31 criterios, 12 de ellos referidos a la prestación de servicios médicos, 9 a cuidados de enfermería y los 10 últimos a la situación clínica del paciente. Como en el conjunto anterior, basta con presentar un criterio para considerar apropiada la estancia hospitalaria el día revisado.

Además de los dos conjuntos, el pAEP, consta de dos listas; una de causas de ingresos inadecuados y otra de estancias prolongadas, esto con el fin de asignar un posible motivo a los que se detectan como ingresos y/o estancias inadecuadas.

## **Limitaciones de la versión pediátrica del protocolo de la evaluación de la adecuación**

Si bien el pAEP se encuentra validado como instrumento para valorar las hospitalizaciones; en esta se encuentran ciertas limitaciones entre las que se mencionan:

- ✓ El protocolo asume que los cuidados prestados en el paciente hospitalizado son siempre adecuados desde el punto de vista clínico.

- ✓ No valora si son o no adecuados los exámenes complementarios o el tratamiento que recibe el paciente, lo cual sugiere la existencia de ingresos adecuados por el pAEP que serían inadecuados desde un punto de vista clínico (Oterino , Martinez, Gonzales, & Peiró).
- ✓ Diseñado para identificar el uso inapropiado por exceso de cuidados, (pero no por defecto), por lo que no orienta sobre la presencia de problemas de calidad por subprestación de cuidados.
- ✓ Asume que todos los niveles de cuidados extrahospitalarios como la atención primaria están potencialmente disponibles y son adecuados, circunstancias no siempre verdaderas esencialmente en nuestro país; y esta puede influir en el porcentaje de ingresos inadecuados entre diferentes departamentos, municipios e incluso dentro de la misma ciudad.
- ✓ Diseño retrospectivo, sometidos al sesgo de información de la historia clínica.
- ✓ No toma en cuenta el punto de vista de los pacientes ni de sus familias, no valora fenómenos como la inmigración, nivel socioeconómico, desempleo, etc., que en nuestro medio pueden ser determinantes de la utilización de los servicios sanitarios.

Lo anterior ha sido ampliamente estudiado y a pesar de que se muestran varias limitaciones existen estudios que comparan el resultado de la inadecuación obtenida por el protocolo y la valoración clínica de pediatras expertos y demuestran alta concordancia entre un 90-95%. (Saturno, 2013)

## DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal.

### Área de estudio

Servicio de Pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes Palacios, ubicado en la ciudad de Somoto, frente al parque sobre carretera panamericana, es un Hospital General Departamental. Cuenta con 1 quirófano habilitado, Sala de Pediatría, Neonatología, Medicina Interna, Ginecología y Cirugía y Ortopedia.

### Universo

Total de egresos en el servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes durante el mes de septiembre de 2016, correspondiendo a **276** pacientes atendidos.

### Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa OpenEpi, en el que se aplica la siguiente ecuación, para una población finita.

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2} + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}$$

Dónde:

- n= tamaño de la muestra
- z= nivel de confianza deseado
- p= proporción de la población con la característica deseada (éxito)
- q= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
- e= nivel de error dispuesto a cometer
- N= tamaño de la población

El intervalo de confianza se calculó en base a un 95%, el error mínimo aceptable es de 5%, el porcentaje de frecuencia anticipada es desconocida por lo que se utiliza 50%. Obteniendo así una muestra correspondiente a **161** ingresos en el periodo de estudio.

## Tipo de Muestreo

La muestra fue obtenida por muestreo aleatorio sistemático, con un intervalo de 1.7, el cual se redondeó a su número inmediato superior (2). La selección de expedientes se realizó enumerando desde el primer expediente y seleccionando cada 2 expedientes hasta obtener el total de la muestra.

## Criterios de Selección de la muestra

### Criterios de inclusión:

- Paciente egresado del servicio de pediatría.
- Paciente que fue egresado durante el mes de febrero.
- Mayor de seis meses de vida.

### Criterios de exclusión:

- Expediente clínico incompleto.
- Expediente de paciente que abandonó el hospital antes de completar su atención.

**Fuente de información:** Secundaria, se aplicó técnica de revisión documental.

## Unidad de análisis

Expediente clínico de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en septiembre del 2016.

## Técnicas y procedimientos

Método:

Se realizó una carta dirigida a la directora del Hospital Juan Antonio Brenes, solicitando la autorización para realizar el estudio en dicha unidad de salud, lo cual fue permitido. Se realizaron visitas a la sala de estadística donde los responsables facilitaron la revisión de expedientes clínicos de pacientes pediátricos a través del registro llevado por el hospital, se solicitaron los expedientes de los egresos del mes de septiembre del 2016, para recolectar la información necesaria.

Para seleccionar la muestra se utilizó muestreo sistemático, empezando del primer expediente y luego se incluyó cada dos expedientes hasta completar la muestra.

Técnica: Revisión documental (Revisión de expediente clínico).

Instrumento:

El instrumento que utilizamos en este estudio es la versión pediátrica del protocolo de evaluación de la adecuación (pAEP), el cual es un instrumento validado a nivel internacional con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas; este no evalúa la calidad de la atención médica que recibe el paciente sino el nivel asistencial donde esta se presta.

Se adaptó el instrumento del pAEP agregándose acápite relacionados con las variables de interés del estudio, finalmente el instrumento de recolección de la información quedo constituido por 4 acápite: 1. Características generales de la población, 2. Adecuación de ingresos, 3. Adecuación de estancias, 4. Causas de estancias inadecuadas. **(Ver Anexo 1: Instrumento de recolección de datos).**

### Proceso de revisión de expediente clínico

1. Cumplimiento de datos administrativos generales del paciente (fecha de ingreso, fecha de nacimiento, etc).
2. Extracción de variables de interés del estudio de expedientes clínicos.
3. Revisión de historia clínica, nota de ingreso, notas de evolución y notas de egresos para evaluar los ingresos y estancias hospitalarias.
4. Para aquellos casos que no se encuentren criterios que justifique el ingreso y/o la estancia se procederá a buscar el motivo causal.

## Plan de Tabulación y Análisis

### Análisis Estadístico

El pAEP consta de 2 conjuntos de criterios destinados a valorar el día del ingreso y cada una de las estancias sucesivas al mismo, excepto la del día del alta.

La adecuación del ingreso consta de 22 criterios, siendo los criterios 1 al 15 los relacionados con el estado clínico del paciente y los criterios 16 al 22 los relacionados con la intensidad de los cuidados que recibe. La presencia de un solo criterio hace adecuado el ingreso.

La adecuación de la estancia se valora por 31 criterios de los cuales del criterio 1 al 12 se relacionan con los cuidados médicos, del 13 al 21 con los cuidados de enfermería y del 22 al 31 con el estado clínico del paciente. La presencia de un solo criterio hace adecuada la estancia.

Se consideran inadecuados los ingresos y/o estancias si no se cumple ningún criterio descrito. Además los motivos a considerar causantes del ingreso innecesario o de la estancia prolongada se encuentran en el pAEP, disponiendo de 9 para el ingreso y 21 para la estancia.

Los resultados obtenidos serán presentados en tablas y gráficos utilizándose estadísticas descriptivas de frecuencias simples y porcentajes.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales” por sus siglas en ingles SPSS, versión 20.0. En el cual se creó una base de datos con todas las variables de interés de este estudio.

Para el manejo de las variables se utilizó estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes).

### Plan de Tabulación

Para generar resultados en base a nuestros objetivos el plan de análisis será:

- ✓ Características generales de la población a estudio/Frecuencia y porcentaje.

- ✓ Criterios de adecuación de ingresos/Frecuencia y porcentaje.
- ✓ Causa de ingresos inadecuados/Frecuencia y porcentaje.
- ✓ Criterios de adecuación de las estancias/Frecuencia y porcentaje.
- ✓ Causa de estancias inadecuadas/Frecuencia y porcentaje..
- ✓ Edad / adecuación del ingreso.
- ✓ Día del ingreso / adecuación del ingreso.
- ✓ Hora del ingreso / adecuación del ingreso.
- ✓ Categoría médica de quien realiza el ingreso / adecuación del ingreso.
- ✓ Servicio de estancia / adecuación del ingreso.

### Enunciado de variables

En el presente estudio se utilizarán las siguientes variables:

Objetivo 1: Describir las características generales de la población a estudio.

- Características del paciente
- Características del ingreso
- Características de la estancia hospitalaria

Objetivo 2: Valorar la adecuación de los ingresos hospitalarios.

- Criterio de adecuación de los ingresos relacionados a la situación clínica del paciente.
- Criterio de adecuación de los ingresos relacionados a los servicios clínicos prestados.
- Adecuación del ingreso.
- Causas de ingreso inadecuado

Objetivo 3: Estimar la adecuación de la estancia hospitalaria en el servicio de pediatría.

- Criterios de adecuación de estancia relacionados a servicios médicos.
- Criterios de adecuación de estancia relacionados a cuidados de enfermería.

- Criterios de adecuación de estancia relacionados a la situación clínica del paciente.
- Adecuación de las estancias hospitalarias.

Objetivo 4: Identificar las causas de estancias inadecuadas.

- Para pacientes que necesitan continuar ingresados por causas médicas.
- Para pacientes que no necesitan continuar ingresados por responsabilidad del médico o del hospital, responsabilidad del paciente o de la familia, o por responsabilidad del entorno.

## Operacionalización de variables.

### Objetivo 1: Describir las características generales de la población a estudio.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Características del paciente	Corresponde a algunos datos demográficos de los pacientes que interesan estudiar.	Edad	- Meses - Años	6m- 11m 1a-3a 4a- 7a 8a- 11a ≥ 12 <sup>a</sup>
	Corresponde a algunos datos demográficos de los pacientes que interesan estudiar.	Sexo	Genero	Femenino Masculino
	Corresponde a algunos datos demográficos de los pacientes que interesan estudiar.	Procedencia	Departamento	Urbano Rural
Características del ingreso	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados al ingreso de los pacientes que interesan estudiar.	Día del ingreso	Día del ingreso	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
		Hora del ingreso	Hora del ingreso	Mañana (08:05 - 15:00) Tarde (15:01-22:00) Noche (22:01- 08:00)
		Categoría médica	Nivel académico	Médico Interno. Médico Servicio Social 1 Médico Servicio Social 2 Médico General. Médico de Base
Características de la estancia hospitalaria	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados a la estancia hospitalaria de los pacientes que interesan estudiar.	Servicio de ingreso	Servicio	Respiratorio Gastroenterología Misceláneo Otros
		Días de EIH	Número	1-4 días 5-9 días ≥10 días

