

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HGZ No. 20 “LA MARGARITA”, PUEBLA, PUEBLA**

**Título:**

**CALIDAD DE LA INDICACIÓN DE INGRESOS A HOSPITALIZACIÓN DEL  
SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ No 20  
TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA DE URGENCIAS**

**Presenta:**

**DR. ORTÍZ PÉREZ EZEQUIEL SALVADOR**

**Tutores:**

**DR. RICARDO A. PARKER BOSQUEZ  
URGENCIOLOGO**

**PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA  
MEDICOS DE BASE IMSS, PUEBLA**

**Investigador responsable:**

**DR. ARTURO GARCIA GALICIA  
MAESTRO EN CIENCIAS-PEDIATRIA  
HGZ No. 20 “LA MARGARITA”, PUEBLA**

**Registro: R-2015-210287**

**Lugar y fecha de publicación:** Puebla, Puebla, Febrero, 2016

**Fecha de egreso:** Febrero, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

17/11/2015

Carta Dictamen



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2102  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUM 36, PUEBLA

FECHA 17/11/2015

**M.C. ARTURO GARCÍA GALICIA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**CALIDAD DE LA INDICACIÓN DE INGRESOS A HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ No 20**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-2102-87

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS MARIO SANTAMARÍA NAAL**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2102

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

---

## AUTORIZACIONES

---

**DRA. MARGARITA SERRANO MENDOZA**

COORDINADORA DE EDUCACION EN SALUD Y EDUCACION MEDICA  
HGZ No. 20, "LA MARGARITA" PUEBLA

---

**DR. ARTURO GARCIA GALICIA**

MAESTRO EN CIENCIAS-PEDIATRIA  
HGZ No. 20 "LA MARGARITA", PUEBLA

---

**DR. RICARDO A. PARKER BOSQUEZ**

PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE IMSS, PUEBLA  
HGZ No. 20, "LA MARGARITA" PUEBLA

---

<b>Indicé</b>	<b>Página</b>
1. Resumen	5
2.- Introducción	6
3. Antecedentes	8
3.1 Antecedentes Generales	8
3.2 Antecedentes específicos	13
4. Justificación	15
5. Planteamiento del Problema	16
6. Hipótesis	17
7. Objetivos	18
7.1 Objetivos Generales	18
7.2 Objetivos Específicos	18
8. Material y Métodos	19
8.1 Diseño del Estudio	19
8.2 Selección de la Muestra	19
8.3 Criterios de Selección de la Unidad de Muestreo	19
8.4 Diseño y Tipo de Muestreo	20
8.5 Tamaño de la Muestra	20
8.6 Definición de Variables y Escala de Medición	21
8.6.1 Definición Conceptual	21
8.6.2 Definición Operacional	21
8.6.3 Variables y Estilo de Medición	22
8.7 Método de Recolección de Datos	23
8.8 Análisis de Datos	24
9. Resultados	25
10. Discusión	41
11. Conclusión	42
12. Propuestas	43
13. Bibliografía	44
14. Anexos	45

---

## 1.- RESUMEN.

### CALIDAD DE LA INDICACIÓN DE INGRESOS A HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ No 20

Ortiz Pérez Ezequiel Salvador \*, García Galicia Arturo\*\*, Parker Bósquez Ricardo Adolfo \*\*\*

\* Residente de Urgencias HGZ No. 20. \*\* Médico No Familiar Pediatría HGZ No. 20.

\*\*\* Profesor Titular Curso de Especialización en Medicina de Urgencias para Médicos De Base IMSS HGZ No. 20.

**INTRODUCCION:** Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas. El instrumento *Appropriateness Evaluation Protocol*. Es la técnica de revisión utilizada en EE UU y Europa para medir el grado de adecuación del uso hospitalario.

