

XVI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud Argentina
XVII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud Argentina
27 y 28 de Septiembre de 2007
Tucumán

HERRAMIENTA DE GESTIÓN APLICADA A MATERNIDADES PÚBLICAS

EVALUACIÓN DE LA ADECUACION EN LA INTERNACIÓN OBSTÉTRICA

ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO AEP

PRESENTACIÓN

- Trabajo encuadrado en la **Gestión de Servicios de Salud** .
- Se alinea al desafío universalmente aceptado: definir estrategias que ante el aumento de la demanda, permita brindar servicios de alta calidad con recursos limitados.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- Progresivo incremento de la demanda y del gasto sanitario.
- Empresa de salud, el médico es el responsable de la utilización de recursos.
- Contener el gasto no pasa por gastar menos, sino usar adecuadamente los recursos
- Reducir el “gasto hospitalario” con programas de reducción de costos ahorrables y oportunidad
- Identificar los servicios innecesarios o médicamente inadecuados .

UTILIZACIÓN

■ INNECESARIA:

- Podría ser suprimida sin someter al paciente a un riesgo derivado de esta situación

■ INADECUADA

- Empleo de tecnologías sanitarias de eficacia demostrada en situaciones en las que no están indicadas
- uso de servicios hospitalarios cuando desde el punto de vista estrictamente clínico, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

(continuación)

- Promedio de día de estada como indicador de internación prolongada es útil para valorar el uso de recursos pero no como indicador de internaciones adecuadas
- Se requiere disponer de métodos válidos para identificar la adecuación y las causas como paso previo a un programa de reducción de costo.
- La internación obstétricas en polivalentes no incide significativamente en el promedio de estada
- En el Instituto de Maternidad la inadecuación tiene un impacto significativo en el uso de recursos.
- 2001-2005 IM 53255 RNV = 37 % TP(145400) 60% SP (88619)

INSTITUTO DE MATERNIDAD

Producción anual

INDICADORES DE RENDIMIENTO	2001	2002	2003	2004	2005
Total Nacimientos	11326	12071	10552	10601	9778
Total de Egresos	21655	22658	19720	20295	19660
Porcentaje de Ocupación	91	93	88	88	88
Giro Cama	81	82	77	84	91
Promedio días de estada	4	4	4	4	4

UTILIDAD Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

- Pretende contribuir al grado de conocimiento en obstetricia tanto desde un contexto teórico, como aplicado a la gestión .
- Desde lo metodológico.
 - Completara un espacio no desarrollado por las adaptaciones del AEP
- Desde la Gestión aplicada
 - La adaptación obstétrica posibilitara identificar las causas y evaluar la inadecuación en los ingresos e internaciones
 - Acciones para revertirlas impactaran directamente en la reducción de los costos

HIPÓTESIS

La adopción de una versión obstétrica del AEP permitirá identificar tanto los ingresos y/o internaciones inadecuadas como sus posibles causas, a partir de lo cual será posible desarrollar acciones tendientes a la reducción de los costos en el Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Sra. de las Mercedes" de la provincia de Tucumán.

OBJETIVOS GENERALES

Conocer el grado de adecuación de la hospitalización obstétrica tanto en los ingresos como en las internaciones, a través de un instrumento diseñado a partir de los distintos Protocolos de Evaluación de la Adecuación (AEP).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Elaborar el AEPO (versión Obstétrica del AEP) Adecuar – Crear – Redactar en cada criterio especificaciones técnicas para su interpretación**
- **Cuantificar la inadecuación en los ingresos e internaciones**
- **Identificar las principales causas de inadecuación en los ingresos e internaciones**
- **Identificar las variables que se encuentran asociadas a los ingresos e internaciones inadecuadas**

METODOLOGÍA

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Investigación aplicada de carácter exploratorio, descriptivo y retrospectivo, a desarrollarse en tres etapas. Diseño – Aplicación - Estudio datos secundarios obtenidos mediante el AEPO

METODOLOGÍA

■ MATERIALES Y METODOS

- **Población de estudio** 3068 ingresos (4° T 2004)
- **Tamaño de la muestra** error muestral 7% 95% confianza determino un mínimo de 186 ingresos.
- Muestreo aleatorio simple
- **Unidades de observación:** Episodios asistenciales considerados independientes
- **Unidades de análisis:** día de ingreso y cada uno de los días de internaciones sucesivos.
- **instrumento para la revisión y evaluación de la *adecuación en obstetricia*** fue el **AEPO**

ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN OBSTÉTRICA DEL AEP.

		CODIGOS
CRITERIOS DE INGRESOS APROPIADOS	Referentes a la condición de la paciente	1 - 16
	Intensidad de los servicios prestados	17 - 22
CRITERIOS DE INTERNACIONES APROPIADAS	Cuidados médicos	23 - 27
	Cuidados de enfermería	28 - 34
	Estado clínico de la paciente	35 - 43
CAUSAS DE UTILIZACIÓN INAPROPIADAS	DE INGRESOS	1 - 9
	DE INTERNACIONES	10 - 29

CRITERIOS DE INGRESOS APROPIADOS.