## Objetivo 2: Valorar la adecuación de los ingresos.

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/ Valor
Criterios de adecuación de los ingresos referentes a la situación clínica del paciente	Factores relacionados con la situación clínica del paciente y que debe cumplirse por lo menos uno de ellos para justificar su ingreso.	Criterios de Adecuación del ingreso.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta.</li> <li>2. Incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc.</li> <li>3. Alteración aguda o progresiva sensitivomotora, circulatoria o respiratoria suficiente para incapacitar al paciente.</li> <li>4. Pérdida aguda de visión o audición en las 48 horas previas.</li> <li>5. Dificultad para mover cualquier parte del cuerpo de aparición aguda en las 48 horas previas.</li> <li>6. Fiebre persistente <math>\geq 37,8^{\circ}\text{C}</math> oral o axilar o <math>&gt; 38,3^{\circ}\text{C}</math> rectal durante más de 5 días.</li> <li>7. Sangrado activo.</li> <li>8. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración.</li> <li>9. Alteración electrolítica/ácido-base severa</li> <li>10. Hematócrito <math>&lt; 30\%</math>.</li> <li>11. Frecuencia del pulso mayor o menor de los rangos óptimos</li> <li>12. Presión arterial fuera de los rangos óptimos.</li> <li>13. Necesidad de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio.</li> <li>14. Cualquiera de los siguientes problemas que no respondan al manejo ambulatorio (incluyendo la Sala de Urgencias): convulsiones, arritmia cardíaca, asma bronquial o crup, deshidratación, encopresis (para vaciamiento), otros problemas fisiológicos.</li> <li>15. Problemas pediátricos específicos: abuso de menores; no cumplimiento con el régimen terapéutico necesario; observación especial, o monitorización estrecha del comportamiento, incluyendo ingesta calórica en casos de desmedro.</li> </ol>

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/ Valor
Criterios referentes a los servicios clínicos prestados	Factores relacionados con los servicios clínicos prestados al paciente y que debe cumplirse por lo menos uno de ellos para justificar su ingreso.	Criterios de Adecuación del ingreso.	16. Cirugía o procedimiento programado en próximas 24 horas que requiera: anestesia general o regional o equipamiento o procedimientos o instalaciones disponibles sólo a nivel hospitalario. 17. Tratamiento en una UCI. 18. Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas. 19. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (no se incluye nutrición enteral). 20. Agentes quimioterápicos que requieran observación continua por posible reacción tóxica de riesgo vital. 21. Antibióticos intramusculares al menos cada 8 horas. 22. Respirador continuo o intermitente (al menos cada 8 horas).
Adecuación del ingreso	Cuando el paciente cumple al menos con un criterio de ingreso se considera adecuado; si no cumple ningún criterio se considera no adecuado.	Cumplimiento de criterio.	Si No

### Objetivo 3: Estimar la adecuación de las estancias hospitalarias en el servicio de pediatría.

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/ Valor
<p> <b>Criterios de adecuación de estancias relacionados a servicios médicos</b> </p>	<p>                     Factores relacionados con la adecuación de estancia hospitalaria correspondientes a servicios médicos, debiéndose cumplir por lo menos uno de ellos para que su estancia se considere adecuada.                 </p>	<p>                     Criterios de Adecuación de la estancia.                 </p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento quirúrgico ese mismo día.</li> <li>2. Procedimiento quirúrgico programado para el día siguiente, o en las 48 horas siguientes si cirugía intestinal que requiera consulta o evaluación preoperatoria.</li> <li>3. Cateterización cardíaca ese mismo día.</li> <li>4. Angiografía ese mismo día, venografía o linfangiografía.</li> <li>5. Biopsia de órgano interno ese mismo día.</li> <li>6. Toracocentesis o paracentesis ese mismo día.</li> <li>7. Procedimiento diagnóstico invasivo del SNC ese mismo día (punción lumbar, ventricular, cisternal, neumoencefalografía).</li> <li>8. Endoscopia gastrointestinal ese mismo día.</li> <li>9. Cualquier prueba que requiera un control estricto de la dieta durante la duración de la misma o recogida de muestras periódicas que dure 8 o más horas.</li> <li>10. Tratamiento nuevo o experimental que requiera frecuente ajuste de dosis bajo supervisión médica.</li> <li>11. Monitorización médica al menos 3 veces al día. (Las observaciones deben estar documentadas en la historia clínica).</li> <li>12. Día postoperatorio de algún procedimiento descrito en números 1 o de 3 a 8.</li> </ol> <p>                     Anestesia general en las 24 horas previas                 </p>
<p> <b>Criterios de adecuación de estancias relacionados a cuidados de enfermería</b> </p>	<p>                     Factores relacionados con la adecuación de estancia hospitalaria correspondientes a cuidados de enfermería, debiéndose cumplir por lo menos uno de ellos para que su estancia se considere adecuada.                 </p>	<p>                     Criterios de Adecuación de la estancia.                 </p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Cuidados respiratorios: utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día. Fisioterapia respiratoria, respirador con presión positiva intermitente, tienda de O<sub>2</sub>, tienda de humedad.</li> <li>14. Terapia parenteral: fluidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento: electrolitos, proteínas, medicamentos, al menos 8 horas.</li> <li>15. Monitorización continua de signos vitales al menos cada 30 minutos durante al menos 4 horas.</li> <li>16. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día.</li> <li>17. Control de balances (ingesta y/o pérdidas) estricto y/o recuento calórico ese día, por orden médica.</li> <li>18. Cuidado de heridas de cirugía mayor y drenajes (torácicos, Hemovac, Penrose...).</li> <li>19. Tracción de fracturas, dislocaciones o deformidades congénitas.</li> <li>20. Monitorización médica estrecha por una enfermera, al menos 3 veces al día, por orden médica (signos vitales, SN, extremidades).</li> <li>21. Servicios de dos categorías específicas, el día revisado</li> </ol>

Variable	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Escala/ Valor
Criterios de adecuación de estancias relacionados a la situación clínica del paciente.	Factores relacionados con la adecuación de estancia hospitalaria correspondientes a la situación clínica del paciente, debiéndose cumplir por lo menos uno de ellos para que su estancia se considere adecuada.	Criterios de Adecuación de la estancia.	Durante el mismo día o 24 horas antes	22. Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal no atribuible a trastornos neurológicos (habitualmente como problema post operatorio).
			Durante las 24 horas anteriores al día considerado	23. Sospecha médica de intento de suicidio. 24. Sospecha médica de abuso o negligencia.
			Durante las 48 horas anteriores al día considerado.	25. Transfusión debida a pérdida sanguínea. 26. Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, informada en las hojas de evolución o en el informe electrocardiográfico. 27. Fiebre de al menos 38,3°C rectal o 37,8°C oral o axilar, si el paciente fue ingresado por otro motivo diferente de la fiebre. 28. Coma/falta de respuesta durante al menos 1 hora. 29. Estado confusional agudo, incluyendo retirada de drogas y alcohol. 30. Trastornos hematológicos agudos 31. Trastornos neurológicos agudos progresivos
Adecuación de las estancias hospitalarias	Cuando el paciente cumple al menos con un criterio de estancia se considera adecuado; si no cumple ningún criterio se considera no adecuado.	Cumplimiento de criterios.		Si No

#### Objetivo 4: Identificar las causas de estancia inadecuada.

Variable	Definición operacional	Indicador	Dimensión	Escala/ Valor
Causas de estancia inadecuada	Cualquier condición que genera una estancia inadecuada.	Criterios de causa de estancia inadecuada.	Para pacientes que necesitan continuar ingresados en el hospital por causas médicas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemas en la programación hospitalaria del procedimiento quirúrgico.</li> <li>2. Problemas en la programación de pruebas o procedimientos no quirúrgicos.</li> <li>3. Admisión prematura.</li> <li>4. No disponibilidad de quirófano.</li> <li>5. Retraso debido al “problema de las 40 horas semanales” (ej. procedimientos que no se realizan el fin de semana).</li> <li>6. Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas o consultas, necesarias para organizar la posterior evaluación o tratamiento.</li> <li>7. Otros (especificar).</li> </ol>
			Responsabilidad del médico o del hospital.	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Retraso en escribir la orden de alta.</li> <li>9. Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta.</li> <li>10. Tratamiento médico del paciente demasiado conservador.</li> <li>11. No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación del paciente.</li> <li>12. Otros (especificar).</li> </ol>
			Responsabilidad del paciente o de la familia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Ausencia de familiares para cuidados en el hogar.</li> <li>14. Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar.</li> <li>15. El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.</li> <li>16. Otros (especificar).</li> </ol>
			Responsabilidad del entorno.	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. El paciente proviene de un entorno no saludable y debe permanecer en el hospital hasta que el entorno sea aceptable o se encuentre un lugar alternativo.</li> <li>18. El paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia en una institución alternativa duraría menos de 72 horas.</li> <li>19. No se dispone de lugares de cuidados alternativos.</li> <li>20. No se dispone de cuidados alternativos para el tratamiento (ej. atención a domicilio).</li> <li>21. Otros (especificar).</li> </ol>

## Aspectos Éticos.

Para poder realizar el estudio se solicitó una carta de consentimiento para la autorización, por tanto la investigación se desarrolló bajo los siguientes principios:

- ❖ Toda información revisada, escrita a través de documentos, registros, contratos, libros de contabilidad, bosquejos, folletos, y en general, cualquier procedimiento o forma, en virtud de las cuales se haga posible tomar conocimiento de tal información, tendrá carácter “confidencial”.
- Mantener la más estricta confidencialidad sobre todos los antecedentes que se nos den, no dar a conocer a terceros en forma alguna, ningún antecedente parcial o total de la Información Confidencial, ni a utilizar esta información para cualquier otro fin que no sea el de tomar sus propias decisiones en relación a la Investigación Científica en proceso.
- El uso de la información entregada por las partes será exclusivamente dentro del marco de la investigación en cuestión, con fines académicos.
- No divulgar ni distribuir bajo forma alguna, directa e indirectamente, la información recibida, e impedir que personas vinculadas y que en virtud de este acuerdo tengan acceso a tal información, lo revelen o distribuyan por algún medio.
- Devolver la información que hubiese sido intercambiada cuando se solicite.

## RESULTADOS

### I. Características generales

- **Características del paciente:**

El grupo de edad que presentó mayor porcentaje de hospitalización fue de 1-3 años con un porcentaje de 34.7%, seguido de los niños entre 6-11 meses con un 31% del total, siendo el rango de edad de 8-11 años la que presentó menor porcentaje con un 9,9%.

El 51,5% del total de pacientes son del sexo femenino y el 48.4% restante del sexo masculino. En cuanto a la procedencia predominó la zona rural con un 55.9% y la zona urbana 44%.

- **Características del ingreso:**

El día de la semana donde se realizaron más ingresos fue el día lunes, con un 21,7%, seguido del día viernes con un 16,1%, y luego el día miércoles y jueves con un 13%, teniendo el menor porcentaje el día domingo con un 9,3%.

La hora del día donde más se realizaron ingresos fue por la noche con un 37,2%, seguido de la mañana con un 35,3% y la tarde con un 27,3%.

La categoría del médico que realizó mayor cantidad de ingresos fue médico interno con un 31% seguido de médicos servicios sociales 2 con un 27,9% y en último lugar el médico general con un 9%.

- **Características de la estancia hospitalaria:**

La mayoría de pacientes tuvo su estancia hospitalaria en la sala de Respiratorio con un 47,8%, seguido del servicio de gastroenterología con un 27,9%, en tercer lugar el servicio de misceláneo con un 18%.

La duración de estancias intrahospitalarias que presentó mayor porcentaje fue de 1-4 días con 75,1% seguido de un 21,1% a la estancia de 5-9 días, siendo apenas el 3,7% el correspondiente a mayor de 10 días.