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de la indicación de ingresos a hospitalización provenientes de urgencias en el HGZ No 20, del 1º de octubre del 2015 al 06 de enero del 2016.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo, retroproyectivo, unicéntrico, homodémico, en el servicio de urgencias con pacientes con ingreso a hospitalización proveniente del servicio de urgencias, en todos los turnos tomando en cuenta los datos clínicos, diagnósticos y la escala AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*). Se calculó una muestra de 363 ingresos (población finita). Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** En relación a los resultados de nuestro estudio encontramos: una población de 363 pacientes, 51.8% mujeres, 48.2% hombres, edad media de 52 años. En el turno nocturno se registraron el mayor número de ingresos de primer contacto a observación con 43.4% y en el turno matutino ingresaron a piso el 38.6% de esos paciente con una estancia en promedio de 5 a 8 horas que equivale al 26.4%. El servicio con más ingresos hospitalarios fue a medicina interna con 237 pacientes (65.3%) y a cirugía general 126 pacientes (34.7%). Los diagnósticos más frecuentes fueron déficit neurológico agudo en 8%, CCL agudizada en 7.7%, DHE 7.2%, apendicitis aguda 6.9% y SICA 5.8%.

**Conclusiones:** el 100% de los ingresos fueron adecuados (con adecuada calidad) de acuerdo al protocolo AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) y los reportados a la literatura.

---

## 2. INTRODUCCIÓN.

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas), la misma que no está exenta de riesgos pues pone al paciente a infecciones nosocomiales.

Adicionalmente el ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la deficiencia del sector salud <sup>(3)</sup>.

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son la principal puerta de entrada a la hospitalización, generando entre el 70-75% de los ingresos hospitalarios, las áreas de observación de urgencias constituyen una alternativa a la hospitalización convencional <sup>(4)</sup>.

Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes. Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial <sup>(5,6)</sup>.

Estudios realizados en diversos países, sitúan el volumen de visitas inadecuadas a los servicios de urgencias hospitalarios entre 2 y 8 de cada 10, con el resultado final de la masificación de estos servicios a causa de casos que podrían ser asistidos en atención primaria <sup>(8)</sup>.

Los trabajos sobre hospitalización inadecuada comenzaron en la década de 1970. Los estudios iniciales que utilizaron el juicio clínico no estructurado y estándares implícitos (uno o más médicos revisaban las historias clínicas y valoraban si la hospitalización estaba o no justificada) tuvieron una baja fiabilidad.

El ingreso inadecuado se define como el realizado en un hospital de agudos cuando clínicamente podrían haber sido admitidos a niveles más adecuados de asistencia (ambulatorios, domiciliaria, hospitales de cuidados crónicos) <sup>(4)</sup>. Para valorar los ingresos inadecuados se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la justificación de la hospitalización entre los cuales el Appropriateness evaluation protocol (AEP) es el más conocido y utilizado en diferentes partes del mundo.

Consta de 2 conjuntos de 16 criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos.

---

Utilizando este instrumento, se determina si la admisión es adecuada o no. Así tenemos, si cumple uno o más de los 16 criterios descritos, la hospitalización se considera adecuada, por el contrario, si no cumple ningún ítem, la admisión se considera inadecuada <sup>(12-13)</sup>.

---

### **3.- ANTECEDENTES:**

#### **3.1. Antecedentes Generales.**

Uno de los problemas centrales al que se enfrentan actualmente la mayor parte de los sistemas sanitarios en los países desarrollados es cómo reducir los costos hospitalarios sin afectar a la calidad y a la accesibilidad de estos servicios.

Evitar las estancias hospitalarias de pacientes que podrían haber recibido una atención adecuada a sus necesidades en un nivel asistencial de menor costo o bien que podían haber sido atendidos en menor tiempo, es una iniciativa de mayor interés desde esta perspectiva, ya que se centra en aquella parte de los cuidados que no produce ningún beneficio a los pacientes y cuya reducción, por lo tanto, no comportaría merma en la calidad de la atención <sup>(1)</sup>.

De todos es conocido el aumento en los últimos años en la demanda asistencial, debido a múltiples factores, como la mayor esperanza de vida o el aumento de las enfermedades crónicas, entre otros. Esta presión se transmite fundamentalmente a la Atención Especializada, donde se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda.

La meta 31 de las 38 propuestas por la OMS, para conseguir el objetivo de “Salud para todos desde el año 2000” que todos los estados miembros deberán crear los mecanismos necesarios para asegurar la calidad de la atención al paciente”, entendiéndolo como calidad asistencial “ que la enfermedad reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos que van a conducirlo al estado óptimo de salud conseguible para este paciente según los conocimientos del momento de la ciencia médica y factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico; con el coste mínimo de recursos, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional: y con la, máxima satisfacción del paciente <sup>(2)</sup>.