Esta sección está diseñada para facilitar la comprensión de los criterios a utilizar. Los del ingreso están divididos en dos grupos: Situación Clínica y Servicios Clínicos de la Paciente. Al aplicarlos, tenga cuidado de distinguir entre los signos y síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica

Crterios referentes a la Condición de la Paciente

La sección sobre la condición de la paciente, contiene una lista de aspectos fisiológicos y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar que la paciente sea ingresada en un hospital de agudos.

COD	
1	Perdida brusca de la conciencia o desorientación (coma o insensibilidad)
	Este criterio incluye una paciente encontrada en estado comatoso o de desorientación y del que se desconoce el momento en que se inicio el cuadro. No se incluye en este apartado el simple desvanecimiento.
2	Pulso <100
	El criterio se cumple cuando se obtienen como mínimo dos registros, separados 5 minutos entre sí, y se descarto tratamiento con isoxsuprina u otro espasmolítico uterino. Si la taquifigmia se registro solo en un control pero tiene otros elementos clínicos que puedan hacerle sospechar una rotura prematura de membrana.
3	Presión arterial sistólica ≥ 160.; diastólica de $\leq <100$ mm Hg
	Las presiones deben tomarse, luego de un reposo de 10', como mínimo dos veces, separadas de 5 minutos entre si.

4 **Visión borroso o mosca volantes.**

Este criterio se cumple cuando se haya descartado patología oftalmológica, sean de aparición brusca, y existan antecedentes para sospechar una HIE.

5 **Epigastralgia**

Este criterio se cumple cuando se haya descartado patología gastrointestinal, el síntoma sea de aparición brusca y existan antecedentes clínicos suficientes para sospechar una HIE. Si se presenta otra causa que justifique el ingreso consigne la de mayor peso.

6 **Parálisis de cualquier parte del cuerpo de aparición brusca.**

Este criterio se cumple con la simple verificación clínica de la misma

7 **Alteraciones del laboratorio que condicionen un riesgo materno fetal:**

Hb.<9 g/100 ml
Hto. $\leq 29\%$
Leucocitos $> 11.000 / \text{mm}^3$
Plaquetas $\leq 200.000 / \text{mm}^3$
G.OT $> 12 \text{ mU} / \text{ml}$
G.PT $>12 \text{ mU} / \text{ml}$
Proteinuria en 24Hs. $> 0,5 \text{ gr/l}$
Glucemia ayuna:
1. dos registros de $\geq 1,05$ y $\leq 1,80 \text{ gr/l}$ con un intervalo de 7 días.
2. dos registros de $\geq 1, 80 \text{ gr/l}$ con un intervalo de 24 horas.
Prueba de tolerancia patológica: $\geq 1,40 \text{ gr/la}$ las 2 horas.

8 **Hemorragia activa.**

Este criterio se cumple cuando toda vez que exista un sangrado activo por genitales, que no responda a traumatismos vulvovaginales que puedan ser resueltos por procedimientos quirúrgicos menores en forma ambulatoria.

9 **Amniorrea (Perdida de liquido amniótico)**

Este criterio se cumple cuando se haya verificado la misma por métodos paraclínicos (Ph, Prueba de cristalización, Fosfatidilglicerol, etc), o ante su imposibilidad, cuando el diagnostico clínico sea verificado, mediante la observación directa, por especuloscopia o maniobras externas que faciliten su salida.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Para evaluar las posibles relaciones entre pares de variable, se realizaron estudios bivariados y multivariados
- Con la finalidad de identificar las asociaciones entre variables independientes y cada una de las dependientes - Ingresos inadecuados e Internaciones inadecuadas - se aplicó regresión logística
- Se consideraron solo aquellas variables independientes que, una vez incluidas en el mismo, tuvieron una capacidad predictiva estadísticamente significativa ($p < 0.10$).

RESULTADOS

INGRESOS	NUMERO	%
ADECUADOS	144	71 %
INADECUADOS	60	29 %
TOTAL	204	100 %

INTERNACIONES	NUMERO	%
ADECUADAS	244	61 %
INADECUADAS	157	39%
TOTAL	401	100 %

PRINCIPALES RESULTADOS INGRESOS

- **80% de los Ingresos inadecuados (Ing.I) responden a factores evitables (4 de 9 códigos)**
 - **Deficiencias vinculadas con la red periférica de salud**
 - Procedimientos diagnósticos y/o tratamientos que pudieron ser ambulatorios
 - Admisión para control médico u obstétrico que pudo ser ambulatorio
 - Paciente admitida por domicilio alejado
 - **Fallas en procesos operativos institucional**
 - Admisión prematura, para procedimiento programado días posteriores

Ingreso Inadecuado - Fecha ($p=0.091$)

Responsable ($p=0.009$)