## II. **Adecuación de los ingresos.**

Los criterios para el ingreso registrado en la mayoría de expedientes de los pacientes fueron:

- **Referente a la situación clínica del paciente:** La incapacidad para moverse, alimentarse, respirar orinar etc.se presentó mayoritariamente con un 31,05%, seguido de fiebre persistente con un 27,9% y cualquiera de los problemas que no respondan al manejo ambulatorio con un 21,1%.
- **Referente al servicio clínico prestado:** La situación mayormente presentada fue la necesidad de medicación intravenosa y/o reposición de fluidos con 47,2% seguida de la presencia de 2 criterios de ingreso con un 33,5%.
- Encontramos que el 84,4% de los ingresos realizados fueron adecuados y el 15,5% fueron inadecuados.
- **La causa de ingreso inadecuado en el 60% fue:** paciente que requiere cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado en los hospitales agudos.

## III. **Adecuación de las estancias hospitalarias.**

- **La principal causa de estancia hospitalaria encontrada fue:** cumplimiento de terapia parenteral con un 47,2% seguido de los cuidados respiratorios y los procedimientos quirúrgicos programados para el día siguiente con un 1,8%.
- Las estancias hospitalarias fueron adecuadas en un 84,4% siendo inadecuadas un total de 15,5%.

#### IV. Causa de estancia hospitalaria inadecuada.

- El tratamiento médico del paciente demasiado conservador con un 40% seguido del retraso en las pruebas diagnósticas con el 28% fueron las principales causas de estancia inadecuada.
- El grupo de edad que más ingresos inadecuados tuvo fue 1-3 años con un 36%, seguido del grupo de edad mayores de 12 años con un 28%, y luego del grupo de 6-11 meses con un 20%.
- El día con más ingresos inadecuados fue el día del total, seguido de los días lunes, viernes y domingo con igual porcentaje de 16%, siendo el día con menos ingresos inadecuados el miércoles con apenas 4%.
- La hora del día que tuvo más porcentaje de estancia inadecuada fue durante la noche con un 48%, seguido de la tarde con un 32%, por último la mañana con un 20%.
- El médico interno fue quien más ingresos inadecuados realizó con un 40%, seguido de los médicos sociales 1 y 2 con un 20%, correspondiendo el menos porcentaje a los médicos generales y de base con un 12% y 8% respectivamente.
- El servicio que más estancias inadecuadas tuvo fue respiratorio con 36% seguido del servicio de gastroenterología con un 32% del total de estancias inadecuadas, los servicios de misceláneo y otros obtuvieron el mismo porcentaje con un 16%.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El grupo de edad que presentó mayor porcentaje de hospitalización fue de 1-3 años de edad lo cual correspondiendo con estudios realizados sobre este tema.(Mollar Maseres, 2010) (Sánchez Roberto, 2016). (Casanova Matutano, 2010)

En su mayoría los pacientes ingresados fueron del sexo femenino sin existir mucha diferencia en comparación al número de ingresos de sexo masculino coincidiendo con (Mollar Maseres, 2010).

El mayor porcentaje de pacientes provienen de zonas rurales ya que los municipios de este departamento son en su mayoría de origen rural, así como los pacientes que asisten o son referidos pertenecen a zonas lejanas, por lo cual la minoría de los ingresos son de zonas urbanas o de zonas urbanas dentro de municipios.

El tipo de ingreso más frecuentemente fue el relacionado a una urgencia médica y en su minoría ingresos programados, los cuales fueron referidos de la consulta externa o citados para procedimientos al día siguiente, al compararlo con un estudio realizado (Trapero, 2012) se encuentra la diferencia de ser la mayoría de ingresos de origen programado ya que los pacientes son derivados de hospitales generales, sin embargo al compararlo con otros estudios (Mollar Maseres, 2010) se encuentra la similitud de que los ingresos por urgencias corresponden a la mayoría del porcentaje del estudio.

El día de semana en el cual se realizaron más ingresos fue el día lunes, explicado por las 40 horas semanales y la disponibilidad de exámenes complementarios, comparándose con el estudio realizado (Casanova Matutano, 2010) cocuerda en que el 70% de ingresos en este estudio fueron realizados en días de semana.

La hora del día en su mayoría fue por la noche, esto debido al poco personal en emergencia por la noche, la alta demanda de pacientes y la mayoría de ingresos son traslados de municipios los cuales se realizan a estas horas lo cual puede ocasionar un sesgo a la hora de valorar pacientes que podrían manejarse ambulatoriamente.

El médico interno es quien más ingresos realiza debido a que el hospital no cuenta con otros recursos más que servicios sociales, médico general y especialista, siendo el interno quien en su mayoría realiza ingresos ya que su permanencia es mayor en el hospital, siempre siendo valorados previamente por el especialista antes de decidir su ingreso.

La mayoría de pacientes ingresaron al servicio de respiratorio ya que es una morbilidad predominante debido al ambiente climático de la zona y la abundante presencia de lejanía geográfica, siendo la principal justificación para el ingreso la dificultad respiratoria, y en algunos casos la correlación con la presencia de fiebre, esto concuerda con estudios internacionales donde se encontró que la principal causa de internación fueron las enfermedades respiratorias agudas como son los síndromes bronquiales obstructivos agudos y neumonías (Bilkis, 2015).

Los pacientes ingresados tuvieron entre 1-4 días de estancia hospitalaria relacionado con el cumplimiento de tratamiento parenteral, concordando con (Rodríguez-Vera., 2013) (Casanova Matutano, 2010) siendo la mayoría de estos ingresos adecuados, en cuanto a los días de estancia en un estudio realizado por (Bilkis, 2015) se encuentra que existe un promedio de estancia mayor a 10 días, pero si coincide en que la principal causa de estancia adecuada fue el cumplimiento de terapia parenteral lo que convierte la estancia en adecuada.

Entre los criterios relacionados a la adecuación del ingreso respecto a la situación clínica del paciente predominó la incapacidad de movilización, alimentación, respirar o moverse relacionado a la edad pediátrica de los pacientes que no pueden velar por sí mismos y las condiciones de gravedad de la enfermedad, se encuentra similitud en este acápite con el estudio realizado por (Sánchez Roberto, 2016)

Entre los criterios que se relacionan a la adecuación del ingreso respecto a la situación clínica del paciente ingresado predominó la medicación IV y/o reposición de fluidos y la presencia de 2 criterios de ingreso lo cual es similar a diversos estudios internacionales donde se encontró que la principal causa de ingresos fue el requerimiento de terapia parenteral (Mollar Maseres, 2010)

La mayoría de ingresos fueron adecuados, encontrando un pequeño porcentaje de ingresos inadecuados concordando con estudios internacionales (Mollar Maseres, 2010) (Bilkis, 2015) individualizado a nuestro estudio este porcentaje de inadecuación podría explicarse debido a la falta de personal en emergencias y se podría correlacionar con la hora de ingreso predominante que fue durante la noche lo cual puede ocasionar sesgos en la valoración, además de los pacientes referidos de los municipios, los cuales en ocasiones son de lejanía geográfica lo que ocasiona un ingreso y/o estancia inadecuada.

La causa más importante que contribuyen a la inadecuación del ingreso se encontró el paciente requiere cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado en los hospitales agudos principalmente, explicado en que al paciente ser referido y de zona lejana en ocasiones se opta por realizar el ingreso directamente. Se encuentra similitud con (Bilkis, 2015) (Casanova Matutano, 2010)

El criterio de adecuación predominantemente fue la necesidad de terapia parenteral existiendo la gran mayoría del porcentaje de estancias hospitalarias adecuadas debido a esta causa, concordando con estudios (Saturno, 2013)

El grupo de edad que más ingresos inadecuados tuvo fue de 1-3 años lo que se corresponde al estudio realizado por (Trapero, 2012), quien concluye que la edad menor de 3 años es un factor determinante y vulnerable para ingreso hospitalario inadecuado.

El servicio con más ingresos adecuados fue respiratorio, el cual se explica y relaciona a la mayor demanda de uso de emergencia por este tipo de patologías en esta zona, a su vez este mismo servicio presenta la mayoría de estancias inadecuadas ya que la mayor parte de ingresos fue realizado en esta sala, y se relación a su vez con el manejo demasiado conservador de las patologías presentadas debido a pacientes procedentes de zonas rurales lejanas y la minoría de edad lo cual concuerda con el estudio realizado a nivel nacional (Sánchez Roberto, 2016)

Los motivos que originaron la inadecuación del ingreso y la estancia hospitalaria, coinciden con estudios internacionales en su mayoría como son (Gómez Llorente, 2014) donde la principal causa de ingreso inadecuado es que los procedimientos podrían haberse realizado como paciente externo, al igual que (Mollar Maseres, 2010) quien plantea esta misma causa como indecuación del ingreso y el estudio a nivel nacional (Sánchez Roberto, 2016), en cuanto a la estancia hospitalaria inadecuada en el estudio de (Mollar Maseres, 2010) se encuentra que la principal causa de inadecuación fueron los problemas con la programación de pruebas o procedimientos quirúrgicos, el cual en este estudio se encuentra como segunda causa, siendo la primera el manejo demasiado conservador como concuerda (Casanova Matutano, 2010) (Bilkis, 2015)

## CONCLUSIONES

En este estudio realizado en el Hospital Juan Antonio Brenes Palacios del departamento de Madriz, podemos encontrar que la mayoría de edad de los niños se encuentra entre 1 y 3 años predominantemente del sexo femenino y de zonas rurales, siendo estos resultados similares a los estudios nacional e internacionales encontrados donde en su mayoría los ingresos predominantemente son niños menores de 5 años debido a la predisposición que presentan a complicaciones.

En cuanto a la caracterización de los ingresos en su mayoría fueron en días de semana siendo el principal día el lunes, comparando este resultado con estudios realizados se encuentra que concuerdan en que la afluencia de pacientes e ingresos es menor en fines de semana, en cuanto a la hora del ingreso fue por la noche, siendo la mayoría de notas hechas por médicos que realizan su internado los cuales conforman una gran parte de la fuerza laboral del hospital.

El criterio de ingreso que mayormente se presentó fue principalmente la administración de soluciones o medicamentos en vía parenteral por lo cual la mayoría de ingresos fueron adecuados y la causa de ingresos inadecuados fue paciente que requiere cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado en los hospitales agudos, lo cual ya se había mencionado anteriormente relacionado a que la mayoría de estos ingresos se dan por pacientes referidos de zonas lejanas, no entrando este criterio como adecuación el Paep.

En segundo lugar se encontró que existen pacientes con dos criterios de ingreso o más asociado lo que convierte al ingreso en adecuado, entre ellos encontrando causas como el monitoreo médico al menos 3 veces al día, la

fiebre necesidad de pruebas diagnósticas, la fiebre, monitorización de signos vitales, etc.

La principal causa de estancia hospitalaria inadecuada fue el tratamiento demasiado conservador, ya sea por iniciar una terapia inferior a la necesitada en el momento del ingreso o por no valorar adecuadamente la disposición del alta del paciente.

En lo que respecta a la inadecuación de ingresos se relaciona a la alta demanda de pacientes ya que solamente se cuenta con un hospital departamental lo que origina una alta demanda de los municipios, sin embargo se cuenta con poco personal lo que ocasiona sesgos además de un comportamiento de la población a acudir tardíamente a la unidad lo que aumenta los ingresos por lejanía geográfica.