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas), la misma que no está exenta de riesgos pues pone al paciente a infecciones nosocomiales.

Adicionalmente el ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones injustificadas se relacionan inversamente con la deficiencia del sector salud.

---

El crecimiento de la demanda asistencial y la preocupación por la calidad de los servicios prestados justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización <sup>(3)</sup>.

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son la principal puerta de entrada a la hospitalización, generando entre el 70-75% de los ingresos hospitalarios, las áreas de observación de urgencias constituyen una alternativa a la hospitalización convencional de enfermos agudos, lo que ha permitido mayor disponibilidad de camas hospitalarias. Su objetivo es obtener estabilidad clínica del paciente durante las primeras 24-48 horas para decidir según su evolución el nivel de atención que requiere <sup>(4-5)</sup>.

El Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de sus objetivos principales, garantizar la prestación de servicios de atención médica a la población que lo demande, situación que adquiere mayor relevancia cuando el requerimiento de atención médica, se debe a una urgencia médica, ya que, en estas circunstancias, el demandante del servicio se encuentra en un estado de gravedad tal, que precisa de atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función <sup>(6)</sup>.

Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica <sup>(6)</sup>.

En el establecimiento para la atención médica que cuente con un servicio de urgencias, el médico responsable de dicho servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que el mismo pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año <sup>(6)</sup>.

Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente. El médico responsable del servicio de urgencias deberá: Establecer y supervisar la aplicación de instrumentos de control administrativo, para el aprovechamiento integral de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles <sup>(6)</sup>.

---

La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios ha experimentado un importante crecimiento en las últimas décadas, como factores responsables de este incremento se postulan los cambios socio-culturales, demográficos y en los patrones de morbilidad, problemas en la atención primaria y otros problemas organizativos del sistema sanitario, así como una mayor accesibilidad de los servicios de urgencias hospitalarios.

La elevada utilización de los servicios de urgencias para los servicios de atención no urgentes es preocupante porque: la atención de los pacientes no-urgentes puede conducir a demoras en la asistencia a los pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, el aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene como consecuencia negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacios físicos, sobrecarga de los servicios de laboratorio, de radiología, de los profesionales del hospital, el alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdida en la productividad por las dificultades para programar el trabajo <sup>(7)</sup>.

Estudios realizados en diversos países, sitúan el volumen de visitas inadecuadas a los servicios de urgencias hospitalarios entre 2 y 8 de cada 10, con el resultado final de la masificación de estos servicios a causa de casos que podrían ser asistidos en atención primaria. Esta elevada utilización de los SUH para la atención de situaciones no urgentes es preocupante por varios motivos: la pérdida de continuidad asistencial y seguimiento de los tratamientos para los pacientes que sustituyen la atención primaria por los servicios de urgencias hospitalarios, la detracción de recursos para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital, la sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital y los mayores costes respecto a la atención primaria <sup>(8,9)</sup>.

Los trabajos sobre hospitalización inadecuada comenzaron en la década de 1970. Los estudios iniciales que utilizaron el juicio clínico no estructurado y estándares implícitos (uno o más médicos revisaban las historias clínicas y valoraban si la hospitalización estaba o no justificada) tuvieron una baja fiabilidad.

Posteriormente, diversos autores desarrollaron varios instrumentos como el *Intensity Severity Discharge Criteria Set (ISD)*, el *Standardised Medreview Instrument (SMI)*, el *Delay Tool (DTO)* y el *Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)*, protocolo de evaluación de la adecuación). Este último es la técnica de revisión más utilizada en EE UU y Europa para medir el grado de adecuación del uso hospitalario.

Este instrumento propuesto por Gertman y Restuccia, en 1981, consiste en un conjunto de criterios explícitos y objetivos que permiten juzgar la necesidad clínica del ingreso hospitalario a partir de la revisión retrospectiva de historias clínicas <sup>10)</sup>.

---

La validez y precisión de este protocolo ha sido reportada en diversos estudios. Utilizando el AEP, en EE UU, se ha encontrado que aproximadamente un tercio de todas las ingresos hospitalarias son inadecuados. Otros trabajos realizados en España reportan que las admisiones hospitalarias inadecuadas oscilan entre 6% y 54% <sup>(10)</sup>.