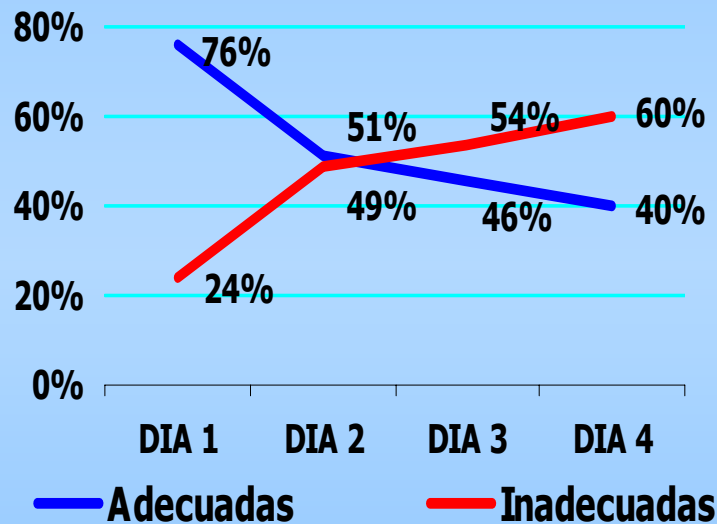
- Ingl definido por el médico durante los días laborables ($p=0.014$), no así los fines de semana ($p=0.104$)
- Ingl. definido por el médico y horario matutino y vespertino ($p=0.26$) Pruebas diagnosticas Tto o control ambulatorio. H. Nocturno por domicilio alejado. (porcentaje condicional) "Carga riesgo"
- 92% de pacientes derivadas fueron ingresadas por el médico. ($p=0.047$) 42% Dom alejado 33% P.Diag.
- Relación ($p=0.014$) inadecuación e Ingreso Nocturno de pacientes derivadas.
 - El 24% de los ingresos son nocturnos.
 - El 14% de los ing nocturnos, son inadecuados.
 - El 71% de los ing noct inad obedecen al ingreso de pacientes derivadas

INTERNACIONES INADECUADAS (InI) RESULTADOS

- El 73 % de la inadecuación se concentro en las internaciones de hasta 3 días de estada, elevándose a un 82% si se incluye el 4° día
- El promedio Gral. de 3 días de estada se incremento a 3.6 en las InI, T.V.R+22% (PDE Adecuados= 2.7 TVR -9%)
- **75% de las InI** respondieron a tres causas, vinculadas con la **responsabilidad médica al momento de definir el alta institucional**
 - Tratamiento o seguimiento médico de la paciente demasiado conservador
 - Inexistencia de un plan documentado para tratamiento activo o evolución de la paciente
 - Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta

INTERNACIONES INADECUADAS (InI) RESULTADOS

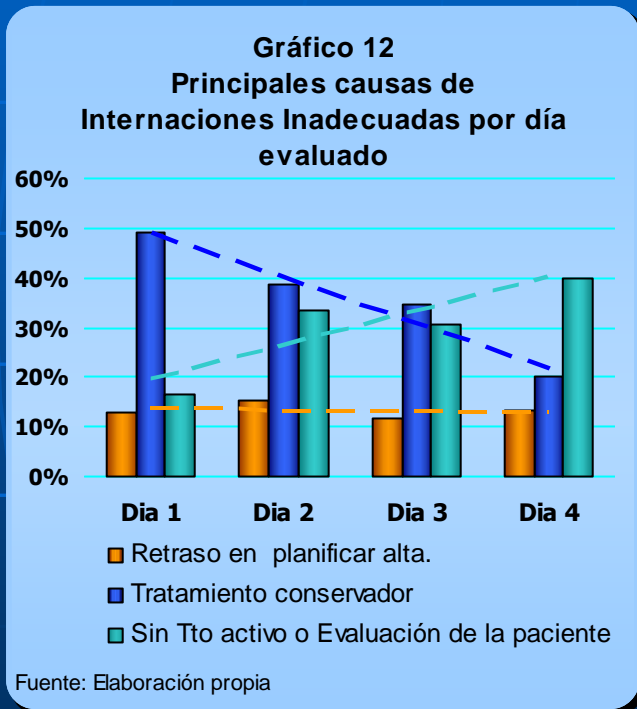
Gráfico 11
Relación Adecuación - Inadecuación
según día de internación



Fuente: Elaboración propia

- En el Instituto de Maternidad, se pudo definir al segundo día de hospitalización como el momento o punto de inflexión entre la adecuación e inadecuación, a partir del cual esta última se incrementa en forma lineal
- Trazadora para aplicar procedimientos de control.

INTERNACIONES INADECUADAS (InI) RESULTADOS



- ***“Tratamiento médico conservador”***
 - 50% de inadecuación el primer día,
 - 20% cuando se analiza el cuarto.
- ***“Inexistencia de un plan de tratamiento activo o Falta de evolución”***
 - 16% de inadecuación el primer día
 - 40 % el cuarto.
- ***“Retraso en la planificación del alta”***
 - Mantiene un promedio del 13%.

