

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN- MANAGUA



TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

**“EVALUACIÓN DE LA ADECUACION DE LAS HOSPITALIZACIONES EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
ALEMÁN NICARAGÜENSE EN BASE AL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE
LA ADECUACIÓN VERSIÓN PEDIATRICA, DURANTE EL MES DE FEBRERO
DEL 2016”**

AUTORES:

- **Br. Katherine José Vado Velásquez.**
- **Br. Roberto Carlos Sánchez Flores.**

TUTOR:

- **Dra. Silvia Mayela Bove U.**

Managua, Nicaragua; 30 de noviembre 2016.

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo con cariño a Dios que nos ha dado el don de la sabiduría y fortaleza para seguir adelante.

A nuestras madres por su apoyo moral y económico que con sólidos principios supieron guiarnos por el camino recto de la superación y el respeto, valorando el esfuerzo y amor que supieron darnos.

A nuestras familias quienes con sus sabios consejos nos han sabido orientar hacia los buenos principios, por la confianza depositada en nosotros, que nos han llenado de entusiasmo para poder terminar con éxito nuestras metas propuestas.

A nuestra tutora, por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

Finalmente, la realización de esta tesis monográfica está dedicada con mucho cariño a nuestros pacientes pediátricos.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios, sobre todas las cosas, por permitirnos llegar a este grandioso día, por darnos la capacidad y entendimiento para poder culminar nuestra tesis monográfica.

A nuestros padres y familia por ser la fuente de apoyo, fundamentales para continuar con nuestra preparación como futuros profesionales.

A nuestra Tutora por su paciencia y valiosa colaboración para la culminación de nuestro trabajo documental, le agradecemos enormemente por compartir sus conocimientos y sabiduría con nosotros.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
<i>Objetivo general:</i>	7
<i>Objetivos específicos:</i>	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Definiciones Generales.....	9
Factores del paciente.....	11
Factores relacionados con la familia.....	13
Factores administrativos o de la unidad de salud.....	14
Factores del personal médico.....	16
Protocolo de la Evaluación de la Adecuación.....	17
Versión pediátrica de la evaluación de la adecuación (pAEP).....	18
DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
Tipo de estudio.....	21
Área de estudio.....	21
Universo.....	21
Muestra.....	21
Tipo de Muestreo.....	22
Criterios de Selección.....	22
Fuente de información:.....	22
Unidad de análisis.....	22
Método, Técnicas e Instrumento.....	23
Técnica:.....	23
Proceso de revisión de expediente clínico.....	24
Plan de Análisis.....	24
Enunciado de variables.....	25
Operacionalización de variables.....	26
Objetivo 1: Describir las características generales de la población a estudio.....	26
Objetivo 2: Valorar la adecuación de los ingresos.....	29

Objetivo 3: Estimar la adecuación de las estancias hospitalarias en el servicio de pediatría.....	32
Objetivo 4: Identificar las causas de estancia inadecuada.....	35
Plan de Tabulación y Análisis	37
Análisis Estadístico	37
Plan de Tabulación	37
Aspectos Éticos.....	38
RESULTADOS	39
Análisis y Discusión de los Resultados	41
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	50
Anexo 1: CARTA DE SOLICITUD.	50
ANEXO 2. INSTRUMENTO UTILIZADO.	51
ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS.....	59
ANEXO 3. GRAFICOS DE SALIDA	69

INTRODUCCIÓN

Las hospitalizaciones inadecuadas es un tema de interés, no solo por los costes sanitarios que implican sino por el riesgo que lleva para el paciente estar ingresado. En los países latinoamericanos la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación, en cualquier Sistema de Salud, incluyendo el nuestro, existen más problemas de sobreutilización de los recursos disponibles que de su infrautilización. Un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia. (Rodríguez-Vera., 2013).

Los costos que se invierten en el sector salud presentan incrementos de forma continua debido a la elevación de precios de insumos y materiales, mayor solicitud de pruebas diagnóstica y terapéutica por cada proceso médico y elevación en la utilización de los servicios asistenciales (mayor estancia hospitalaria, consumo de medicamentos), todo esto debido en buena parte al crecimiento poblacional. Por otro lado, también se sabe que durante la hospitalización, se encuentran algunos pacientes con un estado clínico que no requieren cuidados que justifican alargar su estancia hospitalaria. (Rodríguez-Vera., 2013)

Con la finalidad de determinar que ingresos y estancias hospitalarias, están o no justificados, se han desarrollado varios instrumentos de evaluación entre los que destacan el Protocolo de Evaluación de la Adecuación de la Estancia (AEP), cuya confiabilidad y validez han sido demostrados. Se dispone en la actualidad de dos versiones del AEP, una para la aplicación en pacientes adultos y otra dirigida a la población pediátrica, es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos destinado a identificar admisiones y estancias inapropiadas. (Saturno, 2013)

Este trabajo tiene por objetivo valorar las hospitalizaciones ya que éstas indirectamente proporcionan información sobre la utilización de recursos y a su vez definen la idoneidad y eficiencia del proceso asistencial.

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. Los resultados fueron 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)

A nivel nacional no se encontraron estudios de esta índole.

JUSTIFICACIÓN

A nivel internacional las hospitalizaciones pediátricas inadecuadas constituyen de un 7 – 12% y las infecciones nosocomiales constituyen un 6.7%. (EPINE, 2013)

La falta de estudios sobre esta línea de investigación en cuanto a esta problemática en Nicaragua y la demanda creciente por parte de la población, en especial en los servicios pediátricos, da lugar a la realización de este trabajo en el Hospital Alemán Nicaragüense no solo para obtener datos que refleje la realidad de los ingresos y estancias en esta unidad, sino porque el paciente pediátrico es susceptible a los efectos no deseados de la hospitalización, como son las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, procedimientos dolorosos, accidentes iatrogénicos y trastornos psicológicos por la separación que supone del medio familiar.

El propósito de esta investigación es contribuir al conocimiento de esta problemática para aportar datos que sean de utilidad tanto para el Hospital como para el sistema sanitario del país y finalmente se pretende generar recomendaciones en base a los datos obtenidos que permitan diseñar estrategias para reducir los ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas, protegiendo de esta manera a la niñez nicaragüense y disminuir los gastos innecesarios.

Con este estudio se beneficiaran las autoridades del Ministerio de Salud y del Hospital Alemán Nicaragüense ya que tendrán conocimiento de la situación actual de los ingresos hospitalarios en el servicio de pediatría, beneficiando también a los niños del país, que son la razón de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nicaragua al encontrarse en vías de desarrollo y contar con un sistema sanitario público para la población, se enfrenta a un problema con un denominador común: el cómo controlar el crecimiento de los costes sanitarios. El elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo, así como de la población demandante nos plantea la urgente necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad optimizando el uso adecuado de los recursos existentes.

A nivel internacional existen diversos estudios que muestran que algunos pacientes que se ingresan y/o permanecen en el hospital son ingresos inadecuados o bien tienen un internamiento con el supuesto de que es necesario, pero los mismos demuestran que no requieren cuidados que deben ser dados en un hospital, por tanto surge la siguiente pregunta:

¿Fueron adecuadas las hospitalizaciones, según pAEP, en los pacientes atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense durante el mes de febrero del año 2016?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la adecuación de las hospitalizaciones en pacientes atendidos en el servicio de Pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en base al pAEP, durante el mes de febrero 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 familiar 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 Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua, carretera Norte de donde fue la SIEMENS 300 varas al sur, es un Hospital General Departamental, fundado en el año de 1986, con 30 años de funcionamiento, inició como un hospital provisional de carpas, pero debido a las necesidades del país, la Cooperación Técnica Alemana construye en diferentes etapas el actual Hospital. Tiene un área de afluencia poblacional aproximada a 400,000 habitantes. Con una dotación total de 282 camas (247 Censables y 35 no Censables), Quirófanos totales: 6 recientemente rehabilitados y equipados con fondos BID, además cuenta con Unidad Especiales para adultos y niños, Unidad de Cuidados Mínimos Neonatales, Oferta servicios en las especialidades de: Medicina Interna, Medicina Familiar, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. (INDEX, 2004)

Universo

Total de egresos en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense durante el mes de febrero 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

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 HAN en febrero del 2016.

Método, Técnicas e Instrumento

Se Realizó una carta dirigida a la subdirectora docente del Hospital Alemán Nicaragüense solicitando la autorización para realizar el estudio en dicha unidad de salud. **(Ver Anexo 1: carta de solicitud)**. Obteniendo respuesta positiva de manera formal de inmediato. Se realizaron coordinaciones con la responsable de estadísticas y registros médicos quien facilitó un listado de expedientes clínicos de pacientes pediátricos que fueron egresados durante el mes de febrero del 2016, para seleccionar la muestra se utilizó muestreo sistemático, empezando del primer expediente y luego se incluyó cada dos expedientes. Al finalizar el listado como no obtuvimos la muestra volvimos aplicar la misma metodología a los expedientes que no fueron seleccionados anteriormente.

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 2: Instrumento de recolección de datos)**.

Técnica: Revisión documental (Revisión de expediente clínico).

Proceso de revisión de expediente clínico

- ✓ Cumplimiento de datos administrativos generales del paciente (fecha de ingreso, fecha de nacimiento, etc).
- ✓ Extracción de variables de interés del estudio de expedientes clínicos.
- ✓ Revisión de historia clínica, nota de ingreso, notas de evolución y notas de egresos para evaluar los ingresos y estancias hospitalarias.
- ✓ 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 Análisis

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.

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	<ul style="list-style-type: none">• 6m- 11m• 1a-3a• 4a- 7a• 8a- 11a• ≥ 12a
	Corresponde a algunos datos demográficos de los pacientes que interesan estudiar.	Sexo	Genero	<ul style="list-style-type: none">• Femenino• Masculino
	Corresponde a algunos datos demográficos de los pacientes que interesan estudiar.	Procedencia	Departamento	<ul style="list-style-type: none">• Urbano• Rural

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Características del ingreso	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados al ingreso de los pacientes que interesan estudiar.	Día del ingreso	Día del ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Lunes • Martes • Miércoles • Jueves • Viernes • Sábado • Domingo
	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados al ingreso de los pacientes que interesan estudiar.	Hora del ingreso	Hora del ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Mañana (08:05 -15:00) • Tarde (15:01-22:00) • Noche (22:01- 08:00)
	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados al ingreso de los pacientes que interesan estudiar.	Categoría médica	Nivel académico	<ul style="list-style-type: none"> • Médico Interno. • Médico Residente 1 • Médico Residente 2. • Médico Residente 3. • Médico de Base

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
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	<ul style="list-style-type: none"> • Respiratorio • Gastroenterología • Misceláneo • UCI
	Corresponde a algunos datos administrativos relacionados a la estancia hospitalaria de los pacientes que interesan estudiar.	Días de EIH	Número	<ul style="list-style-type: none"> • 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">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.

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.	<p>9. Alteración electrolítica/ácido-base severa</p> <p>10. Hematócrito < 30%.</p> <p>11. Frecuencia del pulso mayor o menor de los rangos óptimos</p> <p>12. Presión arterial fuera de los rangos óptimos.</p> <p>13. Necesidad de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

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
Criterios de adecuación de estancias relacionados a servicios médicos	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.	Criterios de Adecuación de la estancia.	<ol style="list-style-type: none"> 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

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/ Valor
Criterios de adecuación de estancias relacionados a cuidados de enfermería	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.	Criterios de Adecuación de la estancia.	<p>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.</p> <p>14. Terapia parenteral: fluidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento: electrolitos, proteínas, medicamentos, al menos 8 horas.</p> <p>15. Monitorización continua de signos vitales al menos cada 30 minutos durante al menos 4 horas.</p> <p>16. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día.</p> <p>17. Control de balances (ingesta y/o pérdidas) estricto y/o recuento calórico ese día, por orden médica.</p> <p>18. Cuidado de heridas de cirugía mayor y drenajes (torácicos, Hemovac, Penrose...).</p> <p>19. Tracción de fracturas, dislocaciones o deformidades congénitas.</p> <p>20. Monitorización médica estrecha por una enfermera, al menos 3 veces al día, por orden médica (signos vitales, SN, extremidades).</p> <p>21. Servicios de dos categorías específicas, el día revisado</p>

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"> 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).