El AEP se desarrolló con la intención de valorar los motivos que explican un ingreso o estancia inadecuada, basados en la situación clínica del paciente y en el tipo de servicios clínicos prestados, siendo un instrumento fácil de utilizar permitiendo clasificar las mismas y pudiéndose aplicar de manera rápida a los diferentes ingresos hospitalarios. (Mollar Maseres, 2010)

Podemos concluir que el estudio realizado concuerda en gran parte con los diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional y que sería de gran importancia extender este estudio a otras zonas del país para poder sacar provecho de sus resultados y plantearse respuestas a la problemática encontrada.

## RECOMENDACIONES

### **A las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**

- Promover investigaciones de este tipo en otros departamentos para lograr una extensión del estudio que permita una mejoría del sector salud en el área pediátrica.

### **Al Ministerio de Salud**

- Realizar una protocolización de la evaluación de ingresos y estancias hospitalarias a nivel nacional que permita reducir el porcentaje de estancias e ingresos inadecuados.
- Realizar supervisiones en la atención primaria aplicando el protocolo de Adecuación Paep en búsqueda de mejorar la calidad de atención pediátrica.

### **Al Hospital Juan Antonio Brenes:**

- Aplicar el protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica al servicio de Pediatría de este hospital.
- Realizar evaluaciones que concluyan en las razones determinantes de los ingresos inadecuados y estancias hospitalarias inadecuadas.
- Enviar recomendaciones a las unidades de atención primaria al concluir la aplicación de dicho protocolo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, L. (2011). *factores asociados a estancias e ingresos inadecuados en el hospital infantil de españa . españa.*
- Anders, T. (1982). Promoving the alliance between Pediatrics and Child Psychiatry. *Pediatric Clinics of North America*, 250-54.
- Antillón, J. J. (n.d.). Control del gasto hospitalario. In J. J. Antillón, *Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales* (p. 171).
- Antillón, J. J. (n.d.). El problema de los hospitales. In J. J. Antillón, *Principios de gerencia y administración en los servicios médicos y los hospitales* (pp. 265-67).
- Bare , M., Prat , A., Lledo, L., Asenjo , L., & Salleras , M. (1995). Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Epidemiol Sante Publ(43)*, 328-36.
- Camacho, M. (2010). *Factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada.* Madrid, españa.
- Camarena, C. C. (2011). Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas a los servicios de medicina. *Resvista Social Perú de Medicuna Interna.*, 177-185.
- Ceballos-Acevedo, T., Velásquez-Restrepo , P., & Jaén-Posada, J. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 274-95.
- Chirinos, E., Rivero , E., Goyo , A., Méndez, E., & Figueredo , C. (2008). Indicadores de gestion para medir la Eficiencia Hospitalaria. *Cientifica Electronica Ciencias Gerenciales*, 50-63.
- colaboradores., J. A. (2009). Evaluación de las estancias inadecuadas en un servicio de cardiología. *Revista Española Cardiológica.*, 211-215.
- Contreras, C. (2011). *Utilización hospitalaria de las especialidades médicas.* Perú: Acta Médica Peruana.

- Elorza, M., Ripari, N., Cruciani, F., Moscoso, N., & Gullace, M. (2012). Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 581-90.
- EPINE, J. V. (2013, Junio 19). *Sociedad Española de Medicina Preventiva*. Retrieved from Sociedad Española de Medicina Preventiva:  
[http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20\(v1\\_1\).pdf](http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20(v1_1).pdf)
- García, L. (2012). *aplicacion del pAEP a ingresos del hospital La Fé*. España.
- García, R., & Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev. Med. Clin. Condes*, 236-40.
- García, R., & Herrera, M. (1994). Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado. In H. Montenegro, & H. Guajardo, *Psiquiatria del niño y adolescente* (pp. 459-70).
- Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera 'La Mascota'*. (2011). Retrieved from <http://lamascota.altervista.org/historia/>
- INDEX. (2004, 24 octubre). *Dpto. Gestión/Dirección Segundo Nivel de Atención*. Retrieved from [http://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=236&Itemid=235](http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=236&Itemid=235)
- Luquero, F. (2008). *Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel*. Barcelona: Scielo.
- Navarro, M. S. (2010 - 2012, 2013 Julio). Retrieved from 16
- Nicaragua, A. N. (2002, mayo 17). *Ley General de Salud*. Retrieved from Ley General de Salud:  
[http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Nicaragua/NI\\_Ley\\_423\\_General\\_de\\_Salud\\_2002.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Nicaragua/NI_Ley_423_General_de_Salud_2002.pdf)
- Ochoa-Gómez. (2002). *Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes*. Madrid: Anales de Medicina interna.

- Oterino, d., Martínez, A., Gonzales, F., & Peiró, S. (n.d.). . ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tantos días? La hospitalización innecesaria en Pediatría. *An Esp Pediatr*, 373-8.
- Restuccia, J. (n.d.). Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revisión.
- Rodríguez-Vera., . F. (2013, Febrero 2). Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n6/original4.pdf>
- Ruiz, L., Campos, M., & Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 374-79.
- Sánchez López, B. C. (2005). *Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario*. Granada.
- Saturno, P. J. (2013). *Evaluación del uso adecuado del ingreso y la estancia en un Hospital Pediátrico, a través del pAEP*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Snyder, B. (2004). Preventing treatment interference: nurses and parents intervention strategies. *Pediatric Nurs*, 31-40.
- Stephens, B., Barkey, M., & Hall, H. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. 229.
- Trapero, B. (2012). *adecuación de ingresos y estancias hospitalarias*. Madrid, España.
- Vessey, J. (2003). Children' s psychological responses to hospitalization. *Ann Rev Nurs Res*, 192-200.

## ANEXO 1. INSTRUMENTO UTILIZADO.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA EVALUAR LA ADECUACION DE PACIENTES EGRESADOS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HAN, DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2016.

Datos generales:

<b>Edad:</b>	<input type="checkbox"/> 6-11 meses <input type="checkbox"/> 1-3 años <input type="checkbox"/> 4-7 años	<input type="checkbox"/> 8-11 años <input type="checkbox"/> $\geq 12$
<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
<b>Servicio de estancia hospitalaria:</b>	<input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Misceláneo <input type="checkbox"/> UCI	
<b>Procedencia:</b>	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
<b>Día del ingreso:</b>	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
<b>Hora en la que se realiza el ingreso:</b>	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche
<b>Categoría del médico que realiza el ingreso</b>	<input type="checkbox"/> Médico Interno <input type="checkbox"/> Residente 1er año <input type="checkbox"/> Residente 2do año	<input type="checkbox"/> Residente 3er año <input type="checkbox"/> Médico de Base
<b>Días de estancia intrahospitalarias</b>	<input type="checkbox"/> 1-4 días <input type="checkbox"/> 5-9 días	<input type="checkbox"/> $\geq 10$ días

<b>CRITERIOS DE ADECUACION DEL INGRESO PEDIATRICO</b>		
<b>Criterios referentes a la situación clínica del paciente</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta.		
2. Incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc.		
3. Alteración aguda o progresiva sensitivomotora, circulatoria o respiratoria suficiente para incapacitar al paciente.		
4. Pérdida aguda de visión o audición en las 48 horas previas.		
5. Dificultad para mover cualquier parte del cuerpo de aparición aguda en las 48 horas previas.		
6. Fiebre persistente $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ oral o axilar o $> 38,3^{\circ}\text{C}$ rectal durante más de 5 días.		
7. Sangrado activo.		
8. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración.		
9. Alteración electrolítica/ácido-base severa*		
10. Hematócrito $< 30\%$ .		
11. Frecuencia del pulso mayor o menor de los rangos óptimos**		
12. Presión arterial fuera de los rangos óptimos***		
13. Necesidad de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio.		
14. Cualquiera de los siguientes problemas que no respondan al manejo ambulatorio (incluyendo la Sala de Urgencias): convulsiones, arritmia cardíaca, asma bronquial o crup, deshidratación, encopresis (para vaciamiento), otros problemas fisiológicos.		
15. Problemas pediátricos específicos: abuso de menores; no cumplimiento con el régimen terapéutico necesario; observación especial, o monitorización estrecha del comportamiento, incluyendo ingesta calórica en casos de desmedro.		
16. Cirugía o procedimiento programado en próximas 24 horas que requiera: anestesia general o regional o equipamiento o procedimientos o instalaciones disponibles sólo a nivel hospitalario.		
17. Tratamiento en una UCI.		
18. Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas.		
19. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (no se incluye nutrición enteral).		
20. Agentes quimioterápicos que requieran observación continua por posible reacción tóxica de riesgo vital.		
21. Antibióticos intramusculares al menos cada 8 horas.		
22. Respirador continuo o intermitente (al menos cada 8 horas)		

Adecuación del ingreso: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<b>CAUSAS DE INGRESO INADECUADO</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo.		
2. Paciente ingresado para la prueba diagnóstica o tratamiento, porque vive demasiado lejos del hospital para realizarlos ambulatoriamente.		
3. Paciente ingresado para la prueba diagnóstica o tratamiento, porque no era posible su programación como paciente externo (aunque el procedimiento podía haber sido hecho a ese nivel).		
4. Paciente que requiere cuidados institucionales, pero de un nivel menor (sin especificar) que el proporcionado por los hospitales de agudos.		
5. Paciente que requiere cuidados típicos de un hospital de enfermos crónicos.		
6. Paciente que requiere cuidados típicos de una residencia asistida (con enfermería especializada).		
7. Paciente que requiere cuidados típicos de una residencia de cuidados mínimos (con enfermería no especializada).		
8. Admisión prematura respecto al procedimiento programado.		
9. Otros, especificar.		

\* Definimos alteración electrolítica ácido base como:

Na+ < 123 mEq/L o > 156 mEq/l

K+ < 2,5 mEq/L o > 5,6 mEq/l

CO<sub>3</sub>H < 20 mEq/L o > 36 mEq/L (a menos que esté alterado crónicamente)

pH pH arterial < 7,30 o > 7,45

\*\* Frecuencia de pulso óptima

6-23 meses de edad: 80-200 ppm;

2-6 años: 70-200 ppm;

7-11 años: 60-180 ppm;

≥ 12 años: 50-140 ppm.

\*\*\* Presión arterial óptima

6-23 meses: Sistólica 70-120 mmHg, Diastólica 40-85 mmHg

2-6 años:           Sistólica 75-125 mmHg, Diastólica 40-90 mmHg

<b>CRITERIOS DE ADECUACION DE ESTANCIAS PEDIATRICAS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
<b>A/Servicios médicos</b>		
1. Procedimiento quirúrgico ese mismo día.		
2. Procedimiento quirúrgico programado para el día siguiente, o en las 48 horas siguientes si cirugía intestinal que requiera consulta o evaluación preoperatoria.		
3. Cateterización cardíaca ese mismo día.		
4. Angiografía ese mismo día, venografía o linfangiografía.		
5. Biopsia de órgano interno ese mismo día.		
6. Toracocentesis o paracentesis ese mismo día.		
7. Procedimiento diagnóstico invasivo del SNC ese mismo día (punción lumbar, ventricular, cisternal, neumoencefalografía).		
8. Endoscopia gastrointestinal ese mismo día.		
9. Cualquier prueba que requiera un control estricto de la dieta durante la duración de la misma o recogida de muestras periódicas que dure 8 o más horas.		
10. Tratamiento nuevo o experimental que requiera frecuente ajuste de dosis bajo supervisión médica.		
11. Monitorización médica al menos 3 veces al día. (Las observaciones deben estar documentadas en la historia clínica).		
12. Día postoperatorio de algún procedimiento descrito en números 1 o de 3 a 8. Anestesia general en las 24 horas previas.		
<b>B/Cuidados de enfermería</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
13. Cuidados respiratorios: utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día. Fisioterapia respiratoria, respirador con presión positiva intermitente, tienda de O2, tienda de humedad.		
14. Terapia parenteral: fluidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento: electrolitos, proteínas, medicamentos, al menos 8 horas.		
15. Monitorización continua de signos vitales al menos cada 30 minutos durante al menos 4 horas.		
16. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día.		
17. Control de balances (ingesta y/o pérdidas) estricto y/o recuento calórico ese día, por orden médica.		
18. Cuidado de heridas de cirugía mayor y drenajes (torácicos, Hemovac.)		
19. Tracción de fracturas, dislocaciones o deformidades congénitas.		