Internaciones Inadecuadas de 1 día (I1) “CPN” (p=0.052) “Fecha Ingreso” (p=0.058) “Ingreso” (p<0.001)

- Hay un 25 % de inadecuación en I1, de las cuales el 80% son la continuidad de un Ingreso inadecuado.
- La regresión logística permitió inferir que la mayor posibilidad de que la internación de un día sea inadecuada, (97 %) ocurrirá cuando una paciente sin control prenatal ingrese inadecuadamente un fin de semana
- Cuando un ingreso fue inadecuado, un mayor número de CPN disminuiría la probabilidad (47%) de continuarse con una internación inadecuada

Internaciones Inadecuadas de 2 día (II2)

“Origen de ingreso” ($p=0.032$) , “Ingreso adecuado o inadecuado” ($p=0.073$) y “Día de internación previo” (>0.001)

- Si bien “origen del ingreso” determino $p=0,032$, y el 57% de pacientes ingresaron directamente desde su domicilio no se pudo establecer una relación entre esta variable y la II2
- Probabilidad de adecuación o inadecuación en I2 esta definida por la adecuación o no del día previo
 - Los $>$ % de InAd2. se dan en InAd el día previo:
 - 100% de adecuación si además el ingreso fue adecuado
 - 67% de adecuación si los ingresos fueron inadecuados.
 - Los $>$ % de InI2. se dan en InI el día previo:
 - 96% de inadecuadas si además el ingreso inadecuados.
 - 57% de inadecuación si los ingresos fueron adecuados.

Internaciones Inadecuadas de 3 día (II3) “CPN” (p=0.008) “Día de Internación previo” (p<0.002)

- El análisis multivariado entre la internación de tres días, el día de internación previo y el Control Prenatal solo muestra asociación estadísticamente significativa para la internación del día previo adecuada. Chi-Square=6,8 (p=0.03) .
- Si una paciente internada adecuadamente continuó hospitalizada al 3º días, la falta de CPN condiciona una probabilidad del 67% de que la internación a partir de ese día se transforme en inadecuada

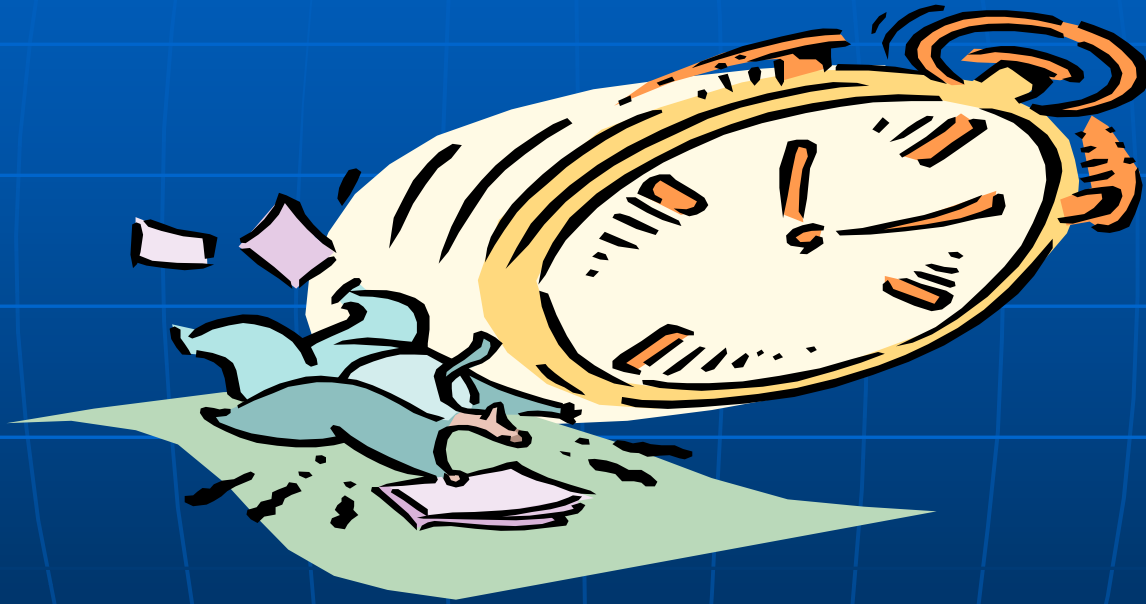
INTERNACIONES PROLONGADAS

- Si bien no se demostró relación estadísticamente significativa entre la internación prolongada y las variables independientes estudiadas ($p=0.95$), se observó que:
 - 60 % de las internaciones de 4 o más días de estada fueron inadecuadas
 - 73% fueron inadecuadas también los días previos
 - Las causas que la originaron respondieron a una responsabilidad médica en un 73%.