Variable	Definición Operacional	Indicador	Dimensión	Escala/ Valor
Causas de estancia inadecuada para pacientes que no necesitan continuar ingresados en el hospital.	Cualquier condición que genera una estancia inadecuada.	Criterios de causa de estancias inadecuadas .	Responsabilidad del médico o del hospital.	<p>8. Retraso en escribir la orden de alta.</p> <p>9. Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta.</p> <p>10. Tratamiento médico del paciente demasiado conservador.</p> <p>11. No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación del paciente.</p> <p>12. Otros (especificar).</p>
			Responsabilidad del paciente o de la familia.	<p>13. Ausencia de familiares para cuidados en el hogar.</p> <p>14. Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar.</p> <p>15. El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.</p> <p>16. Otros (especificar).</p>
			Responsabilidad del entorno.	<p>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.</p> <p>18. El paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia en una institución alternativa duraría menos de 72 horas.</p> <p>19. No se dispone de lugares de cuidados alternativos.</p> <p>20. No se dispone de cuidados alternativos para el tratamiento (ej. atención a domicilio).</p> <p>21. Otros (especificar).</p>

Plan de Tabulación y Análisis

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales” por sus siglas en inglés 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.

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:

En cuanto a las características generales de nuestro grupo de estudio obtuvimos los siguientes resultados:

➤ Características del paciente:

El grupo de edad de 1-3 años predominó con un porcentaje de 39%. El 52.8% de los pacientes son del sexo femenino y el 47.2% restante corresponde al sexo masculino. En relación a la procedencia predominaron los pacientes que viven en la zona urbana con un 77.6%. (Tabla N° 1a).

➤ Características del Ingreso:

El día de la semana en el que más se hicieron ingresos durante nuestro periodo de estudio fue el día lunes con un 22.4%, seguido del día miércoles con un 18%, el restante se dividirán en los demás días de la semana. La hora del día que más se hicieron ingresos fue por la tarde con un 46%, seguido de la mañana con 30.4% y la noche con 23.6% La categoría del médico, (según categoría MINSa), que realizó mayor cantidad de ingresos fue Médico Residente 1 con un 40.4%, y en segundo lugar Médico Residente 2 con 19.9%. (Tabla N° 1b).

➤ Características de la Estancia Hospitalaria: la mayoría de los pacientes tuvo su estancia hospitalaria en el servicio de Respiratorio con un 42.9%. La duración de días de estancias intrahospitalarias fueron de 1 – 4 días con 71.4% (Tabla N° 1c).

II) Adecuación de los ingresos.

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

- Referente a la situación clínica del paciente: incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc con 47%.
- Referente al servicio clínico prestado: medicación intravenosa y/o reposición de fluidos con 51.5%. (Tabla N° 2a).
- 134 casos correspondiente a 83.2% fueron adecuados y el 16.8% fueron inadecuados (Tabla N° 2b).
- La causa de ingreso inadecuado en el 92.2% fue: todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo. (Tabla N° 2c).

III) Adecuación de las estancias hospitalarias.

- La principal causa de estancia hospitalaria fue: cumplimiento de terapia parenteral con un 41.6% (Tabla N° 3a).
- Las estancias hospitalarias fueron adecuadas en un 83.2% (Tabla N° 3b).

IV) Causa de estancia inadecuada.

- El tratamiento médico del paciente demasiado conservador fue la primera causa de estancia inadecuada con un porcentaje de 66.6%. (Tabla N° 4a).
- El grupo de edad que más ingresos inadecuados tuvieron fue 1-3 años con un 24.4%. (Tabla N° 5)
- El día que más ingresos inadecuados se realizó fue el día lunes y la hora del día fue por la tarde. (Tabla N° 6a)
- El médico residente 1 fue quien más ingresos inadecuados realizó con 31%. (Tabla N° 6b)
- El servicio que más estancias inadecuadas tuvo fue misceláneo con 10.5% del total de estancias inadecuadas. (Tabla N° 7a)

Análisis y Discusión de los Resultados

- ✓ En lo que respecta a la edad de los niños ingresados, la distribución de los grupos etarios guarda relación con lo esperable de acuerdo al tipo de patologías pediátricas que más se ingresaron en el hospital donde se realizó el estudio, y éstas son enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
- ✓ En lo relacionado a la procedencia de los pacientes ingresados, predominó el área urbana, la cual podría corresponder a que el hospital se encuentra ubicado en el área urbana de Managua, lo cual hace de fácil acceso a las personas cercanas a esta área.
- ✓ El tipo de ingreso más frecuente fue el relacionado a urgencia médica y un porcentaje menor al ingreso programado. En los estudios a nivel internacional el ingreso más frecuente es el programado, esto se debe a que la mayoría de pacientes atendidos en hospitales de alta especialidad, donde se realizaron estos estudios, la mayoría de ingresos son derivados de hospitales generales. (Trapero, 2012).
- ✓ El día de la semana en que más se registró ingresos fue el día lunes y la hora del día que se realizaron estos ingresos fue la mayor parte por la tarde, lo cual podría deberse a que muchos de los niños que consultan en emergencia y son ingresados permanecen en la observación por algún tiempo, ya sea para realizar estudios o cumpliendo tratamiento para dar oportunidad de mejora a la condición clínica que el paciente presentaba al llegar a la emergencia.
- ✓ El médico de primer año de la residencia fue quien más notas de ingreso realizó, esto debido a que a pesar de haber médicos de nivel académico superior y médicos especialistas, por la carga de trabajo y alta demanda en el servicio de emergencia, el médico de base valora a los pacientes y decide si el niño tiene criterios de ingreso indicando el mismo, ya que solamente queda un médico de base en el servicio hasta las tres de la tarde y posterior a este período asume el turno, quedando también solamente un

médico de base cubriendo el servicio de emergencia, por lo que la mayoría de las notas de ingreso son realizadas por los médicos residentes, sin embargo se recalca que siempre la indicación del ingreso es valorada por un médico especialista.

- ✓ La mayoría de los pacientes ingresaron al servicio de respiratorio, esto podría explicarse por el período en que se realizó el estudio, en que las enfermedades respiratorias presentan un aumento en la incidencia, también es importante hacer notar que las enfermedades respiratorias son la principal causa de consulta en los hospitales pediátricos, así como una de las principales causas de morbimortalidad infantil.
- ✓ Los pacientes ingresados tuvieron entre 1-4 días de estancia hospitalaria lo cual si lo relacionamos con estudios internacionales como el realizado por (Camacho, 2010), vemos una considerable mejoría, ya que en ese estudio se reportan que la media en días de estancia hospitalaria fue de más de 6 días.
- ✓ Entre los criterios que se relacionan con la adecuación del ingreso respecto a la situación clínica del paciente ingresado predominó la incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc., de este enunciado del protocolo de la evaluación de la adecuación, el más frecuente de todos fue la incapacidad para respirar, lo que podría relacionarse a que fue el servicio de respiratorio el que más ingresos recibió, siendo el criterio dificultad para respirar.
- ✓ Entre los criterios que se relacionan con la adecuación del ingreso respecto a los servicios clínicos prestados predominó la medicación IV y/o reposición de fluidos por la misma vía, también hubo un porcentaje considerable de pacientes que cumplieron 2 criterios de estancia hospitalaria los cuales fueron: medicación IV y terapia con respirador continuo o intermitente, lo que sigue relacionándose con el tipo de patología que más frecuentemente originó los ingresos (enfermedades respiratorias)

- ✓ Se puede identificar un buen porcentaje de ingresos adecuados; el porcentaje de ingresos inadecuados fue de 16.7%, un poco mayor en comparación al estudio realizado por García y col, en el cual concluyeron que al aplicar el protocolo de evaluación de la adecuación en un hospital de Valencia hubo un 10.5% de ingresos inadecuados, esto podría explicarse por la organización de los servicios de salud en los hospitales de países desarrollados, donde la atención de pacientes pediátricos se realizan en su mayoría en los policlínicos de salud, que son niveles de atención primaria. (García L. , 2012)
- ✓ Entre las causas que contribuyen de forma importante a la inadecuación del ingreso se encontraron que todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden realizarse como paciente externo, lo cual coincide con estudios internacionales. (García L. , 2012)
- ✓ El criterio de adecuación de la estancia hospitalaria que predominó fue la necesidad de terapia parenteral; sin embargo, se encontró que existe un buen porcentaje de estancias hospitalarias adecuadas.
- ✓ Se coincide con trabajos realizados a nivel internacional, en los cuales la razón que justifica la mayor parte de las estancias juzgadas como inadecuadas, fue un manejo médico conservador, mismo que depende del criterio personal del médico tratante. (García L. , 2012)
- ✓ Los motivos que originaron la inadecuación del ingreso y la estancia hospitalaria, coinciden con los reportados en otras publicaciones y requieren estrategias específicas para su solución. (García L. , 2012) (Trapero, 2012)
- ✓ El grupo de edad que más ingresos inadecuados tuvieron fue 1-3 años, lo que se corresponde al estudio realizado por Trapero y col, el cual concluye que la edad menor de 3 años es un factor determinante y vulnerable para ingreso hospitalario inadecuado, esto podría explicarse por la susceptibilidad de los niños menores de cinco años de edad a los procesos infecciosos, y la poca experiencia de las madres, para detectar síntomas y signos de alarma de manera temprana, sumamos a esto el alto porcentaje

de madres adolescentes en Nicaragua, lo que podría ocasionar un aumento en el riesgo en la detección temprana de los signos y síntomas de alarma en sus hijos. (Trapero, 2012)

- ✓ El día que más ingresos inadecuados se realizó fue el día lunes y la hora del día fue por la tarde, lo que se podría explicar por un comportamiento de elevadas consultas los días lunes.
- ✓ El médico residente de primer año fue quien más ingresos inadecuados realizó, y la mayoría de los ingresos se realizaron por la tarde, en que está laborando solamente el turno, esto aunado a la elevada consulta en algunos días de la semana, podría aumentar el riesgo de una valoración inadecuada con su consecuente ingreso inadecuado, ante el riesgo de emitir un alta en la cual se tienen dudas, se debe preferiblemente efectuar el ingreso. Cabe mencionar que el Hospital Alemán Nicaragüense es un Hospital Escuela acreditado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua y está descrito que en los hospitales formadores de recursos médicos el riesgo de ingresos inadecuados y errores diagnósticos es más elevado que aquellos que no lo son.
- ✓ El servicio que más estancias inadecuadas tuvo fue misceláneo lo que podría deberse a que a este servicio se ingresan pacientes para estudio de su patología a la hora que acuden a la emergencia y se ingresan para el estudio de su patología, lo cual a veces resulta ser un ingreso adecuado pero con una estancia inadecuada.