20. Monitorización médica estrecha por una enfermera, al menos 3 veces al día, por orden médica (signos vitales, SN, extremidades).		
21. Servicios de dos categorías específicas, el día revisado*		
<b>C/Situación clínica del paciente.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>
	<b>I</b>	<b>O</b>
<b><i>Durante el mismo día o 24 horas antes:</i></b>		
22. Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal, no atribuible a trastorno neurológico (habitualmente como problema postoperatorio).		
<b><i>Durante las 24 horas anteriores al día considerado:</i></b>		
23. Sospecha médica de intento de suicidio.		
24. Sospecha médica de abuso o negligencia.		
<b><i>Durante las 48 horas anteriores al día considerado:</i></b>	<b>S</b>	<b>N</b>
	<b>I</b>	<b>O</b>
25. Transfusión debida a pérdida sanguínea.		
26. Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, informada en las hojas de evolución o en el informe electrocardiográfico.		
<b><i>Durante las 48 horas anteriores al día considerado:</i></b>	<b>S</b>	<b>N</b>
	<b>I</b>	<b>O</b>
27. Fiebre de al menos 38,3°C rectal o 37,8°C oral o axilar, si el paciente fue ingresado por otro motivo diferente de la fiebre.		
28. Coma/falta de respuesta durante al menos 1 hora.		
29. Estado confusional agudo, incluyendo retirada de drogas y alcohol.		
30. Trastornos hematológicos agudos**		
31. Trastornos neurológicos agudos progresivos.		

Adecuación de la estancia hospitalaria: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<b>CAUSAS DE ESTANCIA INADECUADA</b>		
<b>A/ Para pacientes que necesitan continuar ingresados en el hospital por causas médicas.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Problemas en la programación hospitalaria del procedimiento quirúrgico.		
2. Problemas en la programación de pruebas o procedimientos no quirúrgicos.		
3. Admisión prematura.		
4. No disponibilidad de quirófano.		
5. Retraso debido al "problema de las 40 horas semanales" (ej. procedimientos que no se realizan el fin de semana).		
6. Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas o consultas, necesarias para organizar la posterior evaluación o tratamiento.		

7. Otros (especificar).		
<b>B/ Para pacientes que no necesitaban continuar ingresados en el hospital por causas médicas.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b><i>B.1 / Responsabilidad del médico o del hospital.</i></b>		
8. Retraso en escribir la orden de alta.		
9. Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta.		
10. Tratamiento médico del paciente demasiado conservador.		
11. No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación del paciente.		
12. Otros (especificar).		
<b><i>B.2 / Responsabilidad del paciente o de la familia.</i></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
13. Ausencia de familiares para cuidados en el hogar.		
14. Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar.		
15. El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.		
16. Otros (especificar).		

<b><i>B. 3/ Responsabilidad del entorno.</i></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
17. El paciente proviene de un entorno no saludable y debe permanecer en el hospital hasta que el entorno sea aceptable o se encuentre un lugar alternativo.		
18. El paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia en una institución alternativa duraría menos de 72 horas.		
19. No se dispone de lugares de cuidados alternativos.		
20. No se dispone de cuidados alternativos para el tratamiento (ej. atención a domicilio).		
21. Otros (especificar).		

\*Categorías específicas:

- a) Terapia física, ocupacional, lenguaje, recreo;
- b) Necesidad de ayuda para trasladarse si no es ambulatorio y si tiene 5 años o más;
- c) Programa definido de educación del paciente, por ej.: diabetes;
- d) Consulta con rehabilitación, psiquiatría o Servicios Sociales ese día.

\*\* Definimos como trastornos hematológicos agudos:

- a) Neutropenia significativa ( $\leq 500$ )

- b) Anemia ( $\leq 20$  Hto.)
- c) Trombocitopenia (20.000)
- d) Leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis que produzcan signos o síntomas

## ANEXO 2. TABLAS DE RESULTADOS

**Tabla 1a.**

**Características de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

CARACTERÍSTICAS GENERALES	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
<b>EDAD</b>		
6-11 meses	50	31.05
1-3 años	56	34.7
4-7 años	22	13.6
8-11 años	16	9.9
>12 años	17	10.5
<b>SEXO</b>		
Femenino	83	51.5
Masculino	78	48.4
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbana	71	44.09
Rural	90	55.9

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP, septiembre 2016.

**Tabla N° 1b.**

**Características del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
<b>DÍA DE INGRESO</b>		
Lunes	35	21.7
Martes	22	13.6
Miércoles	21	13.04
Jueves	22	13.6

<b>Viernes</b>	26	16.1
<b>Sábado</b>	20	12.4
<b>Domingo</b>	15	9.3
<b>HORA DEL DÍA</b>		
<b>Mañana</b>	57	35.4
<b>Tarde</b>	44	27.3
<b>Noche</b>	60	37.2
<b>CATEGORÍA DEL MÉDICO</b>		
<b>Médico Interno</b>	50	31
<b>Médico Social 1</b>	35	21.7
<b>Médico Social 2</b>	45	27.9
<b>Médico General</b>	16	9.9
<b>Médico de Base</b>	15	9.3

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 1c.**

**Características de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>FRECUENCIA (n=161)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SERVICIO DE INGRESO</b>		
<b>Respiratorio</b>	<b>77</b>	<b>47.8</b>
<b>Gastroenterología</b>	<b>45</b>	<b>27.9</b>
<b>Misceláneo</b>	<b>29</b>	<b>18</b>
<b>Otras</b>	<b>10</b>	<b>6.2</b>
<b>DÍAS DE EIH</b>		
<b>1-4 días</b>	<b>121</b>	<b>75.1</b>
<b>5-9 días</b>	<b>34</b>	<b>21.1</b>
<b>Mayor o igual a 10 días</b>	<b>6</b>	<b>3.7</b>

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP,septiembre 2016.

Tabla N° 2a.

**Criterios de adecuación de los ingresos al servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

<b>CRITERIOS DE ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS</b>	<b>FRECUENCIA (n=161)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>REFERENTES A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE</b>		
Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta	2	1.2
Incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc	50	31.05
Alteración aguda o progresiva sensitivomotora, circulatoria o respiratoria suficiente para incapacitar al paciente	5	3.1
Fiebre persistente mayor a 37,8° oral o axilar o 38,8° C rectal durante más de cinco días	45	27.9
Cualquiera de los problemas que no respondan al manejo ambulatorio	34	21.1
No cumple criterio de ingreso	25	15.5
<b>REFERENTE A LOS SERVICIOS CLÍNICOS PRESTADOS</b>		
Medicación iv y/o reposición de fluidos	76	47.2
Respirador continuo o intermitente (al menos c/8 hrs)	3	1.8
Procedimiento quirúrgico programado en las 48 horas siguientes.	3	1.8

COMBINADO		
Presencia de 2 criterios de ingreso	54	33.5
NO CUMPLE CRITERIO DE INGRESO HOSPITALARIO	25	15.5

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 2b.**

**Adecuación de los ingresos al servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
Sí	136	84.4
No	25	15.5

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 2c.**

**Causas de ingresos inadecuados al servicio de pediatría del Hospital Juan Antonio Brenes, en el mes de septiembre 2016.**

CAUSAS DE INGRESO INADECUADO	FRECUENCIA (n=25)	PORCENTAJE
Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser tratadas como paciente externo	10	6.2
Paciente que requiere cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado en los hospitales agudos.	15	9.3

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 3a.**

**Criterio de adecuación de estancias hospitalarias en pacientes ingresados al servicio de pediatría del HJABP, en el mes de septiembre 2016.**

<b>ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS</b>	<b>FRECUENCIA (n=161)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADOS A SERVICIOS MÉDICOS</b>		
Procedimiento quirúrgico programado para el día siguiente o en las próximas 48 horas	<b>3</b>	<b>1.8</b>
<b>ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS A CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>		
Cuidados respiratorios	<b>3</b>	<b>1.8</b>
Terapia parenteral	<b>76</b>	<b>47.2</b>
<b>COMBINADO</b>		
Presencia de 2 criterios de estancia hospitalaria	<b>54</b>	<b>33.5</b>
<b>NO CUMPLE CRITERIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA</b>	<b>25</b>	<b>15.5</b>

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre del 2016.

**Tabla N° 3b.**

**Adecuación de las estancias hospitalarias en pacientes ingresados al servicio de pediatría del HJABP, en el mes de septiembre 2016.**

<b>ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS</b>	<b>FRECUENCIA (n=161)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Sí</b>	<b>136</b>	<b>84.4</b>
<b>No</b>	<b>25</b>	<b>15.5</b>

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 4a.**

**Causas de estancias hospitalarias inadecuadas en pacientes ingresados al servicio de pediatría del HJABP, en el mes de septiembre 2016.**

<b>CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA INADECUADA</b>	<b>FRECUENCIA (n=25)</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PARA PACIENTES QUE NECESITAN CONTINUAR INGRESADOS EN EL HOSPITAL POR CAUSAS MÉDICAS</b>		
Admisión prematura	4	2.4
Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas	7	4.3
<b>PARA PACIENTES QUE NO NECESITABAN CONTINUAR INGRESADOS EN EL HOSPITAL POR CAUSAS MÉDICAS</b>		
Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta	1	0.6
Tratamiento médico del paciente demasiado conservador	10	6.2
<b>RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA</b>		
Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar	3	1.8

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 5**

**Adecuación del ingreso según la edad de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP, septiembre 2016.**

EDAD	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%
<b>6 - 11 meses</b>	45	27.9	5	3.1	45	27.9	5	3.1
<b>1 - 3 años</b>	47	29.1	9	5.5	47	29.1	9	5.5
<b>4 - 7 años</b>	19	11.8	3	1.8	19	11.8	3	1.8
<b>8 - 11 años</b>	15	9.3	1	0.6	15	9.3	1	0.6
<b>&gt; 12 años</b>	10	6.2	7	4.3	10	6.2	7	4.3

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de Pediatría del HJABP en el mes de septiembre del 2016.