CONCLUSIONES

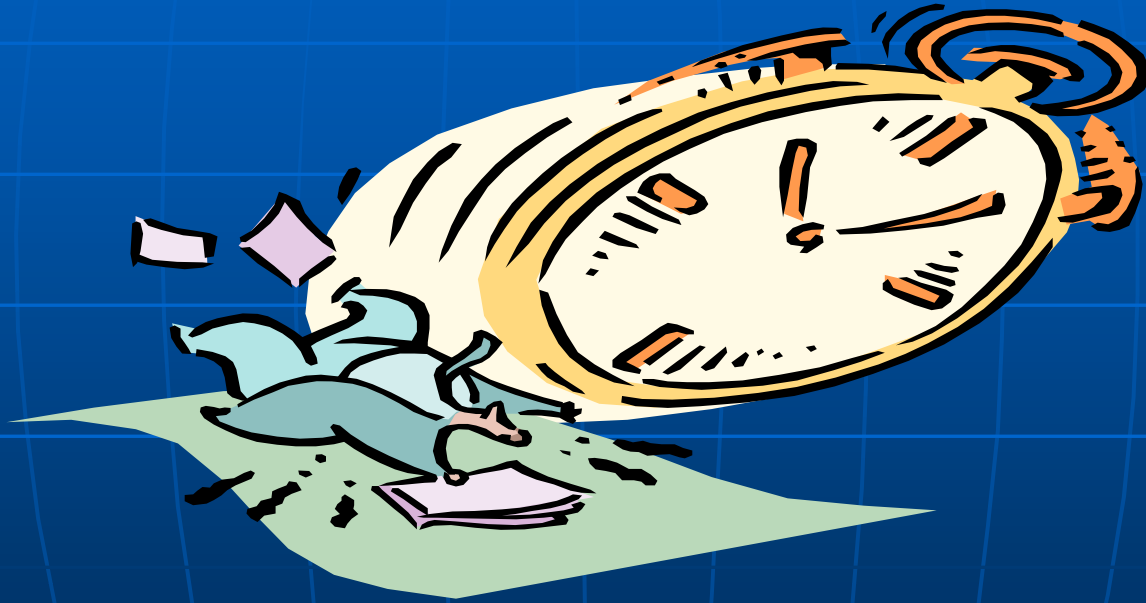
- Uno de los instrumentos más utilizados es el Protocolo de Evaluación de la Adecuación" (AEP) .
- AEP no es aplicable a la internación obstétrica
- Se desarrolló **Protocolo de Evaluación de la Adecuación en Obstétrica (AEPO)**.
- El AEPO, como instrumento de evaluación permitió identificar y cuantificar la adecuación tanto de los ingresos como de las internaciones obstétricas.
- El AEPO permitió identificar como causas vinculadas con la inadecuación, condiciones relacionadas con los procesos operativos institucionales, la gestión clínica, la condición socio - sanitaria del usuario y debilidades en la red periférica del sistema de salud.
- Se considera necesario el estudio de validación del presente instrumento a fin de garantizar que su aplicación en instituciones similares, permita comparar los resultados obtenidos.

Y COMO SE NOS TERMINO EL TIEMPO



MUCHAS GRACIAS

**Pero pudimos
maximizar beneficios**



Dos minutos más

ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN OBSTÉTRICA DEL AEP.

		CODIGOS
CRITERIOS DE INGRESOS APROPIADOS	Referentes a la condición de la paciente	1 - 16
	Intensidad de los servicios prestados	17 - 22
CRITERIOS DE INTERNACIONES APROPIADAS	Cuidados médicos	23 - 27
	Cuidados de enfermería	28 - 34
	Estado clínico de la paciente	35 - 43
CAUSAS DE UTILIZACIÓN INAPROPIADAS	DE INGRESOS	1 - 9
	DE INTERNACIONES	10 - 29

CRITERIOS DE INGRESOS APROPIADOS.

Esta sección está diseñada para facilitar la comprensión de los criterios a utilizar. Los del ingreso están divididos en dos grupos: Situación Clínica y Servicios Clínicos de la Paciente. Al aplicarlos, tenga cuidado de distinguir entre los signos y síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica

Crterios referentes a la Condición de la Paciente

La sección sobre la condición de la paciente, contiene una lista de aspectos fisiológicos y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar que la paciente sea ingresada en un hospital de agudos.

COD	
1	Perdida brusca de la conciencia o desorientación (coma o insensibilidad)
	Este criterio incluye una paciente encontrada en estado comatoso o de desorientación y del que se desconoce el momento en que se inicio el cuadro. No se incluye en este apartado el simple desvanecimiento.
2	Pulso <100
	El criterio se cumple cuando se obtienen como mínimo dos registros, separados 5 minutos entre sí, y se descarto tratamiento con isoxsuprina u otro espasmolítico uterino. Si la taquifigmia se registro solo en un control pero tiene otros elementos clínicos que puedan hacerle sospechar una rotura prematura de membrana.
3	Presión arterial sistólica ≥ 160.; diastólica de $\leq <100$ mm Hg
	Las presiones deben tomarse, luego de un reposo de 10', como mínimo dos veces, separadas de 5 minutos entre si.

4 **Visión borroso o mosca volantes.**

Este criterio se cumple cuando se haya descartado patología oftalmológica, sean de aparición brusca, y existan antecedentes para sospechar una HIE.

5 **Epigastralgia**

Este criterio se cumple cuando se haya descartado patología gastrointestinal, el síntoma sea de aparición brusca y existan antecedentes clínicos suficientes para sospechar una HIE. Si se presenta otra causa que justifique el ingreso consigne la de mayor peso.

6 **Parálisis de cualquier parte del cuerpo de aparición brusca.**

Este criterio se cumple con la simple verificación clínica de la misma

7 **Alteraciones del laboratorio que condicionen un riesgo materno fetal:**

Hb. <9 g/100 ml
Hto. $\leq 29\%$
Leucocitos $> 11.000 / \text{mm}^3$
Plaquetas $\leq 200.000 / \text{mm}^3$
G.OT $> 12 \text{ mU} / \text{ml}$
G.PT $> 12 \text{ mU} / \text{ml}$
Proteinuria en 24Hs. $> 0,5 \text{ gr/l}$
Glucemia ayuna:
1. dos registros de $\geq 1,05$ y $\leq 1,80 \text{ gr/l}$ con un intervalo de 7 días.
2. dos registros de $\geq 1, 80 \text{ gr/l}$ con un intervalo de 24 horas.
Prueba de tolerancia patológica: $\geq 1,40 \text{ gr/la}$ las 2 horas.