El ingreso inadecuado se define como el realizado en un hospital de agudos cuando clínicamente podrían haber sido admitidos a niveles más adecuados de asistencia (ambulatorios, domiciliaria, hospitales de cuidados crónicos) <sup>(4)</sup>.

Para valorar los ingresos inadecuados se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la justificación de la hospitalización entre los cuales el Appropriateness evaluation protocol (AEP) es el más conocido y utilizado en diferentes partes del mundo.

El AEP fue desarrollado en la década de los setenta y fue modificado posteriormente. Consta de 2 conjuntos de 16 criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la detección de admisiones inapropiadas en pacientes adultos no psiquiátricos. Una característica a destacar del AEP es que los ítems que consideran no se construyen a través del diagnóstico si no de 2 variables que determinan la necesidad de la hospitalización:

**a) Criterios relacionados al estado clínico del paciente:**

Son los 10 criterios iniciales (1 al 10) del AEP que tiene relación con la gravedad del estado clínico del paciente.

**b) Criterios referentes a la intensidad de los servicios prestados:**

Que involucra los 6 criterios restantes (11 al 16) y están relacionados con la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiere.

Utilizando este instrumento, se determina si la admisión es adecuada o no. Así tenemos, si cumple uno o más de los 16 criterios descritos, la hospitalización se considera adecuada, por el contrario, si no cumple ningún ítem, la admisión se considera inadecuada <sup>(12-13)</sup>.

<b>Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP)</b>
<b>Causas de ingreso adecuado</b>
I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo.</li> <li>2. Frecuencia cardíaca &lt; de 140 o &gt; de 50 latidos por minuto.</li> <li>3. Presión arterial sistólica &gt; de 200 o &gt; de 90 o diastólica &lt; de 120 o &gt; de 60 mm Hg.</li> <li>4. Pérdida aguda de visión o audición.</li> <li>5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.</li> <li>6. Fiebre &gt; de 38 °C durante más de 5 días.</li> <li>7. Hemorragia activa.</li> <li>8. Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico.*</li> <li>9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda.</li> <li>10. Dehiscencia de herida o evisceración.</li> </ol>
II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Administración de medicación intravenosa/reposición de fluidos.</li> <li>12. Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia regional o general y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización.</li> <li>13. Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 2 horas.</li> <li>14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica.</li> <li>15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día.</li> <li>16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.</li> </ol>
<b>Causas de ingreso inadecuado</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>A) Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.</li> <li>B) El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)</li> <li>C) Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba.</li> <li>D) No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado.</li> </ol>

\* Na: <123 o >156 mEq/l, K: <2,5 o >6 mEq/l, PH: <7,30 o > 7.45, HCO<sub>3</sub>: <20 o >36 mEq/l <sup>(12)</sup>.

---

### 3.2. Antecedentes Específicos.

La limitación de los recursos sanitarios y el aumento de la demanda sanitaria a obligado a plantear la adecuación o inadecuación del uso de dichos recursos, entre los que se encuentran los ingresos hospitalarios realizados desde el servicio de urgencias, ocupando el instrumento de medida más utilizado para determinar el sobreuso de los recursos de hospitalización Appropriate Evaluation Protocol (AEP) <sup>(11)</sup>.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid el cual es un centro de tercer nivel el cual se realizó un muestreo aleatorizado de los ingresos realizados desde el servicio de urgencias entre enero y marzo del año 2013, con 370 ingresos hospitalarios el 95.1% fueron adecuados, mientras que el 4.8% fueron inadecuados <sup>(11)</sup>.

En el hospital Dos de Mayo de Lima se realizó estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo con una muestra de 372 paciente admitidos a hospital procedentes de los servicios de urgencias y consulta externa durante los años 2006 y 2007, el 33.60% de las admisiones fueron innecesarias o inadecuadas, el 36.67% representa a los menores de 64 años, se encontró que los pacientes que ingresaron en el turno de la mañana representa la mayoría de hospitalizaciones inadecuadas (44.5%) <sup>(10)</sup>.

Otro estudio realizado en enero del 2008 en el complejo hospitalario de Torre Cárdenas de Almeira en ingresados al servicio de medicina interna desde el servicio de urgencias, el tipo de estudio retrospectivo con componente analítico, con 8.992 pacientes los cuales ingresaron 1.104 al servicio de medicina interna, con el 89.9% de ingresos con una inadecuación del 3.4%, el diagnostico principal más prevalente de los ingresos fueron las infecciones respiratorias y/o neumonías (47%), el sexo que más predominó fue el de las mujeres con 81%<sup>(14)</sup>.