CONCLUSIONES

- ❖ En relación a las características de los pacientes la mayoría de los niños ingresados fueron de 1 a 3 años, del sexo femenino y de procedencia urbana. En las características de los ingresos la mayoría de pacientes ingresó el día lunes, de 3 a 7 de la tarde, realizó la nota un médico residente de primer año. Con respecto a las características de la estancia hospitalaria, la mayoría de los pacientes tuvieron su estancia en el servicio de respiratorio y una duración de la estancia de 1 a 4 días.
- ❖ Los criterios registrados en los expedientes que justificaron el ingreso de los niños estudiados, fueron la administración de soluciones o medicamentos por vía parenteral y la reposición de soluciones, por esta misma vía. La mayoría de los ingresos fueron adecuados, La causa de ingresos inadecuados fue todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser tratadas como paciente externo.
- ❖ El principal criterio registrado en los expedientes que justificó la estancia hospitalaria de los niños estudiados, fue la terapia parenteral. La mayoría de las estancias hospitalarias fueron adecuadas,
- ❖ La principal causa de estancias hospitalarias inadecuadas fue el tratamiento médico del paciente demasiado conservador.
- ❖ En lo que respecta al manejo de la inadecuación de los ingresos, es difícil corregir sus causas, sobre todo tomando en cuenta que Nicaragua dispone de sólo dos hospitales pediátricos de referencia nacional, por lo que se consideran unidades médicas de concentración, a las que tienen que acudir la mayoría de niños; y a esto se suma que los centros de atención primaria no están siempre disponibles y potencialmente adecuados. En lo que respecta al manejo médico conservador, que se mencionó antes, éste depende del criterio personal del médico tratante y es susceptible de ser modificado, a través de la sensibilización del grupo médico en relación a los pros y contras de esta postura.

- ❖ Se debe tomar en cuenta que también el pAEP puede tener ciertas limitaciones, como el hecho de asumir que los cuidados prestados son siempre apropiados desde el punto de vista clínico, y que los datos que determinan la necesidad de hospitalización estén siempre presentes en el expediente clínico.
- ❖ La información que aporta el pAEP, es complementaria al uso de protocolos o guías de práctica clínica, pero no los sustituye.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

- ✚ Promover la investigación científica respecto a este tipo de problemática y poder incidir en una mejor formación intelectual de los profesionales de la salud.

Al Ministerio de Salud:

- ✚ Se sugiere protocolizar la evaluación de los ingresos y estancias hospitalarias.
- ✚ Elaborar estudios sobre costos y calidad de la atención hospitalaria enfocándose en la eficiencia de la utilización de recursos basados en las evaluaciones que se obtienen a partir del protocolo de la evaluación de los ingresos y estancias hospitalarias.
- ✚ Realizar evaluaciones a las unidades de atención primaria tanto en su calidad de atención como en el equipamiento adecuado de ésta para brindar atención integral de los niños y de esta manera disminuir la saturación de unidades de salud de mayor resolución.
- ✚ Aplicar el Protocolo de Evaluación de la Adecuación a otras unidades hospitalarias tanto pediátricas como generales para valorar la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias.

A l Hospital Alemán Nicaragüense:

- ✚ Aplicar el protocolo de adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias versión pediátrica, de forma sistemática al servicio de pediatría.
- ✚ Considerar la aplicación del protocolo de adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias, de forma sistemática en los servicios hospitalarios donde se atienden adultos.

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. *Revista 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.
- Garcia, R., & Barra, F. (2005). Hospitalizacion 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
- 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
- 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.

ANEXOS

Anexo 1: CARTA DE SOLICITUD.

ANEXO 2. 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:

Edad:	<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"/> ≥ 12
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Servicio de estancia hospitalaria:	<input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Misceláneo <input type="checkbox"/> UCI	
Procedencia:	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	
Día del ingreso:	<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
Hora en la que se realiza el ingreso:	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche
Categoría del médico que realiza el ingreso	<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
Días de estancia intrahospitalarias	<input type="checkbox"/> 1-4 días <input type="checkbox"/> 5-9 días	<input type="checkbox"/> ≥10 días

CRITERIOS DE ADECUACION DEL INGRESO PEDIATRICO		
Criterios referentes a la situación clínica del paciente	Si	No
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.		

Criterios referentes a los servicios clínicos prestados	Si	No
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 _____

CAUSAS DE INGRESO INADECUADO	Si	No
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

CO₃H < 20 mEq/L o > 36 mEq/L (a menos que esté alterado crónicamente)

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

** Frecuencia de pulso optima

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 optima

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

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

7-11 años: Sistólica 80-130 mmHg, Diastólica 45-90 mmHg

≥ 12 años Sistólica 90-200 mmHg, Diastólica 60-120 mmHg

CRITERIOS DE ADECUACION DE ESTANCIAS PEDIATRICAS	SI	NO
A/Servicios médicos		
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/Cuidados de enfermería		
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 ₂ , 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*		
C/Situación clínica del paciente.	SI	NO
<i>Durante el mismo día o 24 horas antes:</i>		
22. Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal, no atribuible a trastorno neurológico (habitualmente como problema postoperatorio).		
<i>Durante las 24 horas anteriores al día considerado:</i>		
23. Sospecha médica de intento de suicidio.		
24. Sospecha médica de abuso o negligencia.		
<i>Durante las 48 horas anteriores al día considerado:</i>	SI	NO
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.		
<i>Durante las 48 horas anteriores al día considerado:</i>	SI	NO
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_____

CAUSAS DE ESTANCIA INADECUADA		
A/ Para pacientes que necesitan continuar ingresados en el hospital por causas médicas.	SI	NO
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/ Para pacientes que no necesitaban continuar ingresados en el hospital por causas médicas.	SI	NO
<i>B.1 / Responsabilidad del médico o del hospital.</i>		
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).		
<i>B.2 / Responsabilidad del paciente o de la familia.</i>		
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. 3/ Responsabilidad del entorno.	SI	NO
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 (≤ 500)
- b) Anemia (≤ 20 Hto.)
- c) Trombocitopenia (20.000)
- d) Leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis que produzcan signos o síntomas

ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1a.

Características de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

CARACTERÍSTICAS GENERALES	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
EDAD		
6 – 11 meses	45	28
1 – 3 años	63	39.1
4 – 7 años	23	14.3
8 – 11 años	13	8.1
≥ 12 años	17	10.6
SEXO		
Femenino	85	52.8
Masculino	76	47.2
PROCEDENCIA		
Urbano	125	77.6
Rural	36	22.4

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016.

Tabla N° 1b.

Características del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

CARACTERISTICAS DEL INGRESO	FRECUENCIA (n= 161)	PORCENTAJE
DÍA DE INGRESO		
Lunes	36	22.4
Martes	24	14.9
Miércoles	29	18.0
Jueves	25	15.5
Viernes	20	12.4
Sábado	17	10.6
Domingo	10	6.2
HORA DEL DIA		
Mañana	49	30.4
Tarde	74	46.0
Noche	38	23.6
CATEGORIA DEL MEDICO		
Médico Interno	17	10.6
Médico Residente 1	65	40.4
Médico Residente 2	32	19.9
Médico Residente 3	43	26.7
Médico De Base	4	2.5

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016.

Tabla N° 1c.

Características de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

CARACTERÍSTICAS GENERALES	FRECUENCIA (n= 161)	PORCENTAJE
SERVICIO DE INGRESO		
Respiratorio	69	42.9
Gastroenterología	24	14.9
Misceláneo	65	40.4
Otras	3	1.9
DIAS DE EIH		
1-4 Días	115	71.4
5-9 Días	42	26.1
Mayor o igual a 10 días	4	2.5

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016.

Tabla N° 2a.

Criterios de adecuación de los ingresos al servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

CRITERIOS DE ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
REFERENTES A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE		
Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta	1	0.6
Incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc	63	39.1
Alteración aguda o progresiva sensitivomotora, circulatoria o respiratoria suficiente para incapacitar al paciente	6	3.7
Fiebre persistente mayor a 37.8'c oral o axilar o 38.8'c rectal durante más de 5 días	40	24.8
Cualquiera de los problemas que no respondan al manejo ambulatorio	24	14.9
No cumple criterio de ingreso	27	16.8
REFERENTES A LOS SERVICIOS CLINICOS PRESTADOS		
Medicación iv y/o reposición de fluidos	69	42.9
Respirador continuo o intermitente (al menos c/8 hrs)	7	4.3
Procedimiento quirúrgico programado en las 48 horas siguientes	5	3.1
COMBINADO		
Presencia de 2 criterios de ingreso	53	32.9
NO CUMPLE CRITERIO DE INGRESO HOSPITALARIO	27	16.8

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016.

Tabla N° 2b.

Adecuación de los ingresos al servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
Si	134	83.2
No	27	16.8

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016.

Tabla N° 2c.

Causas de ingresos inadecuados al servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

CAUSAS DE INGRESO INADECUADO	FRECUENCIA (n=27)	PORCENTAJE
Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser tratadas como paciente externo.	25	16.1
Paciente que requiere cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado en los hospitales agudos.	2	1.2

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 3a.

Criterio de adecuación de estancias hospitalarias en pacientes ingresados al servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, en el mes de febrero 2016.

ADECUACIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
ADECUACION DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS A SERVICIOS MEDICOS		
Procedimiento quirúrgico programado para el día siguiente o en las próximas 48 hrs	5	3.1
ADECUACION DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS A CUIDADOS DE ENFERMERIA		
Cuidados respiratorios	8	5.0
Terapia parenteral	67	41.6
COMBINADO		
Presencia de 2 criterios de estancia hospitalaria	54	33.5
NO CUMPLE CRITERIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	27	16.8

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 3b.

Adecuación de las estancias hospitalarias en pacientes ingresados al servicio de pediatría del HAN, en el mes de febrero 2016.

ADECUACION DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS	FRECUENCIA (n=161)	PORCENTAJE
Si	134	83.2
No	27	16.8

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 4a.

Causas de estancias hospitalarias inadecuadas en pacientes ingresados al servicio de pediatría del HAN, en el mes de febrero 2016.

CAUSAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA INADECUADA	FRECUENCIA (n=27)	PORCENTAJE
PARA PACIENTES QUE NECESITAN CONTINUAR INGRESADOS EN EL HOSP. POR CAUSAS MEDICAS		
Admisión prematura	6	3.7
Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas	1	0.6
PARA PACIENTES QUE NO NECESITABAN CONTINUAR INGRESADOS EN EL HOSPITAL POR CAUSAS MEDICAS		
RESPONSABILIDAD DEL MEDICO O DEL HOSPITAL		
Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta	1	0.6
Tratamiento médico del paciente demasiado conservador	18	11.2
RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA		
Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar	1	0.6

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 5

Adecuación del ingreso según la edad de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2016.

EDAD	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%
6 - 11 meses	39	24.2	6	3.7	39	24.2	6	3.7
1 - 3 años	52	32.3	11	6.8	52	32.3	11	6.8
4 - 7 años	20	12.4	3	1.8	20	12.4	3	1.8
8 - 11 años	10	6.2	3	1.8	10	6.2	3	1.8
> 12 años	13	8	4	2.4	13	8	4	2.4

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 6a

Adecuación del ingreso según la característica del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2016.

DIA DE INGRESO	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%
Lunes	28	17.3	8	4.9	28	17.3	8	4.9
Martes	22	13.6	2	1.2	22	13.6	2	1.2
Miércoles	26	16.1	3	1.8	26	16.1	3	1.8
Jueves	20	12.4	5	3.1	20	12.4	5	3.1
Viernes	16	9.9	4	2.4	16	9.9	4	2.4
Sábado	13	8	4	2.4	13	8	4	2.4
Domingo	9	5.5	1	0.6	9	5.5	1	0.6

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 6b

Adecuación del ingreso según la característica del ingreso de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2016.