**Tabla N° 6a**

**Adecuación del ingreso según la característica del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP, septiembre 2016.**

DIA DE INGRESO	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%
<b>Lunes</b>	31	19.2	4	2.4	31	19.2	4	2.4
<b>Martes</b>	19	11.8	3	1.8	19	11.8	3	1.8
<b>Miércoles</b>	20	12.4	1	0.6	20	12.4	1	0.6
<b>Jueves</b>	19	11.8	3	1.8	19	11.8	3	1.8
<b>Viernes</b>	22	13.6	4	2.4	22	13.6	4	2.4
<b>Sábado</b>	14	8.6	6	3.7	14	8.6	6	3.7
<b>Domingo</b>	11	6.8	4	2.4	11	6.8	4	2.4

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

Tabla N° 6b

Adecuación del ingreso según la característica del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP, septiembre 2016.

HORA DEL INGRESO	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%
Mañana	52	32.2	5	3.1	52	32.2	5	3.1
Tarde	36	22.3	8	4.9	36	22.3	8	4.9
Noche	48	29.8	12	7.4	48	29.8	12	7.4
CATEGORIA DEL MEDICO								
Médico Interno	40	24.8	10	6.2	40	24.8	10	6.2
Médico Social 1	30	18.6	5	3.1	30	18.6	5	3.1
Médico Social 2	40	24.8	5	3.1	40	24.8	5	3.1
Médico General	13	8	3	1.8	13	8	3	1.8
Médico De Base	13	8	2	1.2	13	8	2	1.2

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

Tabla N° 7a

Adecuación del ingreso según la característica de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP,septiembre 2016

SERVICIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%
Respiratorio	68	42.2	9	5.5	68	42.2	9	5.5
Gastroenterología	37	22.9	8	4.9	37	22.9	8	4.9
Misceláneo	25	15.5	4	2.4	25	15.5	4	15.5
Otras	6	3.7	4	2.4	6	3.7	4	2.4

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016.

**Tabla N° 7b**

**Adecuación del ingreso según la característica de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP, septiembre 2016**

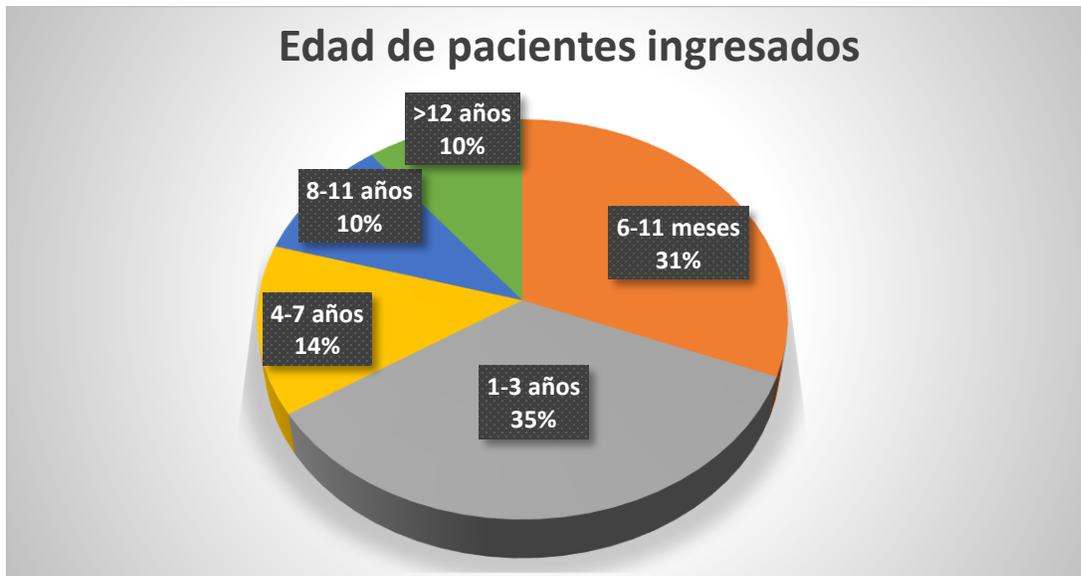
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%	Fc. (n=136)	%	Fc. (n=25)	%
<b>1-4 DIAS</b>	106	<b>65.8</b>	15	<b>9.3</b>	106	<b>65.8</b>	15	<b>9.3</b>
<b>5-9 DIAS</b>	26	<b>16.1</b>	8	<b>4.9</b>	26	<b>16.1</b>	8	<b>4.9</b>
<b>≥ 10 DIAS</b>	4	<b>2.4</b>	2	<b>1.2</b>	4	<b>2.4</b>	4	<b>2.4</b>

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HJABP en el mes de septiembre 2016

### ANEXO 3. GRAFICOS DE SALIDA

#### Gráfico no. 1

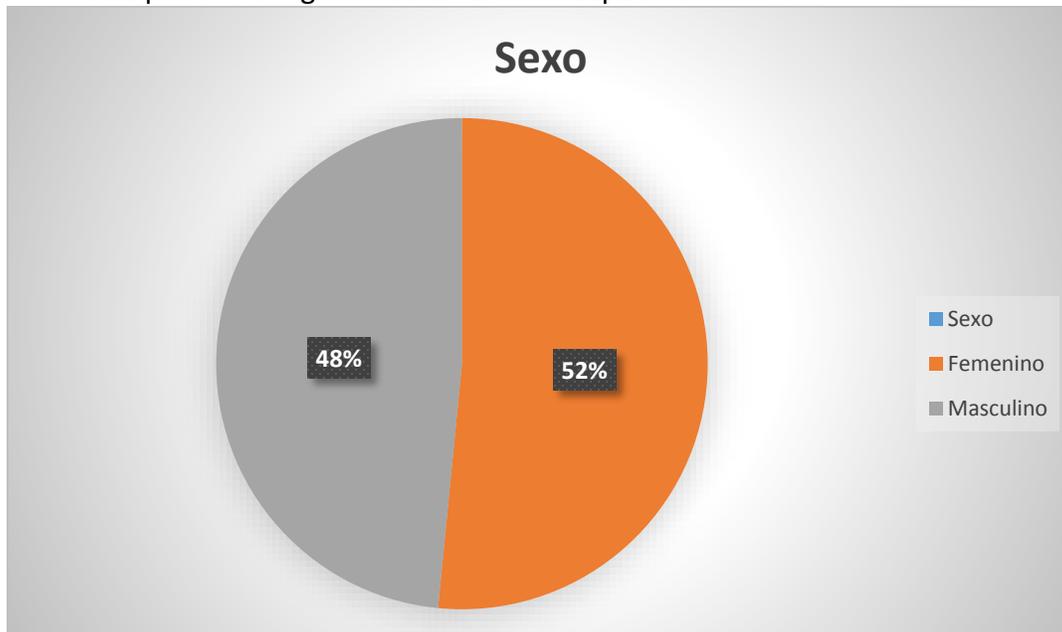
Edad de niños ingresados en el HJAB septiembre 2016



Fuente Tabla no. 1

#### Gráfico no. 2

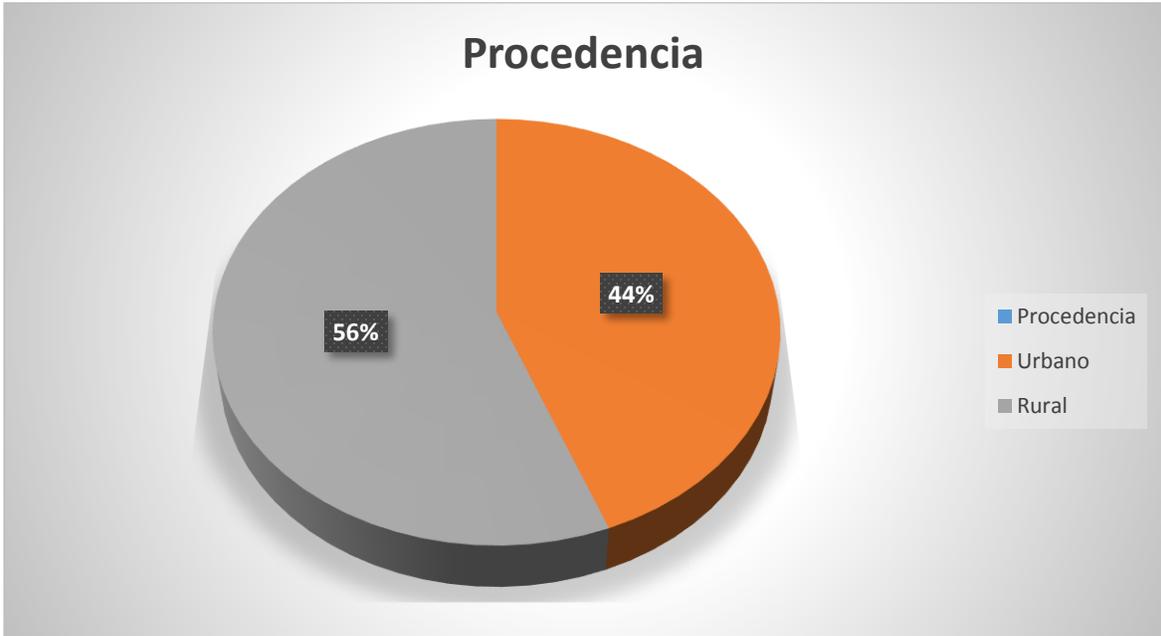
Sexo de pacientes ingresados en el HJAB septiembre 2016



Fuente Tabla no. 1

**Gráfico no. 3**

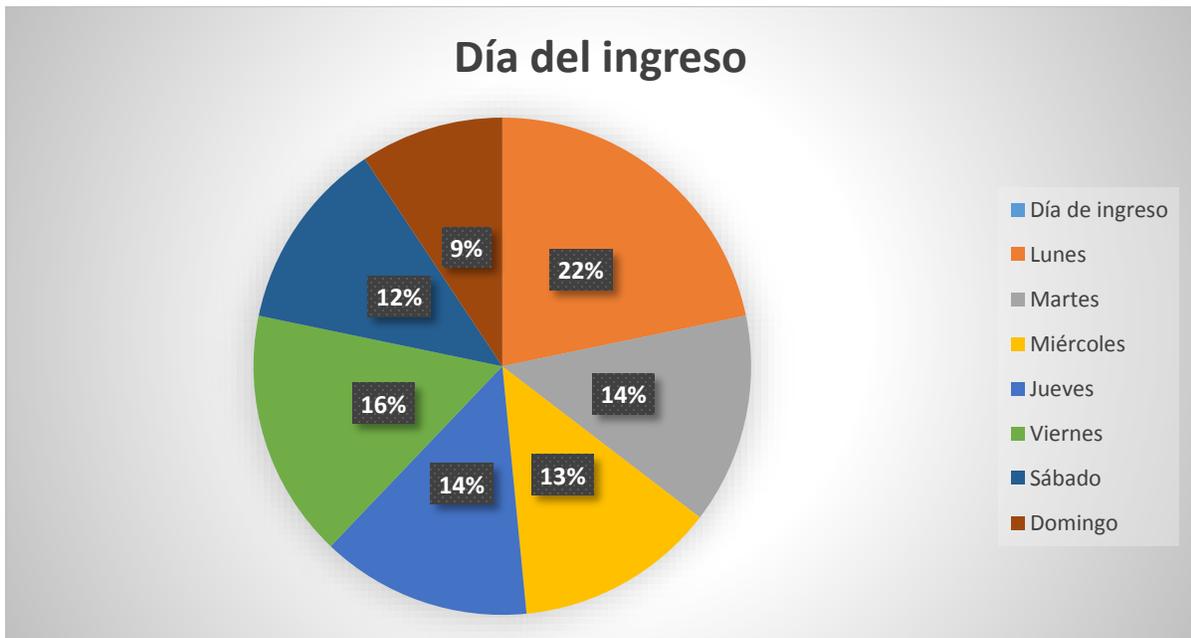
Procedencia de niños ingresados en el HJAB septiembre del 2016