---

Un estudio observacional, descriptivo de carácter transversal, realizado en el servicio de urgencias en el complejo hospitalario general de Albacete durante el años 2002, se analizaron 381 pacientes, 15% de ellos fueron inadecuados, con una edad media de 68.1 años, con distribución de sexos 55.4% de hombres y 44.6% en mujeres <sup>(4)</sup>.

En el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, es un centro hospitalario de segundo nivel con capacidad para 600 camas, utilizaron método AEP para adecuación de ingresos, con 59 ingresos que generaron 485 estancias, un 86% accedió a hospitalización desde los servicios de urgencias, solo 15.3% menos de 5 horas desde la llegada hasta el ingreso, el 47.3% espero de 5 a 12 horas y el 37% más de 12 horas, un 33% fueron ingresos inadecuados, la causa más frecuente de ingreso inadecuado fue agilización del estudio ambulatorio <sup>(15)</sup>.

En el complejo hospitalario general de Ourense, se realizó un muestreo aleatorio simple con 550 ingresos generales urgentes, con un porcentaje de inadecuación del 7.3%, la edad media fue de 67 años de edad, el día de la semana lunes influyo en la inadecuación <sup>(16)</sup>.

---

#### **4. JUSTIFICACIÓN.**

El crecimiento poblacional, y el desajuste económico ha condicionado la demanda de atención médica en los servicios de urgencias de los hospitales, este incremento en la demanda de la utilización ha provocado estancia prolongada por falta de espacio disponible, lo cual expone al paciente a infecciones nosocomiales, adicionalmente el ingreso inadecuado implica un costo innecesario para el paciente, la familia y la institución de salud, debido a ello las hospitalizaciones inadecuadas se relacionan con la eficiencia del hospital.

Para valorar los ingresos inadecuados se han desarrollado diferentes instrumentos que permiten evaluar la justificación de la hospitalización entre los cuales el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es el más conocido y utilizado en diferentes partes del mundo, por lo que en nuestro estudio se pretenderá evaluar si los ingresos a hospital desde el servicio de urgencias son los adecuados, y se puedan adoptar planes para mejorar las hospitalizaciones inadecuadas.

---

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las áreas de observación de urgencias constituyen una alternativa a la hospitalización convencional de enfermos agudos, lo que ha permitido mayor disponibilidad de las camas de hospital. El objetivo es obtener la estabilidad clínica del paciente durante las primeras 6-8, horas para decidir según su evolución y el nivel de atención que requiera.

Los servicios de urgencias hospitalarios son la principal puerta de entrada a la hospitalización, generando entre el 70-75% de los ingresos hospitalarios realizados desde estos servicios, ya que una inadecuación de estos ingresos provoca un incremento de los gastos sanitarios y familiares, una alteración de los distintos servicios del hospital y la realización de pruebas diagnóstica y tratamientos inadecuados.

Surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de la indicación de ingresos a hospitalización provenientes de urgencias en el HGZ No 20, “La margarita” del 1º de octubre del 2015 al 06 de enero del 2016?

---

## **6. HIPÓTESIS.**

Por ser un estudio descriptivo no aplica la hipótesis.

---

## **7. OBJETIVOS.**

### **7.1. Objetivo General.**

Determinar la calidad de la indicación de ingresos a hospitalización provenientes de urgencias en el HGZ No 20, “La margarita” del 1º de octubre del 2015 al 06 de enero del 2016.

### **7.2. Objetivos específicos.**

- 1.- Determinar el porcentaje de ingresos inapropiados a hospitalización desde urgencias
- 2.- Identificar los factores relacionados con ingresos inapropiados
- 3.- Describir las variables sociodemográficas de los ingresos inapropiados.

---

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **8.1. Diseño del estudio.**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, unicentrico y homodémico.

Por su propósito:	descriptivo
Por temporalidad	transversal
Por direccionalidad	prospectivo
Por ubicación	unicéntrico
Por su población	homodémico

### **8.2. Selección de la muestra.**

Se realizó con todos los pacientes mayores de 16 años de edad que contaron con ingreso a hospital desde el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No 20 “La Margarita” del IMSS en Puebla, en el periodo comprendido del 1º de octubre del 2015 al 06 de enero del 2016.