HORA DEL INGRESO	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%
Mañana	41	25.4	8	4.9	41	25.4	8	4.9
Tarde	60	32.2	14	8.7	60	32.2	14	8.7
Noche	33	20.5	5	3.1	33	20.5	5	3.1
CATEGORIA DEL MEDICO								
Médico Interno	13	8	4	2.4	13	8	4	2.4
Médico Residente 1	50	31	15	9.3	50	31	15	9.3
Médico Residente 2	29	18	3	1.8	29	18	3	1.8
Médico Residente 3	38	23.6	5	3.1	38	23.6	5	3.1
Médico De Base	4	2.4	0	0	4	2.4	0	0

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 7a

Adecuación del ingreso según la característica de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2016

SERVICIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%
Respiratorio	65	40.3	4	2.4	65	40.3	4	2.4
Gastroenterología	18	11.1	6	3.7	18	11.1	6	3.7
Misceláneo	48	29.8	17	10.5	48	29.8	17	10.5
Otras	3	1.8	0	0	3	1.8	0	0

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

Tabla N° 7b

Adecuación del ingreso según la característica de la estancia hospitalaria de los pacientes egresados del servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, febrero 2016

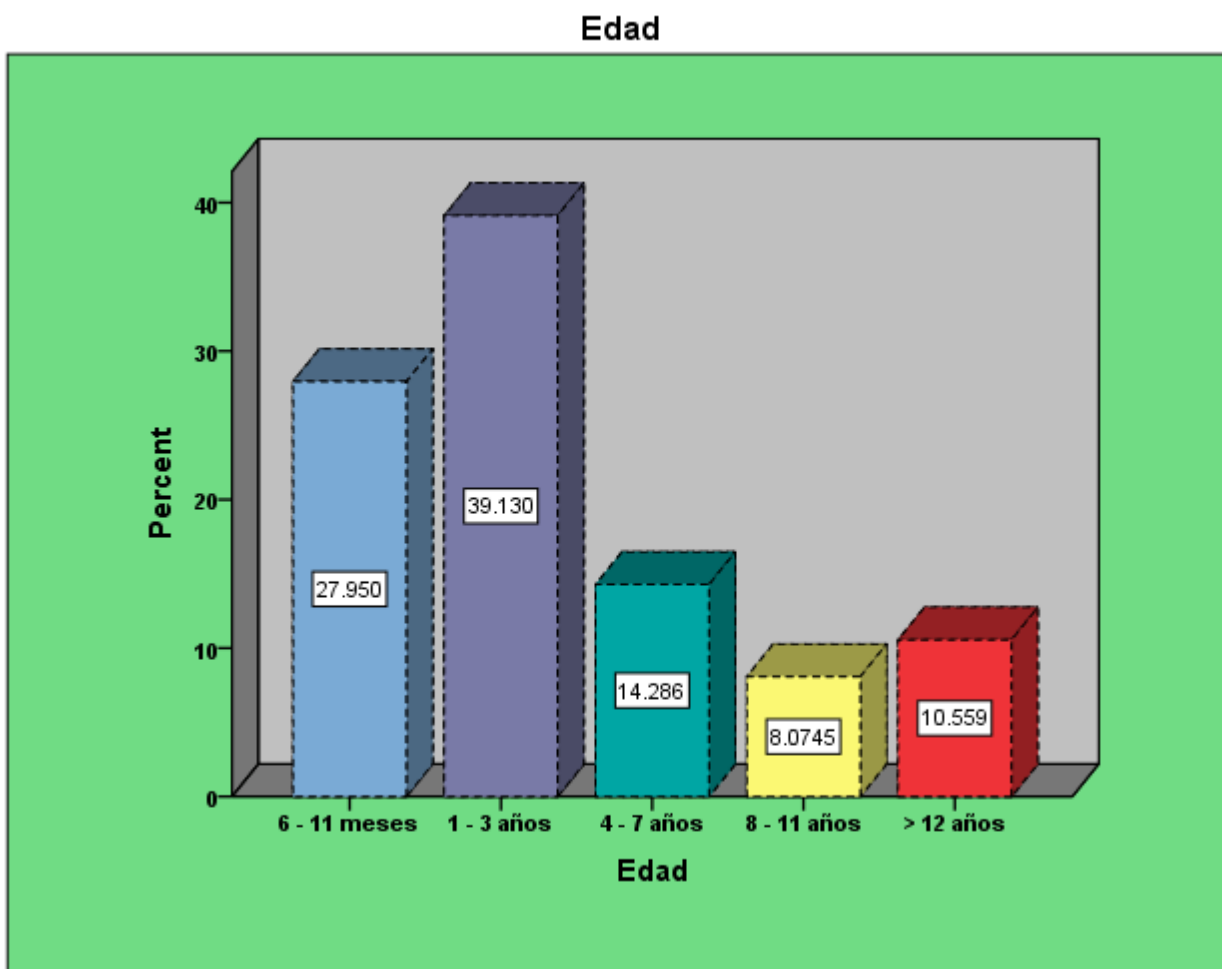
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	ADECUACION DEL INGRESO				ADECUACION DE LA ESTANCIA			
	SI		NO		SI		NO	
	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%	Fc. (n=134)	%	Fc. (n=27)	%
1-4 DIAS	88	54.6	27	16.7	88	54.6	27	16.7
5-9 DIAS	42	26	0	0	42	26	0	0
≥ 10 DIAS	4	2.4	0	0	4	2.4	0	0

Fuente: Expediente clínico de pacientes egresados del servicio de pediatría del HAN en el mes de febrero 2016

ANEXO 3. GRAFICOS DE SALIDA

Gráfico N° 1

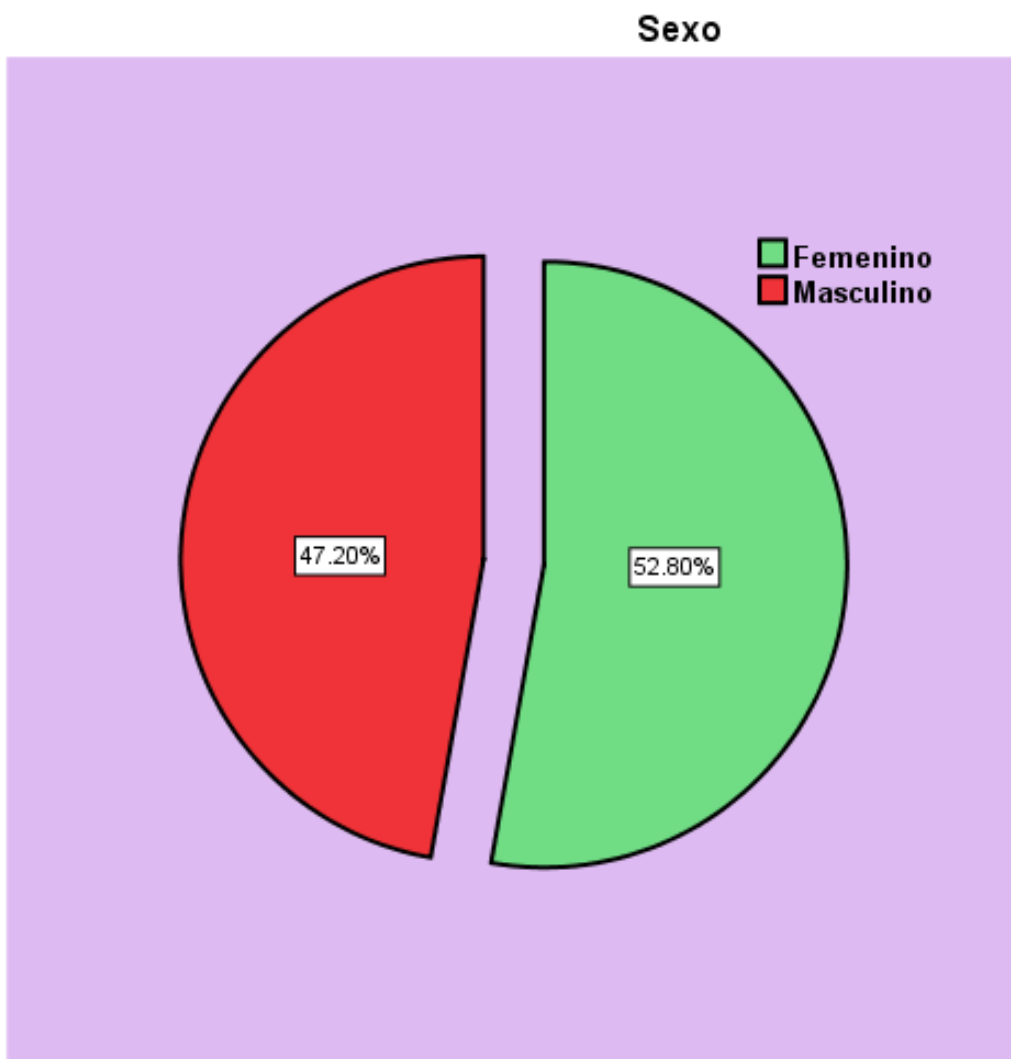
Edad de niños ingresados en el HAN, en el mes de febrero 2016



Fuente: Tabla N° 1a

Gráfico N° 2

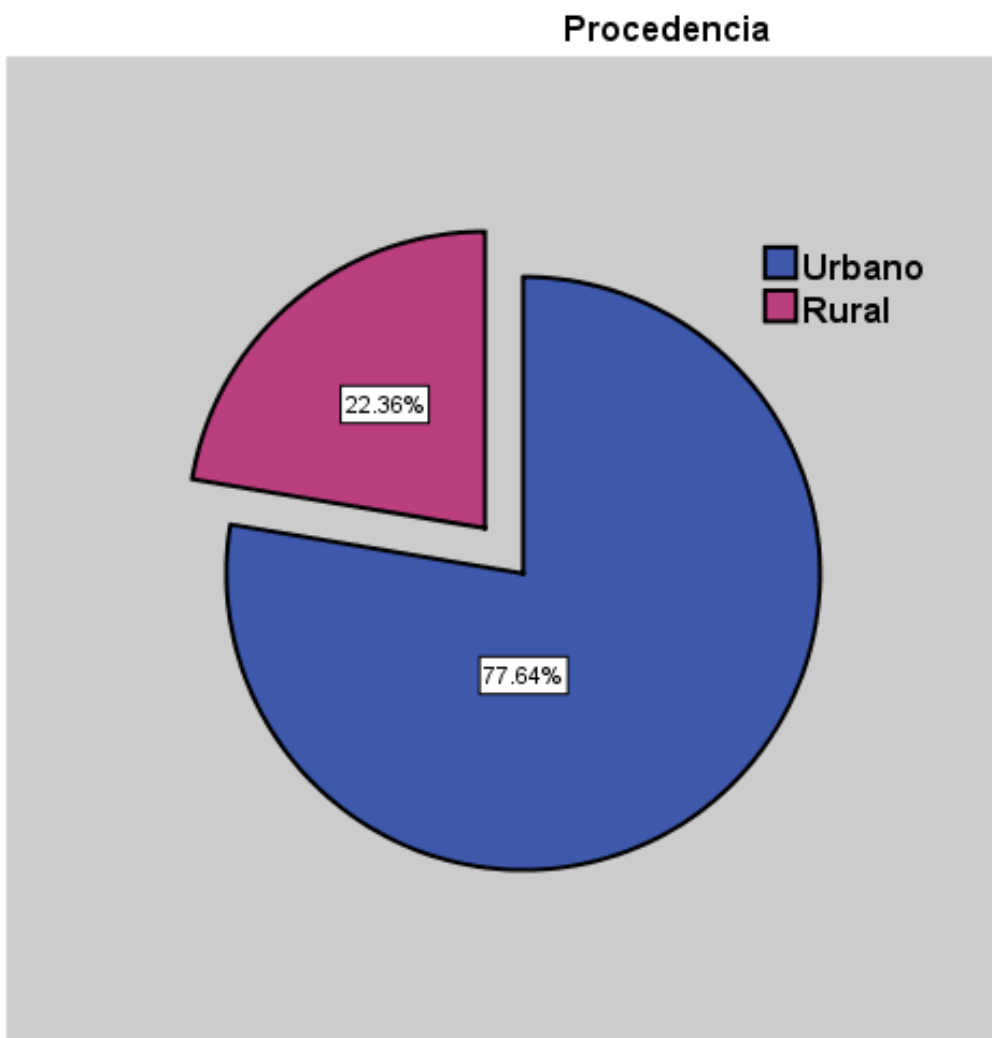
Sexo de niños ingresados en el HAN, en el mes de febrero 2016