8 **Hemorragia activa.**

Este criterio se cumple cuando toda vez que exista un sangrado activo por genitales, que no responda a traumatismos vulvovaginales que puedan ser resueltos por procedimientos quirúrgicos menores en forma ambulatoria.

9 **Amniorrea (Perdida de liquido amniótico)**

Este criterio se cumple cuando se haya verificado la misma por métodos paraclínicos (Ph, Prueba de cristalización, Fosfatidilglicerol, etc), o ante su imposibilidad, cuando el diagnostico clínico sea verificado, mediante la observación directa, por especuloscopia o maniobras externas que faciliten su salida.

10	Hiperdinamia.
	Este criterio se cumple cuando mediante el examen en un periodo mínimo de 10' realizado por un profesional idóneo, se verifique: Hipersistolia Aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 50 mm Hg. Polisistolia Aumento de la frecuencia de las contracciones por encima de 5 contracciones en 10 minutos Hipertonía Aumento del tono uterino
11	Compromiso del Bienestar fetal :
	a) Vitalidad Fetal
	Este criterio se cumple cuando: ✓ Se verifica la disminución de los movimientos fetales percibidos por la madre por debajo de una frecuencia de 3 a 4 movimientos por hora contados en tres momentos diferentes. ✓ Un NST (Non Estrés Test) o monitoreo no estresante de la frecuencia cardíaca fetal sea NO REACTIVO. ✓ La prueba de tolerancia fetal a las contracciones uterinas sea positiva. (Prueba de Posse o Prueba de la oxitocina)
	b) Crecimiento fetal:
	Que requiera cuidados médicos y/o de enfermería según criterios de Tabla 8
12	Preparto
	Este criterio se cumple cuando se verificaron modificaciones cervicales Grado III: Cuello maduro , bien centralizado, blando longitud acortada a 1 cm, borrado o en vía de borramiento, dehiscente hasta 3 cm.
13	Trabajo de parto
	Este criterio se cumple cuando se verificaron modificaciones cervicales que superaron el Grado III, con una frecuencia de 3 contracciones uterinas en 10 minutos.

14	Estado clínico o patología asociada que por su condición no pueda ser tratada ambulatoriamente.
	Este criterio se cumple cuando las condiciones mencionadas responden exclusivamente a requerimiento de atención médica o cuidados de enfermería según criterios de Tabla 8 No se incluyen en este apartado ninguna de las causas dependientes del entorno social y/o familiar de la paciente .
15	Dehiscencia de sutura o evisceración.
	Este criterio se cumple ante la simple verificación diagnóstica.
16	Supuración de herida quirúrgica
	Este criterio se cumple cuando, se requiera el drenaje quirúrgico de las misma y/o atención médica o cuidados de enfermería según criterios de Tabla 8. No se incluyen, las que puedan ser tratadas ambulatoriamente.

Criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados.	
Los criterios del grupo de Servicios Clínicos representan tratamientos de los que sólo se dispone en un hospital de agudos. Recuerde que los criterios de selección son genéricos, más que específicos por diagnósticos.	
COD	
17	Administración de medicación intravenosa y/o reemplazo de fluidos
	Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante el día del ingreso. No se aplica en los casos en que solo se pretende "Mantener vía iv permeable", o si se considera que dichos fluidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma tal que la paciente no precisara ser ingresado (paciente con tratamiento ambulatorio, [antibióticos]).
18	Cirugía o procedimiento programado que requiera:
	1. Anestesia general o regional. 2. Equipamiento o materiales disponibles solo para pacientes ingresados.
	Este criterio se cumple cuando el mismo se realiza el día de ingreso

19	Telemetría, monitorización cardiaca o Monitorización de signos vitales cada 4 horas o más a menudo
	En caso de ausencia de telemetría o de monitor cardíaco, los signos vitales mínimos son: presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Si la historia clínica no muestra esta información y sólo se encuentra la petición del médico, considerar la estancia como inadecuada.
20	Monitorización glucémica que requiera control de enfermería y/o correcciones insulínicas
	Para que este criterio se cumpla, deberá constar en la historia clínica la evaluación por parte del obstetra, con la correspondientes correcciones de insulinas en la hoja de indicaciones, y los registros de aplicación y del monitoreo metabólico en la hoja de enfermería. Si estos requisitos no se cumplen deberá considerarse la estancia como inadecuada.
21	Administración de antibióticos I.M. al menos cada 8 horas
	Este criterio se cumple cuando como mínimo figure la prescripción de administrar cada 8 hs, y se haya administrado la dosis inicial. Si existen alternativas por otra vía que hubiera hecho innecesaria la hospitalización, esto califica el día como médicamente innecesario.
22	Uso de respirador intermitente o continuo, al menos c/ 8 horas.
	Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el primer día. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O ₂ nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin nebulizaciones, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces al día. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.