### **8.3. Criterios de Selección de la Unidad de Muestreo.**

#### **Criterios de Inclusión.**

- 1.- Pacientes mayores de 16 años de edad que hayan sido ingresados a hospital desde el servicio de Urgencias
- 2.- De cualquier género
- 3.- De 16 años en adelante
- 4.- Pacientes que cuenten con reporte de resultados de laboratorio y/o Rayos X en el expediente clínico (necesarios para la aplicación de la escala AEPS).

#### **Criterios de Exclusión.**

- 1.- Ninguno

#### **Criterios de Eliminación**

- 1.- Pacientes con expedientes incompletos.

---

#### 8.4. Diseño y Tipo de Muestreo.

No probabilístico por conveniencia ya que se selecciona a las unidades de estudio que se encuentran disponibles al momento de la recolección de datos.

#### 8.5. Tamaño de la Muestra.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó de acuerdo a la fórmula de .poblaciones finitas (18).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

**Resultado: N=363 PACIENTES**

---

## **8.6. Definición de las Variables y Escalas de Medición.**

### **8.6.1. Definiciones Conceptuales.**

**Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

**Género:** La forma en que un ser humano se percibe a si mismo conforme a sus caracteres sexuales secundarios.

**Diagnóstico:** Identificación de una enfermedad mediante el examen físico del paciente.

**Tiempo de estancia en urgencias:** Tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su ingreso a hospitalización.

**CALIDAD:** Apropiado a algo, conveniente.

### **8.6.2. Definiciones Operacionales.**

**Edad:** Lo anotado en el expediente.

**Género:** Lo anotado en el expediente.

**Diagnóstico:** Lo anotado en el expediente por el urólogo que indica el ingreso.

**Tiempo de estancia en urgencias:** Tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su ingreso a hospitalización anotado en el expediente.

**Calidad:** El resultado al aplicar la escala AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

### 8.6.3. Variables y Estilos de Medición.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	Escala	Valores
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Numérica	Referida en años
<b>Género</b>	Cualitativa nominal	Nominal	Hombre/mujer
<b>Diagnóstico</b>	Cualitativa nominal	Proporción	lo anotado en el expediente
<b>Tiempo de estancia en Urgencias</b>	Cuantitativa continua	Numérica	Referida en horas
<b>Calidad</b>	Cualitativa categórica	Nominal	Adecuado Inadecuado

## 8.7. Método de Recolección de Datos.

Previa autorización por el CLIEIS 2102, se solicitó a los directivos del HGZ No 20 del IMSS de Puebla, para la recolección de los datos necesarios para el estudio, como son los expedientes clínicos y hojas raíz, para obtener el número de pacientes que contarán con ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias. A los cuales se les aplicó la escala AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

<b>Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP)</b>
<b>Causas de ingreso adecuado</b>
I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente
1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo. 2. Frecuencia cardíaca < de 140 o > de 50 latidos por minuto. 3. Presión arterial sistólica < de 200 o > de 90 o diastólica < de 120 o > de 60 mm Hg. 4. Pérdida aguda de visión o audición. 5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo. 6. Fiebre > de 38 °C durante más de 5 días. 7. Hemorragia activa. 8. Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico.* 9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda. 10. Dehiscencia de herida o evisceración.
II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados
11. Administración de medicación intravenosa/reposición de fluidos. 12. Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia regional o general y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización. 13. Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 2 horas. 14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica. 15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día. 16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.
<b>Causas de ingreso inadecuado</b>
A) Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo. B) El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.) C) Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba. D) No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado.

\* Na: <123 o >156 mEq/l, K: <2,5 o >6 mEq/l, PH: <7,30 o > 7.45, HCO<sub>3</sub>: <20 o >36 mEq/l<sup>(12)</sup>.

---

## **8.8. Análisis de Datos.**

La tabulación de datos de la información se realizó en Microsoft Excel 2010 y el empleo estadístico SPSS 22, se utilizó estadística descriptiva para valorar medidas de tendencia central y de dispersión, para variables numéricas, proporciones o porcentajes de las variables nominales.