Fuente: tabla N° 1a

Gráfico N° 3

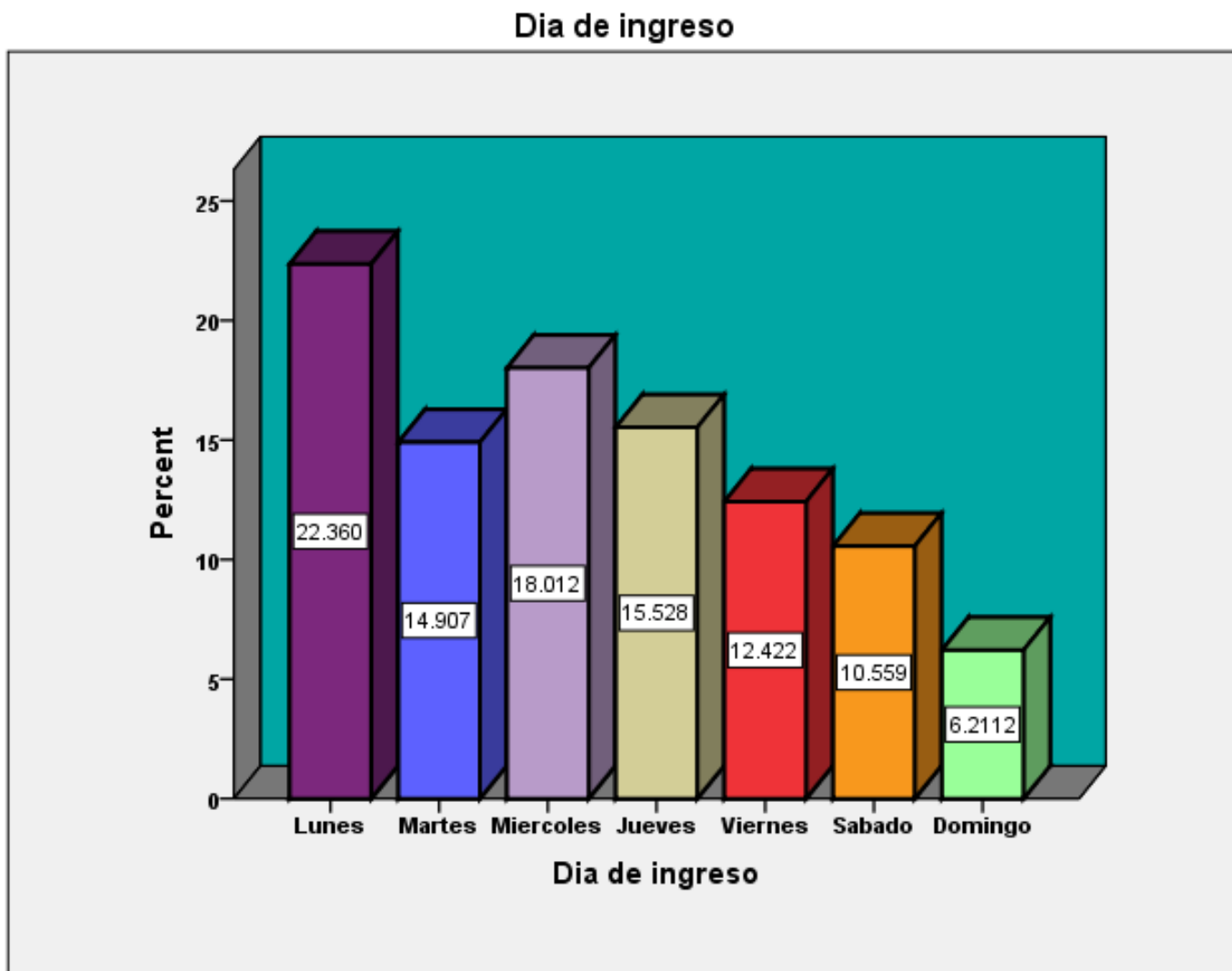
Procedencia de niños ingresados en el HAN, en el mes de febrero 2016



Fuente: tabla N° 1a

Gráfico N°4

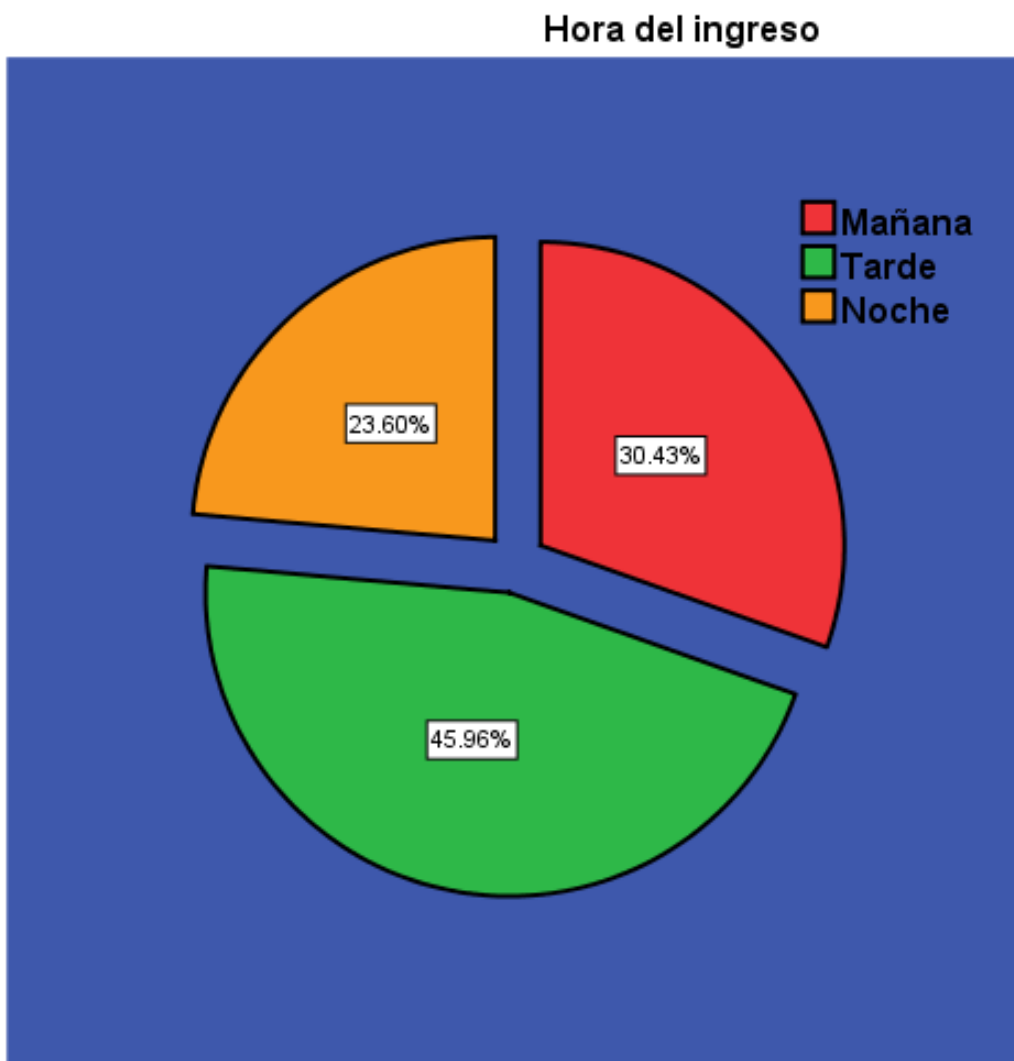
Días de la semana en que se ingresaron niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 1b

Gráfico N°5

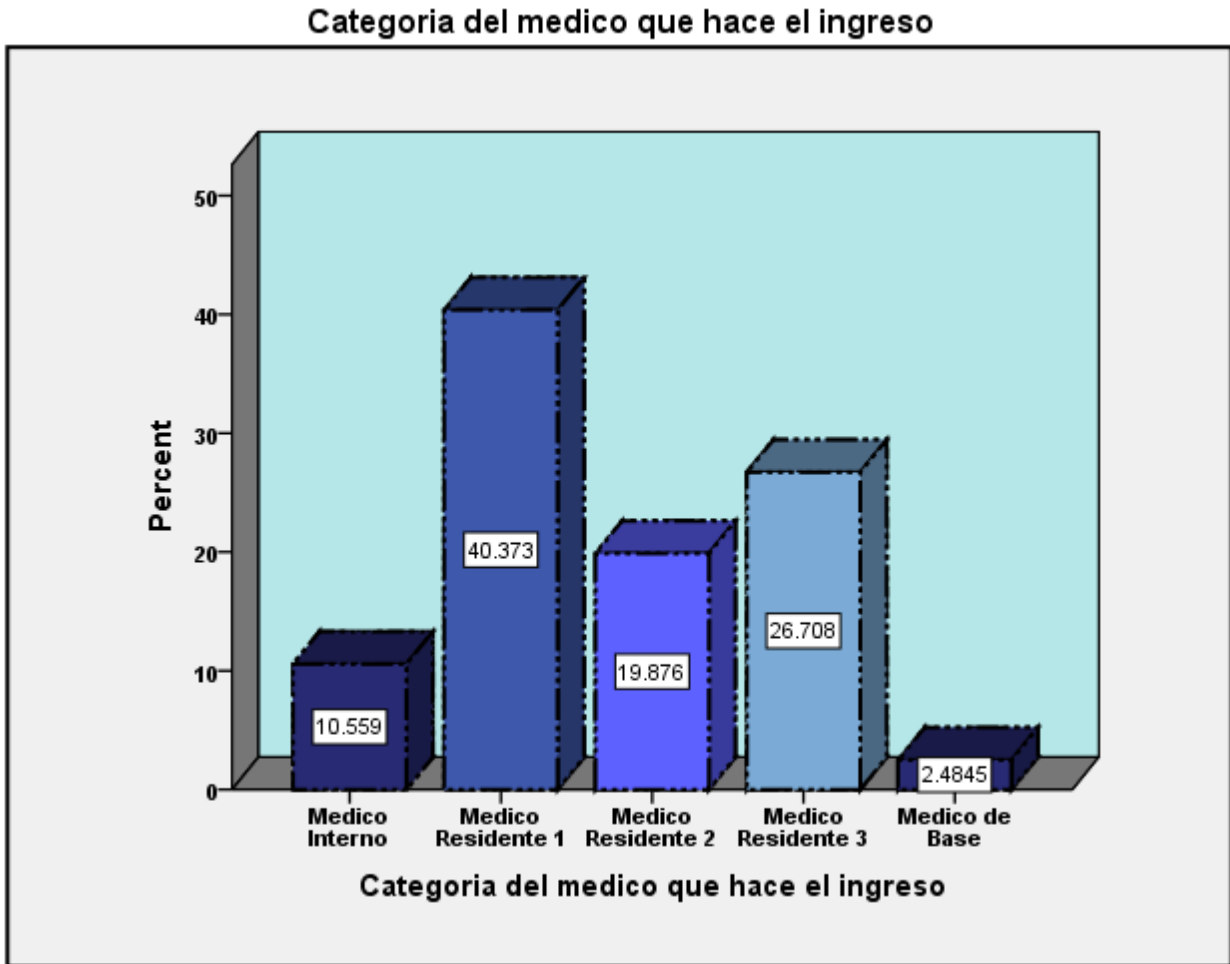
Hora del día en que se ingresaron niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 1b