CRITERIOS DE INTERNACIONES APROPIADAS

A. CUIDADOS MÉDICOS

Esta sección contiene una lista de los principales servicios al ingreso de la paciente. Estos servicios justifican la adecuación de la internación hospitalaria, independientemente de su relación con el diagnóstico principal. Si considera que un procedimiento podría haber sido realizado de forma ambulatoria, utilice criterios extraordinarios y explique la razón.

COD	
23	Intervención realizada en quirófano o sala de parto ese mismo día.
	Este criterio se cumple cuando se realice cualquier procedimiento en quirófano
24	Programación de intervención para el día siguiente requiriendo control y/o administración de tratamiento quirúrgicos.
	Este criterio se cumple cuando sea necesario realizar procedimientos y/o tratamientos que no puedan ser realizados en forma ambulatoria sin monitoreo médico y/o de enfermería. (Paciente diabética insulinodependiente, profilaxis retrovirales en pacientes HIV-SIDA etc.)
25	Monitorización por un médico por lo menos tres veces al día.
	Para que este criterio se cumpla, deberá constar en la historia clínica la evaluación por parte del obstetra responsable de la paciente y / o médico residente. Ej. Control obstétrico por guardia de paciente internada.
26	Ammiocentesis.
	Este criterio se cumple cuando se haya realizado el procedimiento dentro de las 24 horas previas.
27	Día inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica o a cualquiera de los procedimientos del 23 al 25.

B. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Esta sección incluye los cuidados de enfermería y/u obstétrica, cuya provisión justificaría la estancia de la paciente en el hospital. En esta sección, es de particular importancia requerir documentación sobre todos los criterios. Si se debe dar un servicio tres veces diarias para que se cumpla el criterio, entonces deberá estar documentado al menos tres veces durante el día evaluado.

28 **Terapéutica respiratoria y/o ventilación mecánica por lo menos tres veces al día.**

Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el día revisado. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O₂ nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin nebulizaciones, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces al día. El uso de Oxígeno, siempre que sea necesario (SOS) no es suficiente para cumplir este criterio. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.

29 **Terapéutica parenteral: administración intravenosa de líquidos, intermitente o continua.**

Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado.

No se aplica en los casos en que solo se pretende "Mantener vía iv permeable", o si se considera que dichos fluidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma tal, que la paciente no precisara permanecer internado [tratamiento ambulatorio (antibióticos)].

30 **Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 30 minutos, durante un mínimo de 4 horas.**

Este criterio incluye paciente en monitorización cardiaca continua. No se considera incluida si la paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizadas cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.

31 **Inyecciones intramusculares o subcutáneas, al menos dos veces al día (en dos momentos diferentes del día, no solo dos inyecciones como en el caso de diversas medicaciones preoperatorias).**

No incluye la rutina de insulina, dado que esta no justifica por si sola el ingreso en un hospital de agudos.

32 **Medición de balance hídrico.**

Es adecuado en pacientes que precisan restricción de infesta de líquidos y para aquellas en las que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja. Las medidas de balance están sujetas a error, como las de peso, y ninguna obvia la necesidad de examen clínico para detectar estertores, ascitis, edema o mala perfusión tisular. A continuación, se incluye una serie de entidades en las que esta indicado el control del balance hídrico:

- a. Uremia de cualquier causa.
- b. Obstrucción del tracto urinario a cualquier nivel.
- c. Trauma renal.
- d. Shock de cualquier tipo (PA sistólica < 90 mm Hg o PA diastólica < 60 mm Hg).
- e. Sospecha o hallazgo de deficiencias del flujo de la arteria renal, incluyendo aneurisma de aorta disecado que afecte a los ostium de las arterias renales.
- f. Fallo hepático con ascitis.
- g. Insuficiencia cardiaca congestiva.
- h. Infarto agudo de miocardio.
- i. Quemaduras mayores.
- j. Golpe de calor.
- k. Hipotermia severa.
- l. Acidosis diabética.
- m. Deshidratación.
- n. Envenenamiento de diversos tipos.
- o. Problemas del sistema nervioso central que pueden afectar a la pituitaria (incluyendo diabetes insípida, traumatismos craneales, tumores, etc).

Todas estas entidades reflejan el deterioro agudo o progresivo en función de los sistemas de regulación de líquidos. Una vez que la situación clínica se ha

estabilizado o que ha mejorado lo suficiente, no es adecuado al no ser necesario el control de balances.

Tampoco se debe iniciar en pacientes cuyo problema de balance hídrico no sea ni agudo ni severo: el fallo cardíaco congestivo leve o azoemia pueden tratarse sin control hídrico. El control debe ser riguroso, en todas las hojas y en los tres turnos, para satisfacer este criterio. La única excepción sería cuando el control de balances se llevó a cabo durante un período y se interrumpió por orden del médico.

33	Tratamiento de heridas quirúrgicas mayores y drenajes.
	Este criterio incluye a aquellas pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado que ha tenido lugar, bien en las notas del médico o en las de enfermería. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumpliría el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomía crónica, así como la implantación de cateteres de foley, no satisfacen el criterio, pero podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción.
34	Monitorización por una enfermera al menos tres veces al día (bajo orientación médica).
	Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por obstétrica, enfermera, etc. Deben incluir algo más que los signos vitales y constatarse, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico. Se incluyen en este criterio el control de los movimientos fetales, latidos cardíacos fetales y/o dinámica uterina.