Fuente: Tabla no.1a

**Gráfico no. 4**

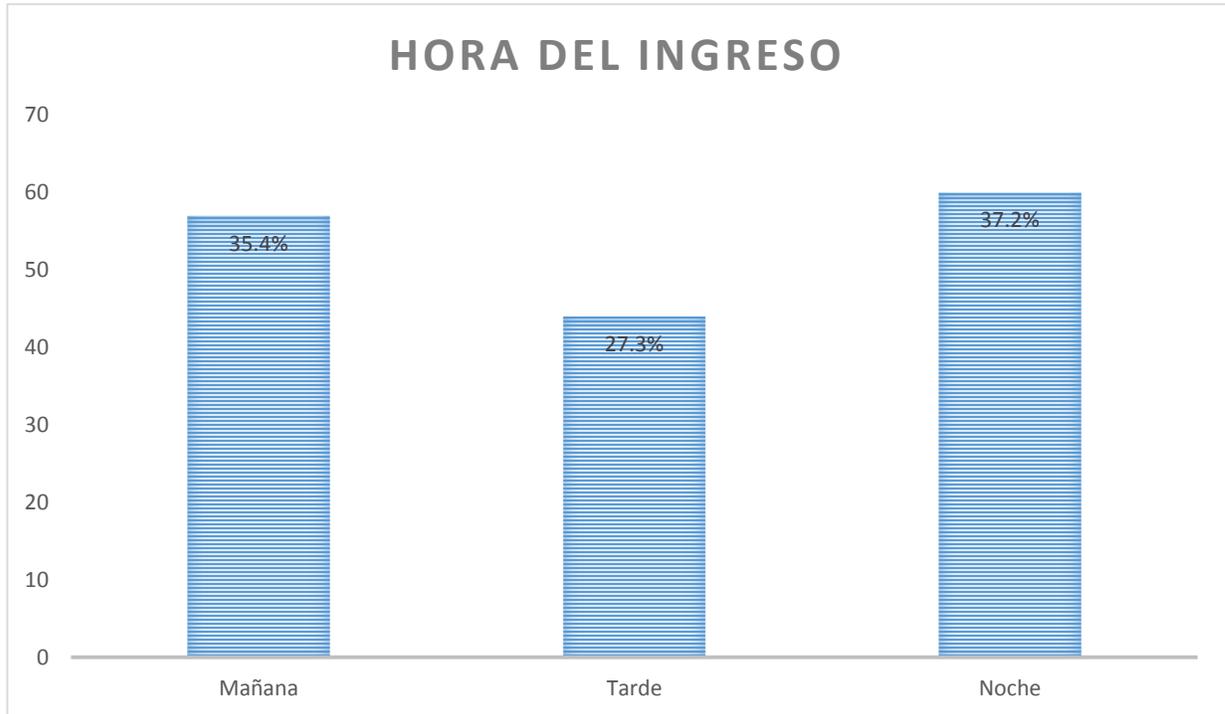
Día de la semana en que se ingresaron los niños en el HJAB septiembre del 2016



Fuente:Tabla no. 1b

**Gráfico no.5**

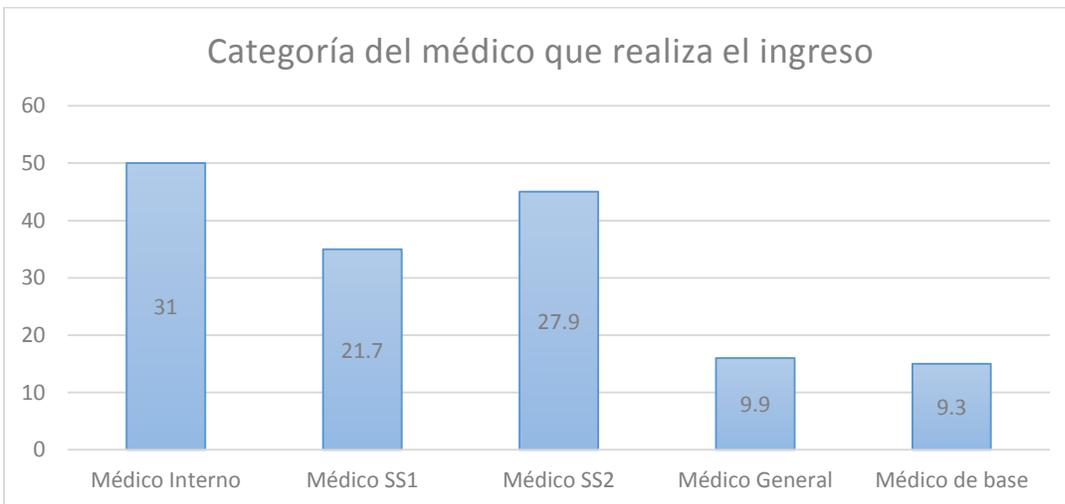
Hora del día en que se ingresaron los niños en HJAB septiembre 2016



Fuente: Tabla no. 1b

**Gráfico no. 6**

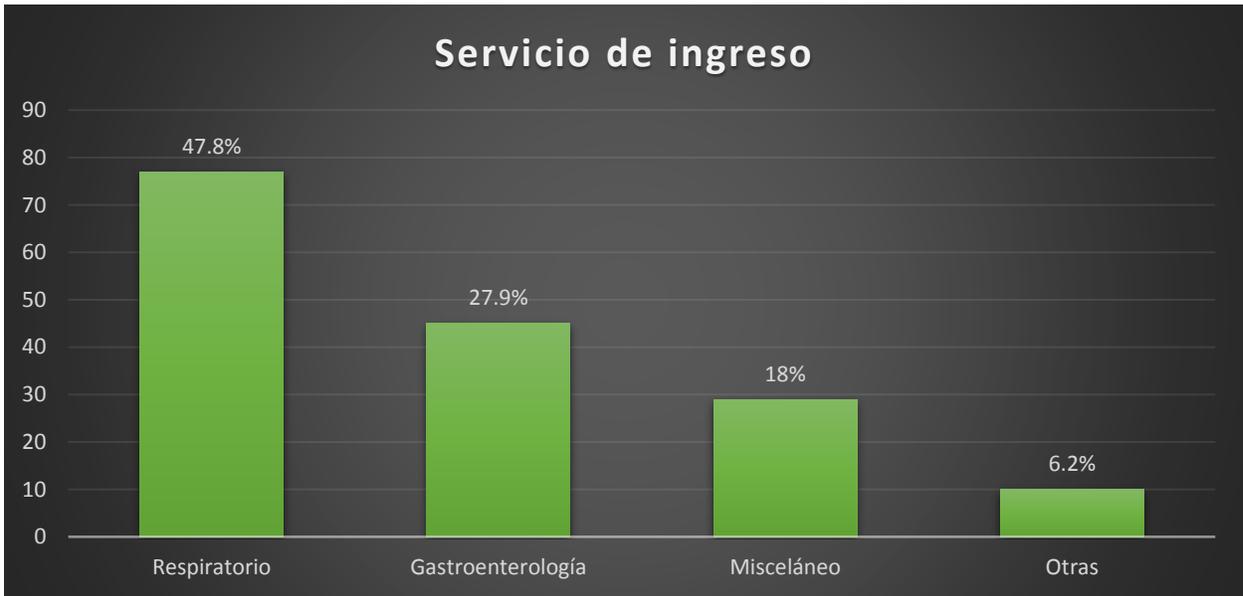
Categoría del médico que indica el ingreso de niños en el HJAB en septiembre del 2016



Fuente: Tabla no. 1b

**Gráfico no.7**

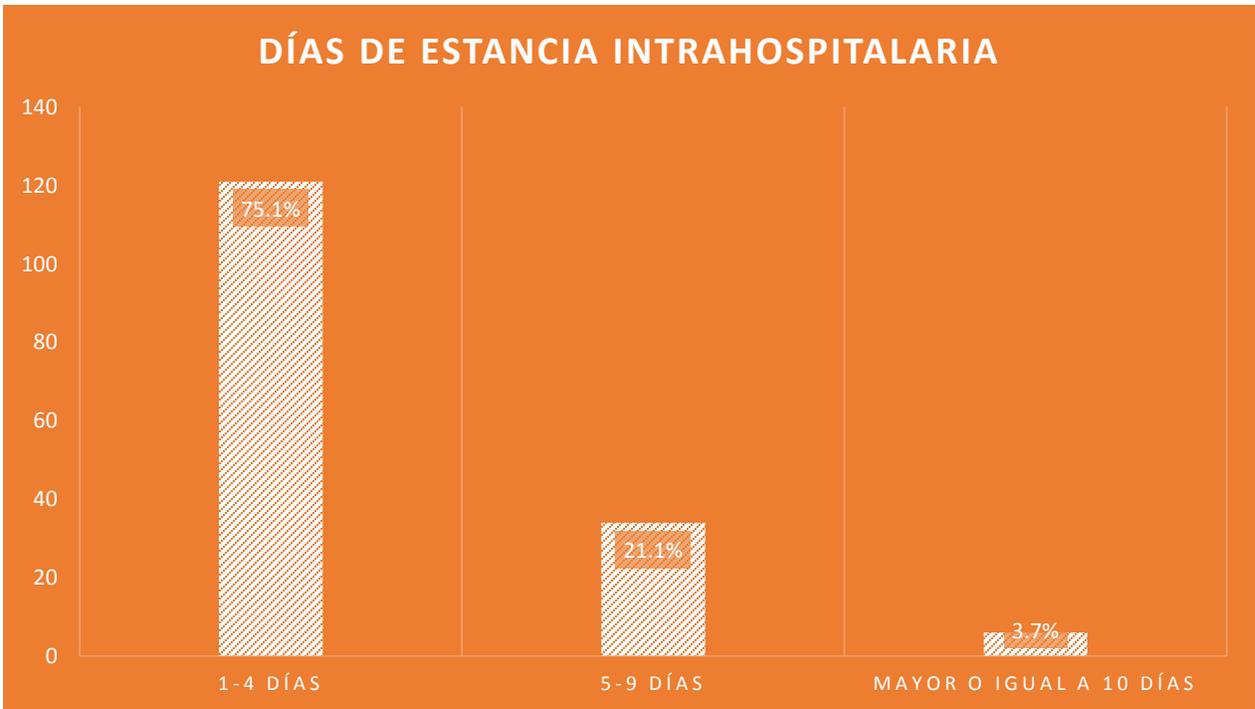
Servicio de ingreso de niños en el HJAB septiembre 2016.