Gráfico N°6

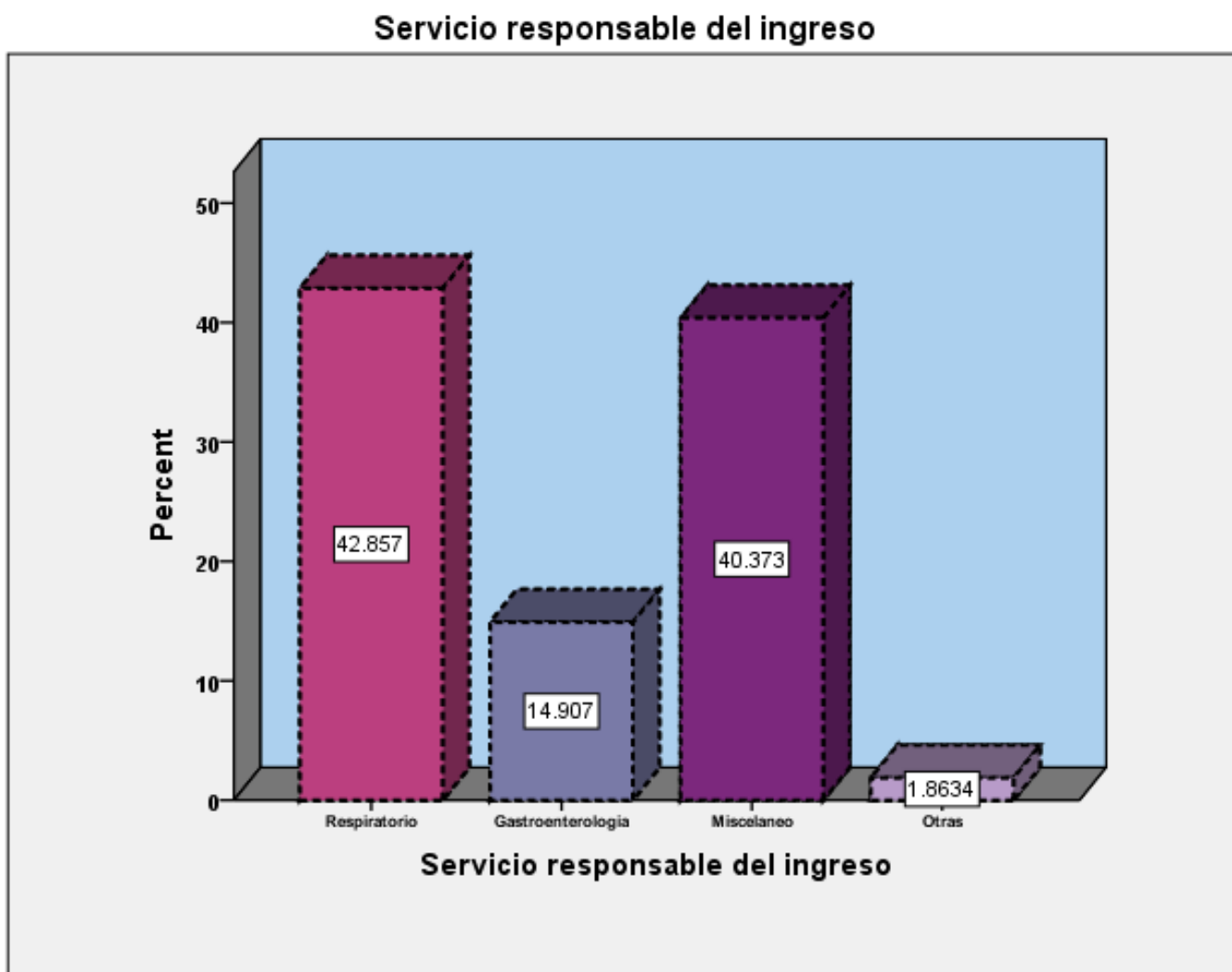
Categoría del médico que indica el ingreso de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 1b

Gráfico N°7

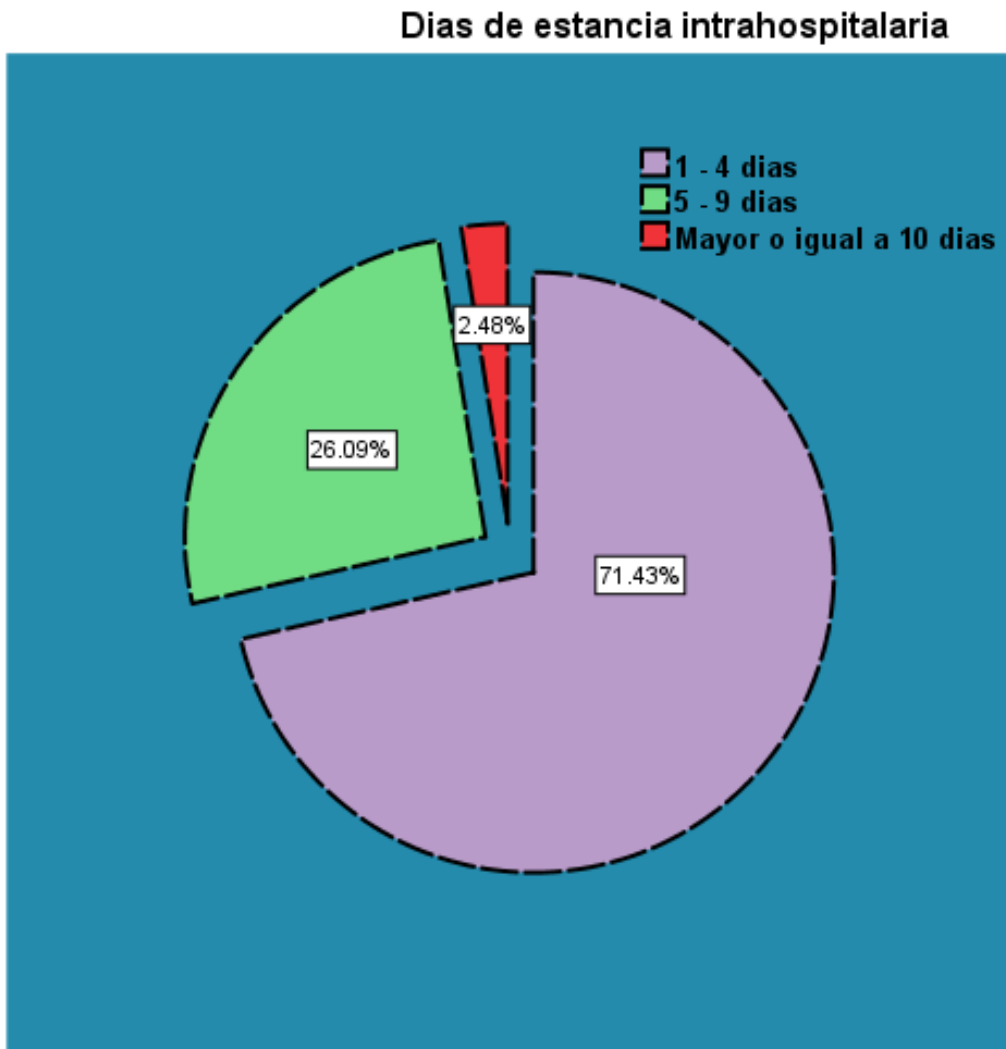
Servicio de ingreso de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 1c

Gráfico N°8

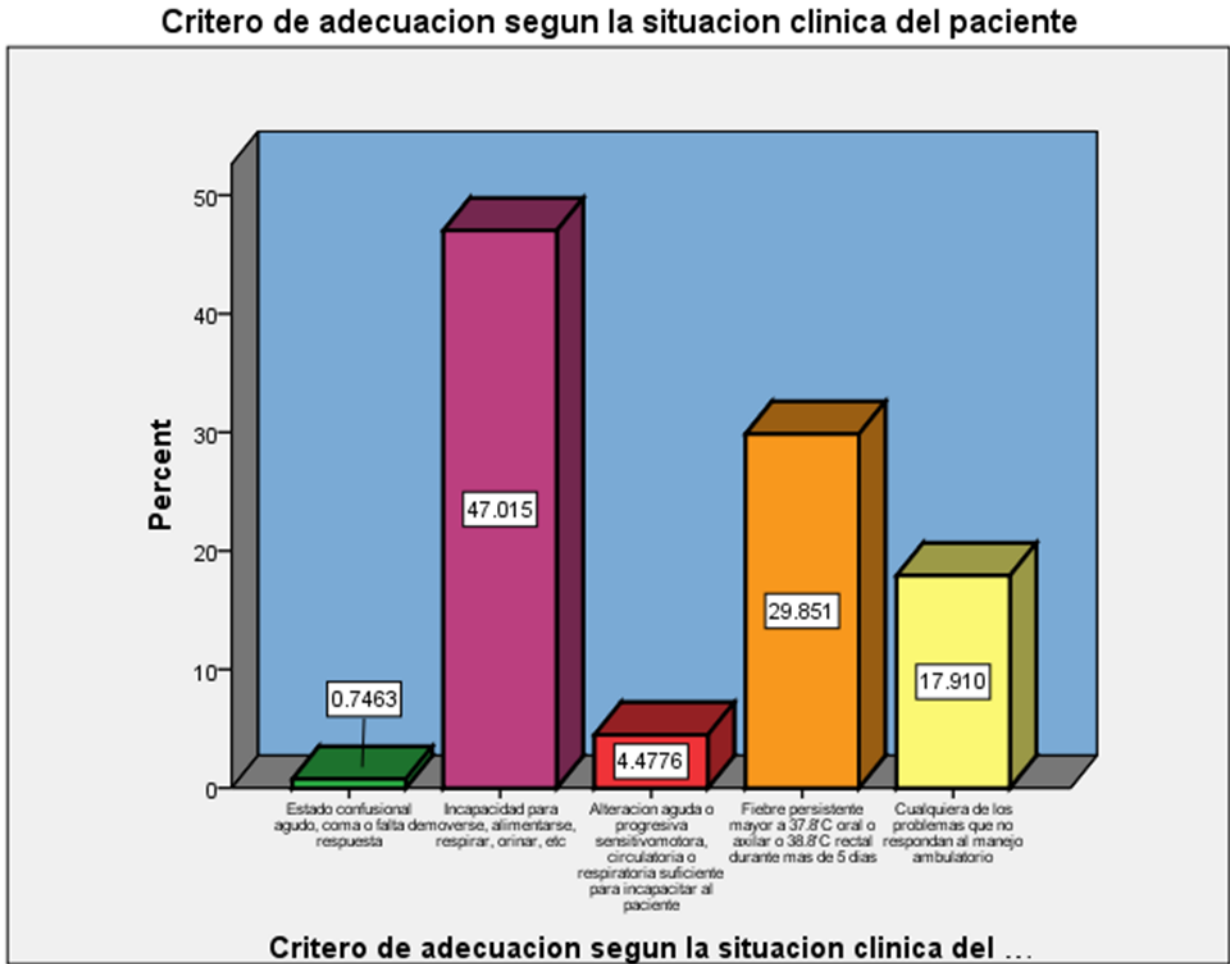
Días de estancia hospitalaria de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 1c