---

## 9. RESULTADOS.

En relación a los resultados de nuestro estudio encontramos: se reclutó una población de 363 pacientes, 51.8% mujeres, 48.2 hombres, edad media de 52 años. En el turno nocturno se registraron el mayor número de ingresos de primer contacto a observación con 43.4% y en el turno matutino ingresaron a piso el 38.6% de esos paciente con una estancia en promedio de 5 a 8 horas que equivale al 26.4%. El servicio con más ingresos hospitalarios fue a medicina interna con 237 pacientes (65.3%) y a cirugía general 126 pacientes (34.7%). Los diagnósticos más frecuentes fueron déficit neurológico agudo en 8%, colecistitis crónica litiasica agudizada en 7.7%, desequilibrio hidroelectrolítico 7.2%, apendicitis aguda 6.9% y síndrome isquémico coronario agudo 5.8%.

En relación al género de los pacientes estudiados fueron clasificados en dos grupos: masculino 175 (48.2%), femenino 188 (51.8%).

Tabla 1: Distribución por Género

Género	n	%
Masculino	175	48.2
Femenino	188	51.8
Total	363	100.0

\*Fuente encuesta.

---

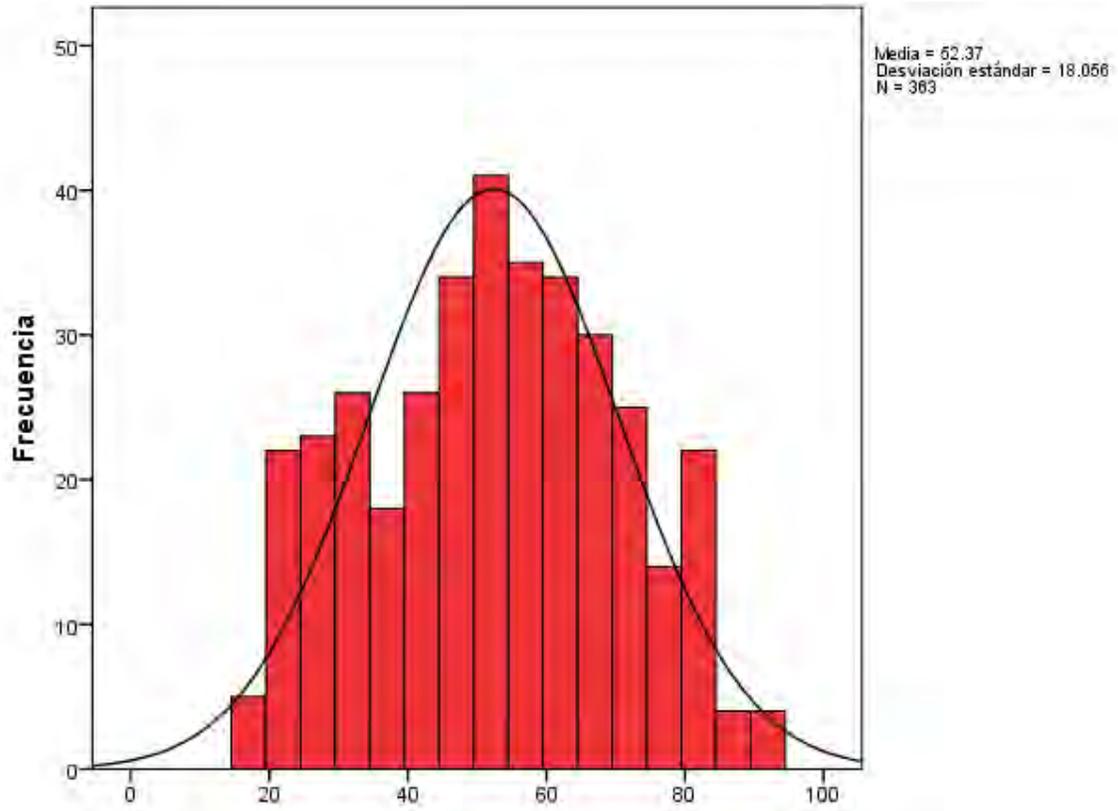
Con respecto a la edad tenemos los siguientes resultados: Media 52.37, Mediana 52.94, Moda 53, desviación estándar 18.056, Rango 77, Mínimo 17, Máximo 94.

Tabla 2: Edad.

