



G-047 - ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Martínez de la Cruz, L. Martínez Díaz, M. Pérez Figueras, M. Galán de Juana e I. Ruiz Rivera

Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer la proporción de ingresos adecuados e inadecuados en medicina interna y sus causas para identificar áreas de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en junio de 2017. Se valoró la adecuación de los ingresos a través del cuestionario Appropriateness Evaluation Protocol. Los criterios de adecuación fueron: pérdida de conciencia/desorientación, pulso $< 50/> 140$ lpm, alteración severa de tensión arterial, pérdida brusca de visión/audición, parálisis brusca, alteraciones electrolíticas graves, administración de medicación IV, antibióticos IV ≥ 12 horas, monitorización de signos vitales, uso de terapia inhalatoria. Fueron inadecuados si no cumplían los previos o si cumplían: manejo diagnóstico-terapéutico ambulatorio; ingreso por lejanía del domicilio; necesidad de residencia, cuidados en hospital de crónicos o terminales. Se recogieron las variables: edad, sexo, Charlson, Barthel, procedencia ingreso y paciente, número de fármacos, ingreso reciente, reingreso, días de estancia, iatrogenia y muerte. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS.

Resultados: Se analizaron 230 ingresos. Edad media 77,8 años. Barthel 63,3 y Charlson 4,6. 49,6% varones. 10,9% eran de residencia. 22,6% tenían deterioro cognitivo moderado/grave. Media de fármacos: 9. 2,2% fueron ingresos programados. 23,9% fueron reingresos y 19,6% reingresaron a los 30 días. Estancia media 7,9 días. 91,7% fueron adecuados. Los criterios de adecuación fueron: administración de medicación iv (41,4%), administración de antibióticos iv (20,7%), alteraciones hidroelectrolíticas (11,6%), necesidad de terapia inhalatoria (9,1%), pérdida de conciencia o desorientación (5,6%), alteración en tensión arterial (3,8%), monitorización de signos vitales (3,2%), pulso $< 50/> 140$ (0,6%), fiebre persistente (1,6%), hemorragia activa(1,13%), evidencia de isquemia aguda en ECG (0,7%), pérdida de visión/audición (0,2%), parálisis de cualquier parte del cuerpo (0,2%), quimioterapia (0). Los criterios inadecuados fueron: manejo diagnóstico-terapéutico ambulatorio (68,4%), necesidad de cuidados terminales (21,1%), lejanía del domicilio (5,3%), necesidad de hospital de crónicos (5,3%), necesidad de residencia (0). Los resultados de las variables según el tipo de ingreso se expresan en la tabla. Sólo se encontraron diferencias significativas con el número de fármacos. En los inadecuados no se registró ninguna muerte ni iatrogenia.

Edad	Nº fármacos * (p < 0,0.5)	Estancia media (días)	Barthel	Charlson
------	---------------------------	-----------------------	---------	----------

Adecuado	78,17	9,5	8,2	62,7	4,6
No adecuado	74,7	6,5	5,2	70,3	4,4

Discusión: El porcentaje de ingresos inadecuados fue bajo con respecto a otros estudios. Esto puede deberse a la elevada prescripción de medicación iv, que contrasta con la baja frecuencia de ingresos adecuados por criterios clínicos objetivos. Por tratarse de un estudio retrospectivo no analizamos si la prescripción de medicación iv era correcta. La mayor parte de los ingresos inadecuados se debió a la tendencia a ingresar pacientes para adelantar pruebas complementarias, dada la demora de los procedimientos ambulatorios. Esto podría evitarse mediante la creación de consultas de alta resolución y programas de ambulatorización.

Conclusiones: El porcentaje de ingresos adecuados es elevado. El criterio de adecuación más frecuente es la administración de medicación iv. El criterio de inadecuación más frecuente fue manejo diagnóstico-terapéutico ambulatorio.