Gráfico N°9

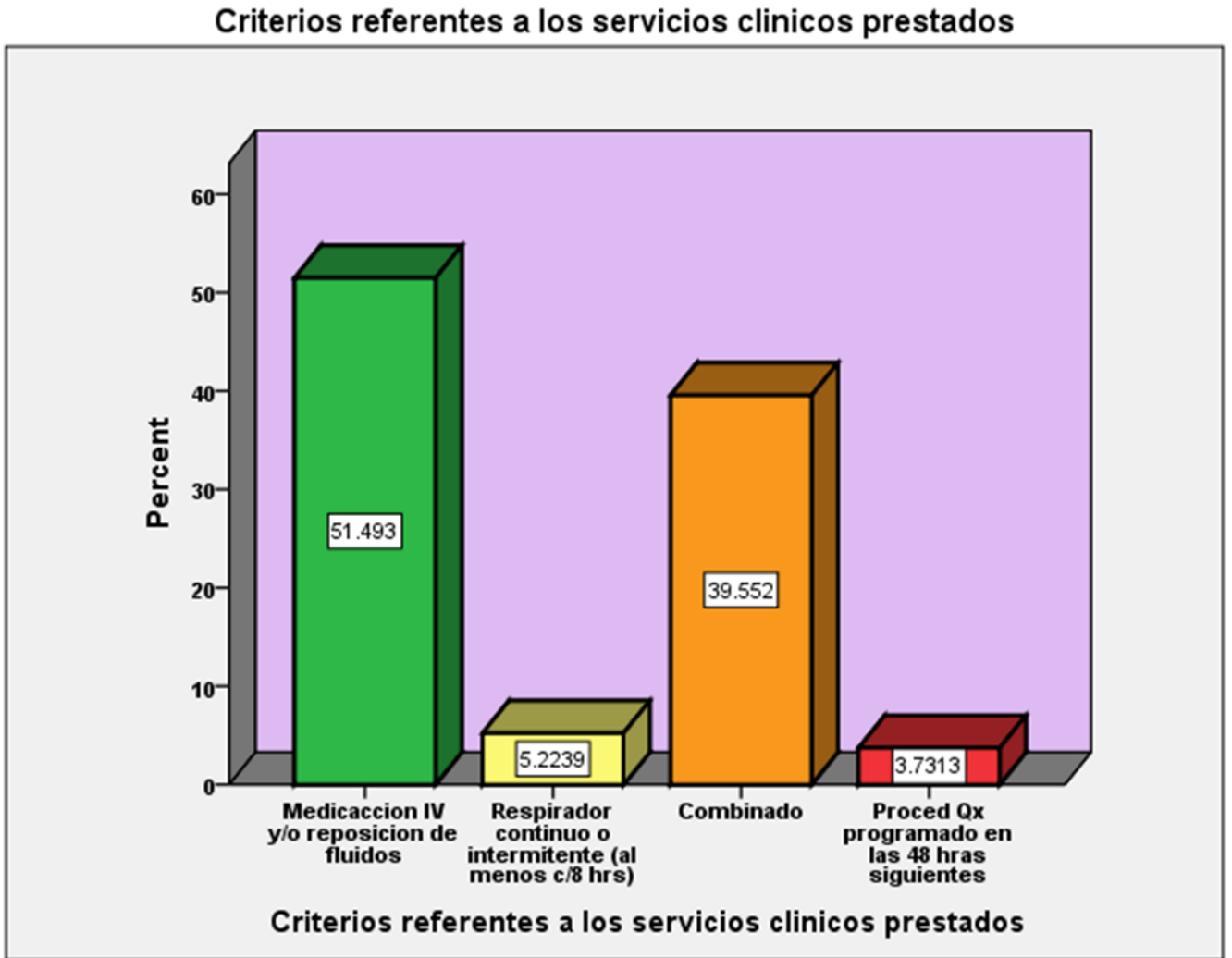
Criterios de adecuación de los ingresos, según la situación clínica, de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 2a

Gráfico N°10

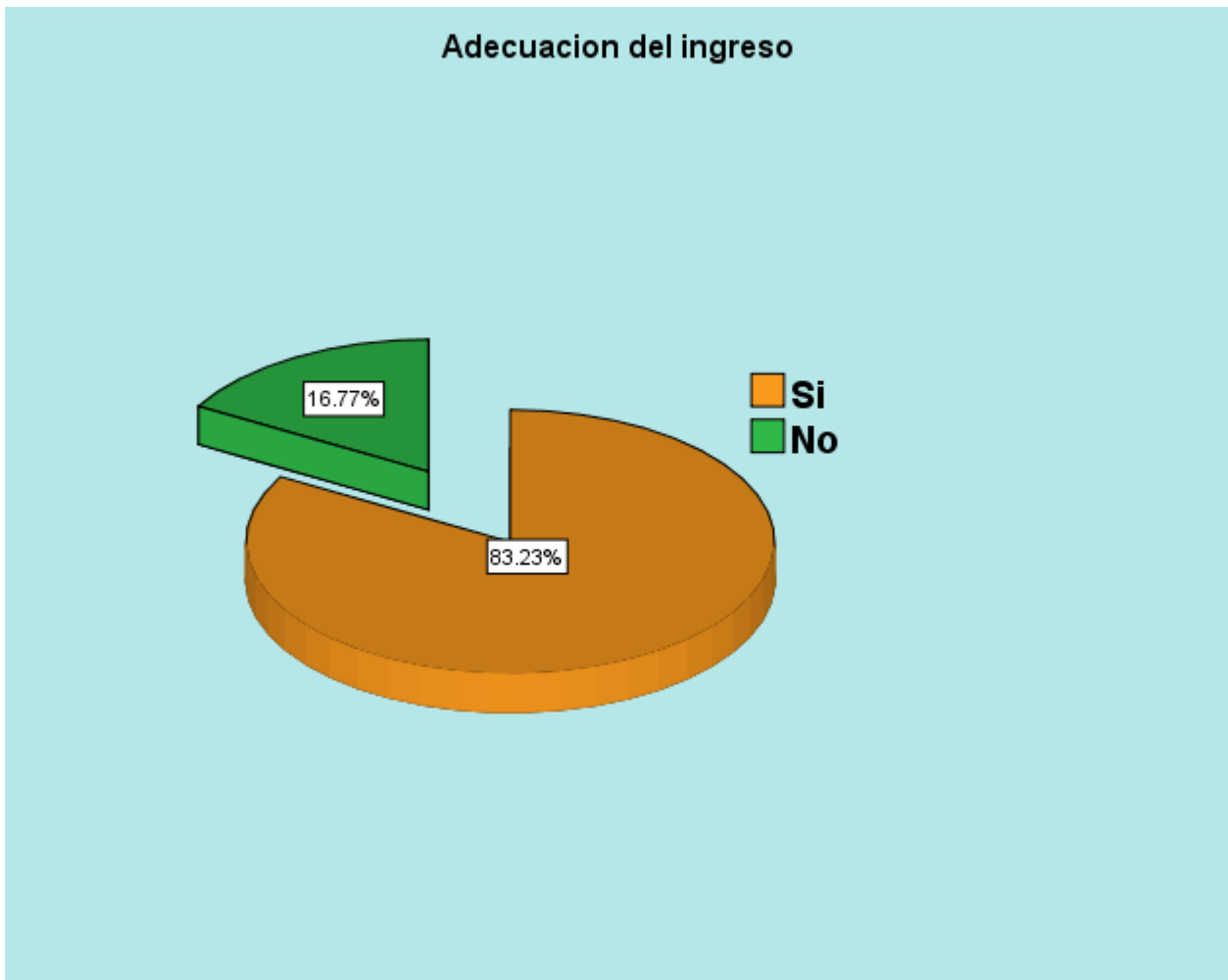
Criterios de adecuación de los ingresos, según los servicios clínicos prestados, de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 2a

Gráfico N°11

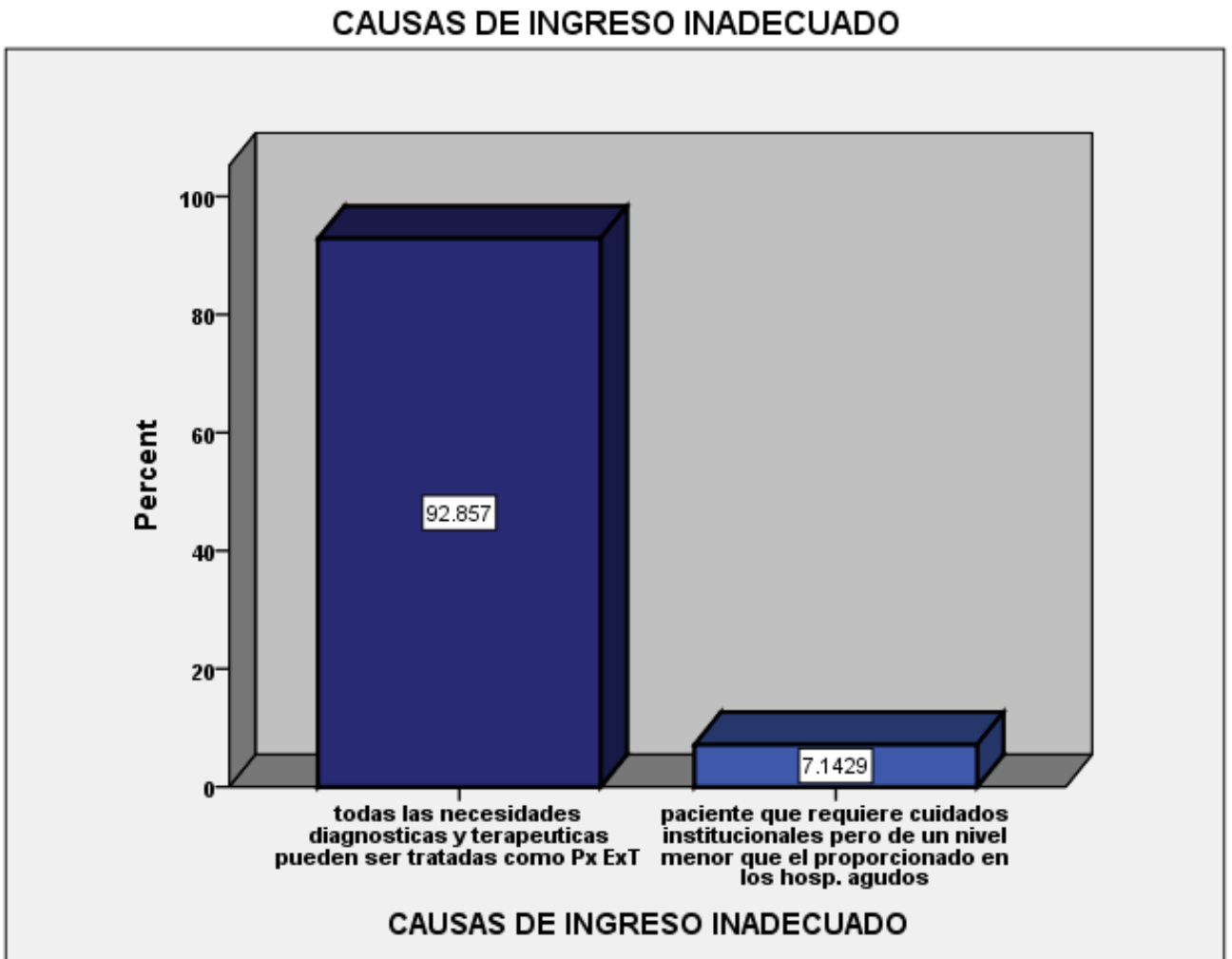
Adecuación de los ingresos de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 2b