Fuente: Tabla 1c

### Gráfico no.8

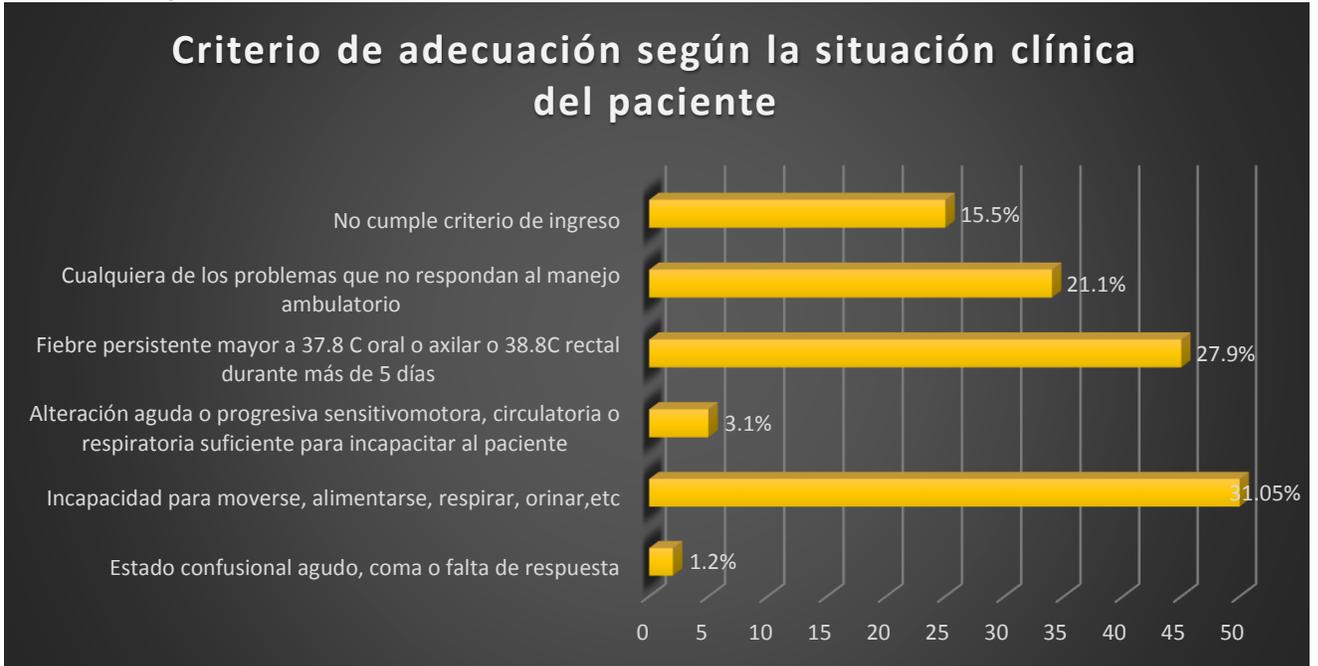
Días de estancia hospitalaria de niños en el HJAB septiembre 2016



Fuente: Tabla 1c

**Gráfico no. 9**

Criterios de adecuación de los ingresos según la situación clínica de niños en el HJAB en septiembre 2016.



Fuente: Tabla no. 2a

**Gráfica no. 10**

Criterios de adecuación de los ingresos según los servicios clínicos prestados, de niños en el HJAB en el mes de septiembre 2016.



Fuente: Tabla no. 2a

**Gráfica no.11**

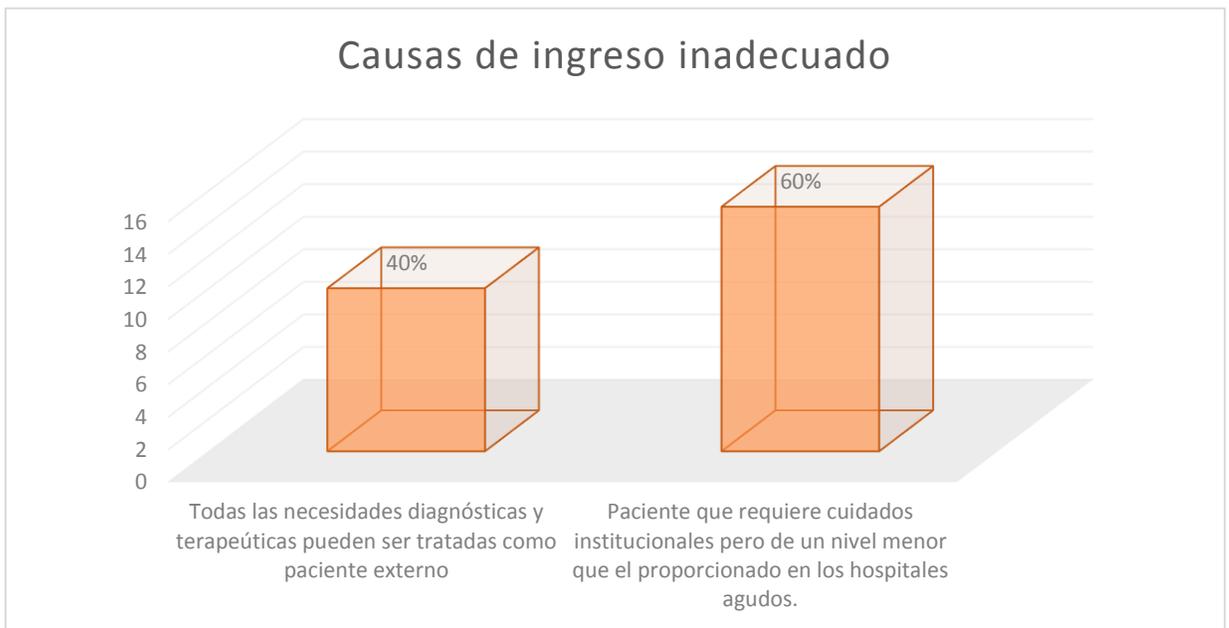
Adecuación de los ingresos de niños en el HJAB en el mes de septiembre 2016



Fuente: Tabla no. 2b

**Gráfico no.12**

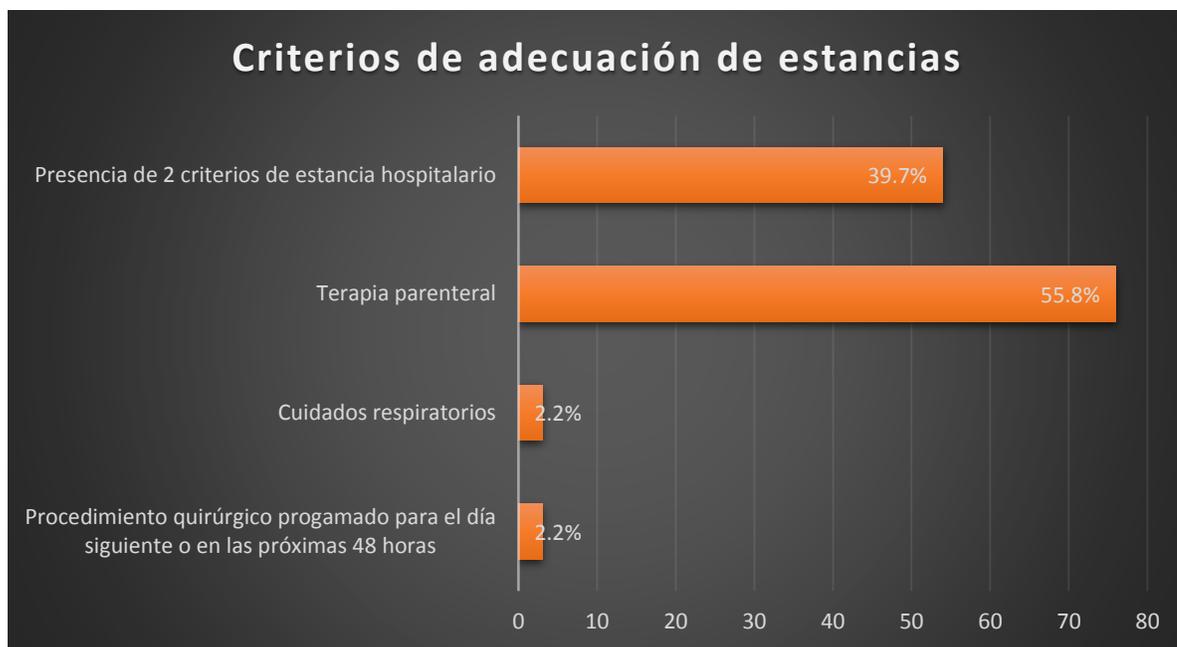
Causas de ingresos inadecuados de niños en el HJAB en el mes de septiembre 2016



Fuente: tabla no.2c

### Gráfico N°13

Criterio de adecuación de estancias hospitalarias de niños en el HJAB, en el mes de septiembre 2016.



Fuente: tabla 3a

### Gráfico N°14

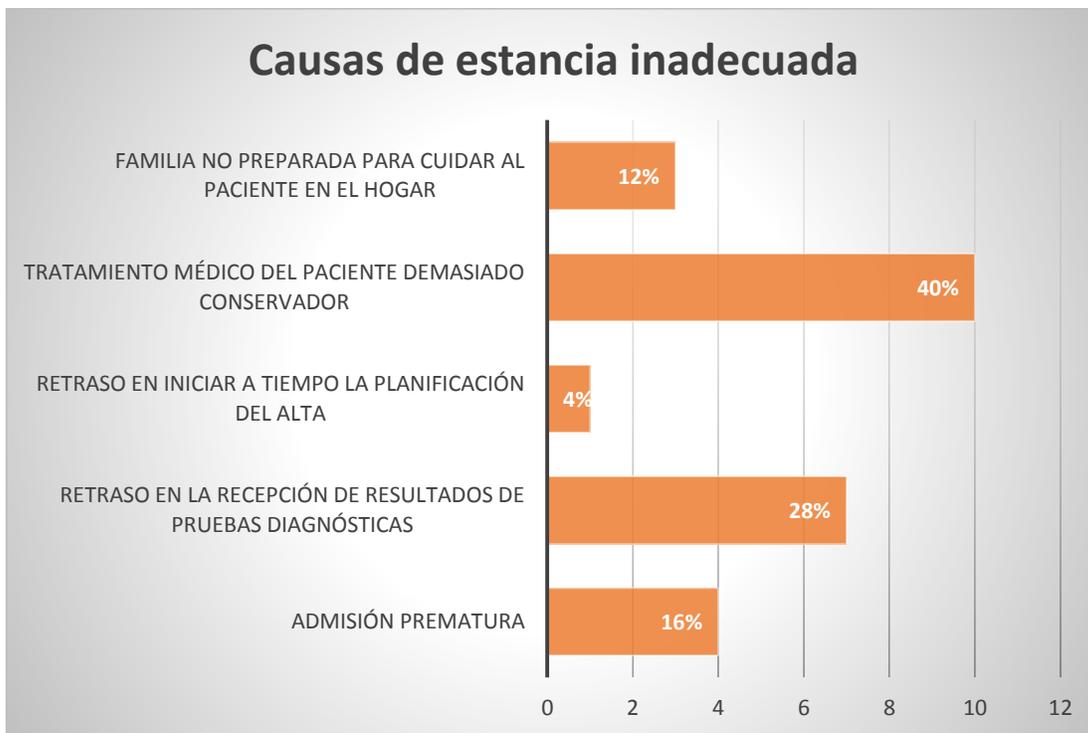
Adecuación de las estancias hospitalarias de niños en el HJAB, en el mes de septiembre 2016.



Fuente: tabla no. 3b

### Gráfico no. 15

Causas de estancias inadecuadas de niños en el HJAB, en el mes de septiembre 2016.



Fuente: Tabla no. 4

## ANEXO 4. CARTAS DE SOLICITUD