C. ESTADO CLÍNICO DE LA PACIENTE.

A veces, una paciente que precisa hospitalización no cumple ninguno de los criterios de los apartados anteriores. En ese caso, suele ser el estado de la misma, lo que justifica su internación en el hospital. Esta sección incluye nueve criterios que se relacionan con factores que justifican una internación hospitalaria. Por favor, recuerde los periodos de tiempo en cada caso. El criterio 35, 36 y 37 deben cumplirse durante las 24 horas previas al día examinado y los criterios 38 a 43 consideran entidades durante las últimas 48 horas.

Durante el día que se revisa o en las 24 horas anteriores:

35 Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal no atribuible a ningún trastorno neurológico.

Este criterio suele considerar problemas postoperatorios.

36 Puerperio inmediato: Vaginal eutócico.

Para que este criterio se cumpla, el parto debe haberse realizado dentro de las 24 horas anteriores a la evaluación. No deberá tenerse en cuenta la espera de resultados de estudios solicitados, durante este período

37 Hemorragia postparto con modificaciones hemodinámicas y/o Hb. < 9 g/100 ml.

Para que este criterio se cumpla, debe haber sido evaluado por un profesional médico y figurar en la historia clínica la solicitud de transfusión.

Dentro de las 48 horas antes del día que se revisa

38 Puerperio inmediato de Parto instrumental o Quirúrgico.

Para que este criterio se cumpla, bastara el dato en la historia clínica de la terminación del embarazo por cualquiera de estas formas, independiente que puedan existir causas de ingreso inadecuado.

39 Puerperio patológico.

Para que este criterio se cumpla, deberá constar en la H.C. la evaluación del obstetra, la conducta terapéutica, y su realización en la hoja de enfermería. Si esto no se cumple deberá considerarse la internación como inadecuada.

40 Transfusión debida a pérdida de sangre.

Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independiente de la naturaleza de la pérdida sanguínea.

41 Fiebre de por lo menos 38 °C (rectal), 37,5 °C (axilar) y aparentemente no relacionadas con el motivo de la admisión.

También se incluye en este criterio si la paciente fue ingresada con fiebre que remitió, con o sin tratamiento y recurrió posteriormente.

42 Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg.; diastólica de $\leq < 100$ mm Hg.

También se incluye en este criterio si la paciente fue ingresada con hipertensión que remitió, con o sin tratamiento y recurrió posteriormente.

43 Trastornos de la marcha de aparición aguda

Este criterio se cumple cuando, no existiendo el antecedente de trastornos de la marcha por patologías crónicas existentes previas a la internación, el mismo responda directamente a la causa de internación, o puedan ser consideradas una complicación de la misma y/o a traumatismo del parto

CAUSAS DE UTILIZACIÓN INAPROPIADA.

CAUSAS DE INGRESOS INAPROPIADOS

1. Todas las necesidades diagnosticas y terapéuticas pueden ser realizadas en pacientes externos.
2. La paciente fue admitido para la prueba diagnostica o tratamiento porque vive demasiado lejos del hospital para realizarlo ambulatoriamente.
3. La paciente fue admitido para control médico u obstétrico (aunque el mismo podía haber sido hecho en forma ambulatoria)
4. La paciente necesita cuidados institucionales pero de un nivel menor (sin especificar) que el proporcionado por el hospital.
5. Admisión prematura (p. Ej. Ingreso en viernes para procedimiento programados el siguiente lunes).
6. Paciente con fecha probable de parto cumplida, sin trabajo de parto o parto.
7. Paciente con cesárea iterativa con 38 semanas cumplida, sin trabajo de parto o parto.
8. No cumple con el régimen terapéutico externo.
9. otros (especificar)

CAUSAS DE INTERNACIONES INAPROPIADAS

Para pacientes que necesitaron continuar internadas en el hospital por causas médicas.

10. Problemas en la programación de la intervención.
11. Problemas en la programación de pruebas o procedimientos no operatorios.
12. Admisión prematura.
13. No disponibilidad de quirófanos.
14. Retraso debido a la "semana de 40 horas" (p. Ej. Procedimientos que no se realizan los fines de semana).
15. Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas o consultas, necesarias para posterior evaluación o tratamiento.
16. Otros (especificar).

Para pacientes que no necesitaban continuar internadas en el hospital por causas médicas.

a) Responsabilidad del médico o del hospital.

17. Retraso en escribir la orden del día.
18. Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta.
19. Tratamiento o seguimiento médico de la paciente demasiado conservador Ej. Parto prolongados.
20. No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación de la paciente.
21. Otros (especificar).

b) Responsabilidad del paciente o de la familia

22. Ausencia de familiar para cuidados en el hogar.
23. Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar.
24. El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.
25. Otros (especificar).

a) Atribuible al entorno

10. La paciente proviene de un entorno no saludable. Debe permanecer en el hospital hasta que el entorno se vuelva aceptable o se encuentre un lugar alternativo.
11. La paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia bajo cuidados alternativos podría ser menor de 72 horas.
12. No se dispone de cuidados alternativos para el tratamiento (p. Ej. atención a domicilio).
13. Otros (especificar).

AHORA SI



MUCHAS GRACIAS