Gráfico N°12

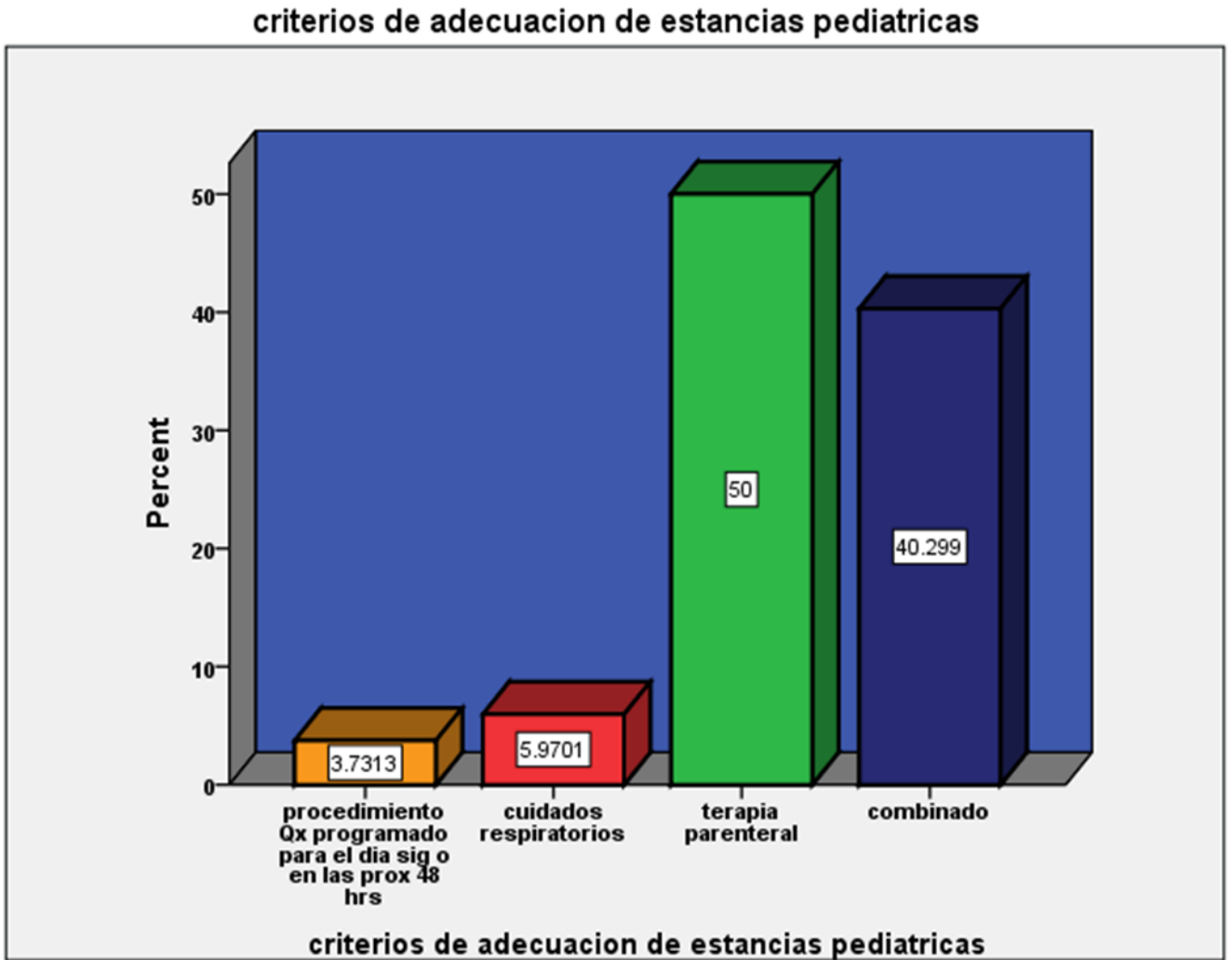
Causas de ingresos inadecuados de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 2c

Gráfico N°13

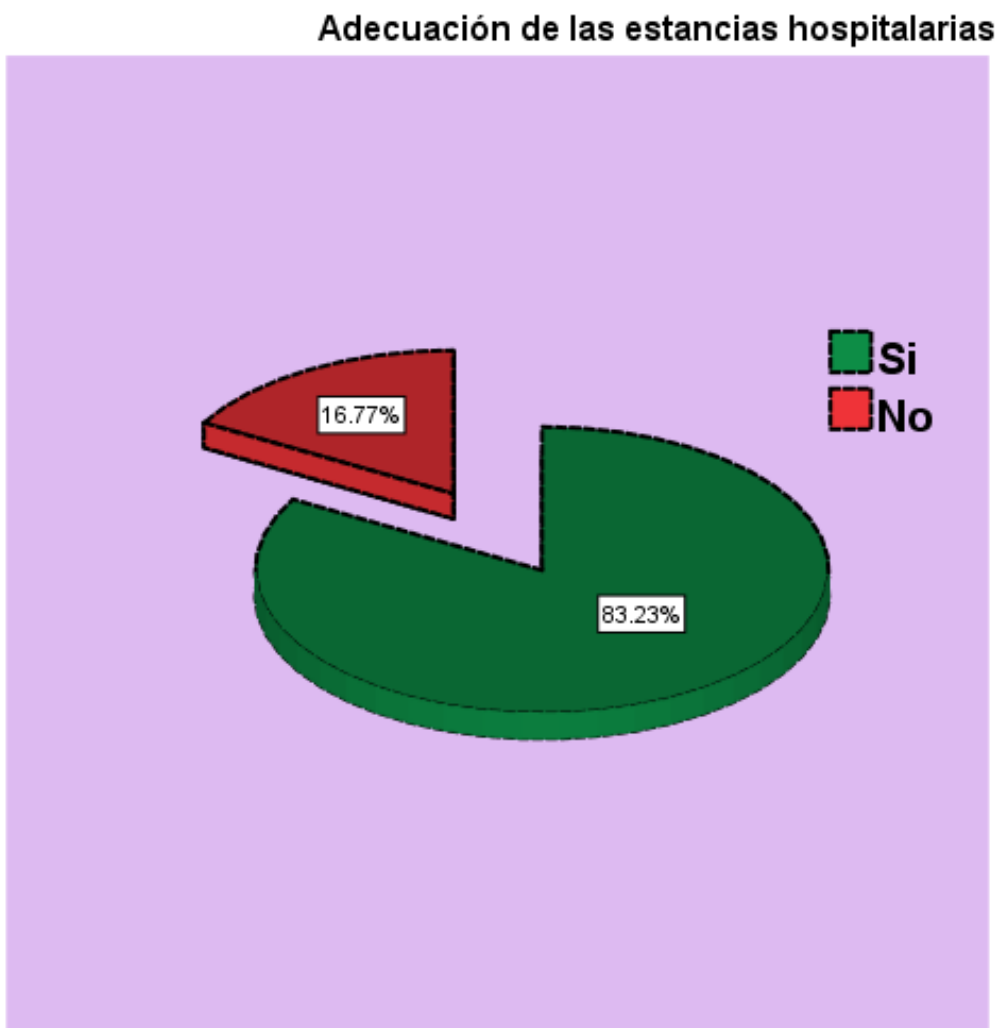
Criterio de adecuación de estancias hospitalarias de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 3a

Gráfico N°14

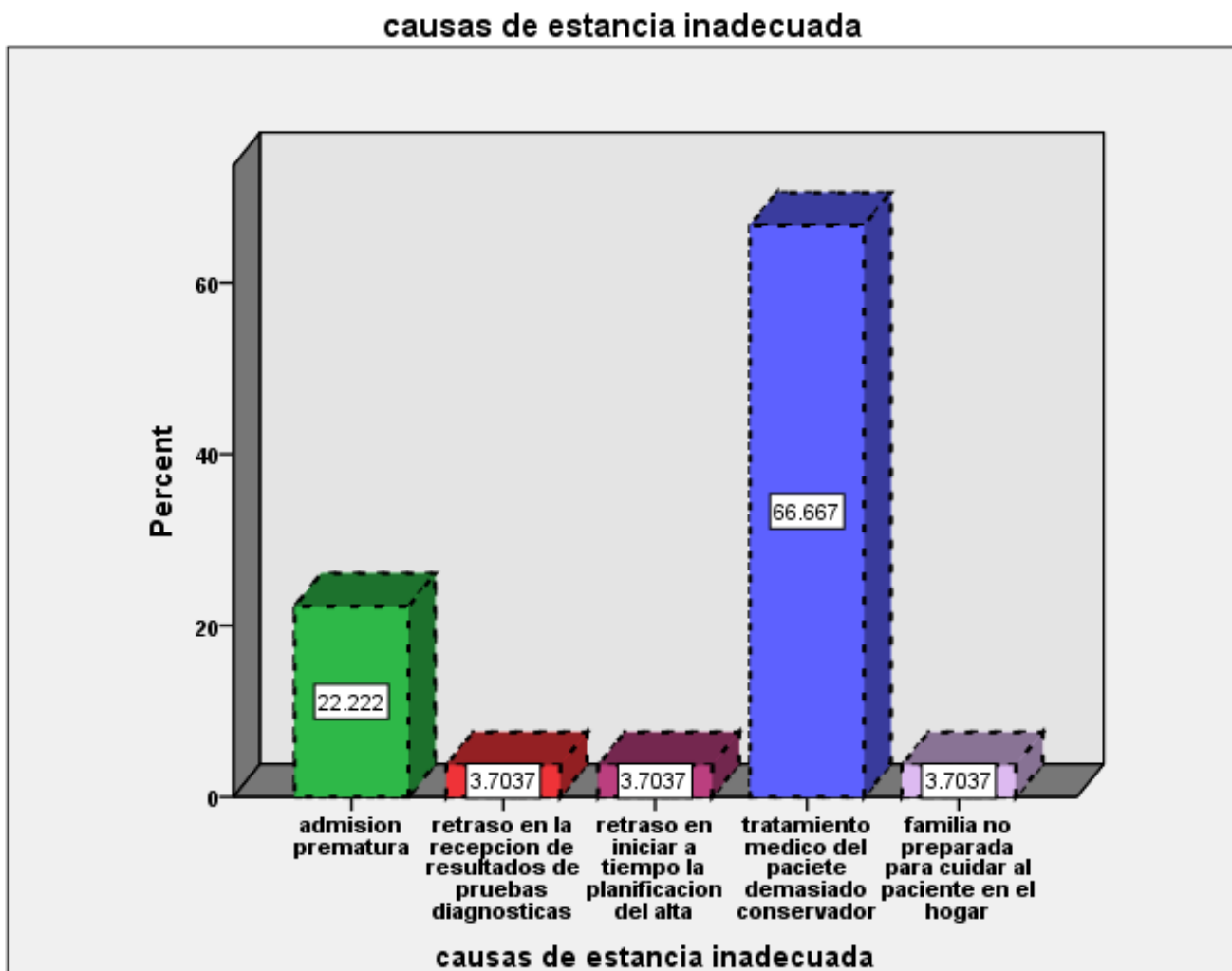
Adecuación de las estancias hospitalarias de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 3b

Gráfico N°15

Causas de estancias inadecuadas de niños en el HAN, en el mes de febrero 2016.



Fuente: tabla N° 4