Media	52.37
Mediana	52.94 <sup>a</sup>
Moda	53
Desviación estándar	18.056
Rango	77
Mínimo	17
Máximo	94

\*FUENTE ENCUESTA

Rango de edad



---

La edad presente de mayor frecuencia es de 51 a 60 años con un total de 71 pacientes con un porcentaje de 19.6% de la población de estudio con una edad mínima en el rango de los 17 a 20 años y una máxima en el rango 90 años.

Tabla 3: Distribución por Edad.

Edad	n	%
17-20	9	2.5
21-30	43	11.8
31-40	48	13.2
41-50	65	17.9
51-60	71	19.6
61-70	64	17.6
71-80	39	10.7
81-90	21	5.8
Mas 90	3	.8
Total	363	100.0

\*Fuente encuesta.

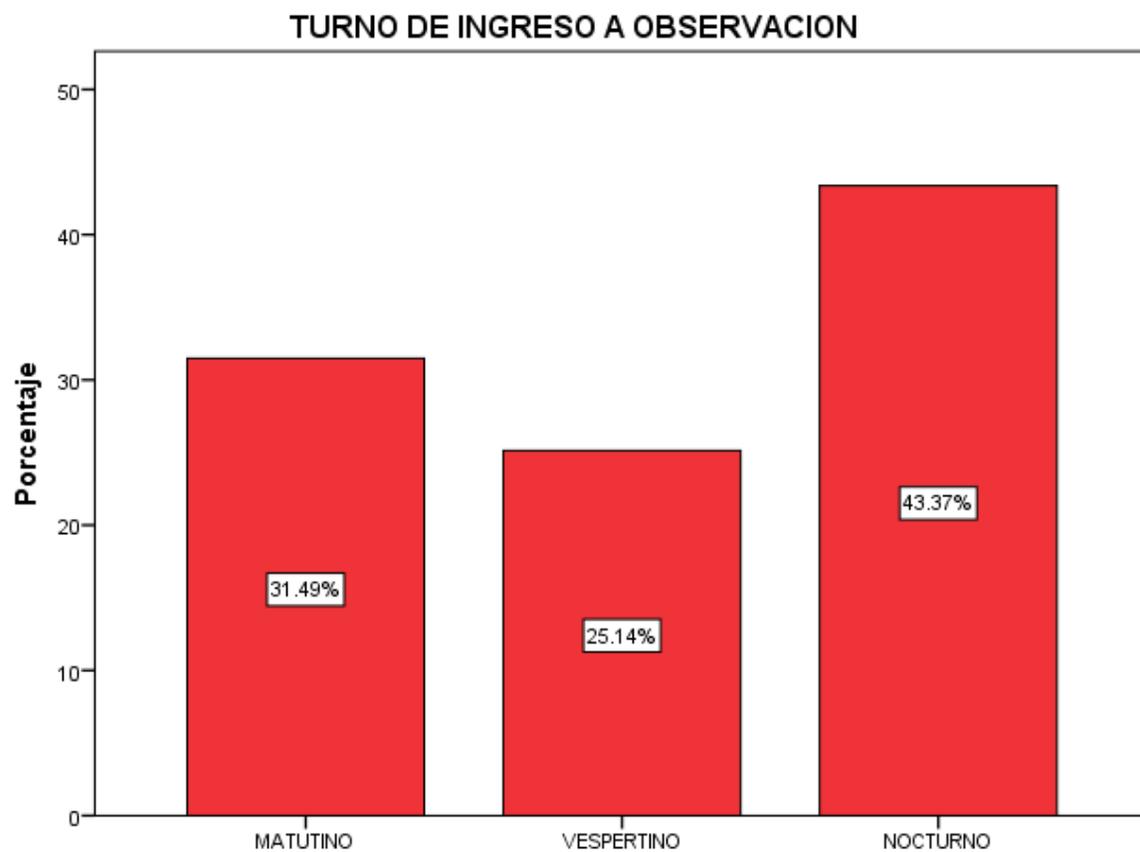
---

Referente al turno de ingreso de primer contacto de urgencias a observación el mayor número de ingresos fue en el nocturno con 157 (43.4%), matutino 114 (31.5%), vespertino 91 (25.1%).

Tabla 4: Distribución por el Turno de Ingreso a Observación.

Turno	n	%
Matutino	114	31.5
Vespertino	92	25.1
Nocturno	157	43.4
Total	363	100.0

\*Fuente encuesta.



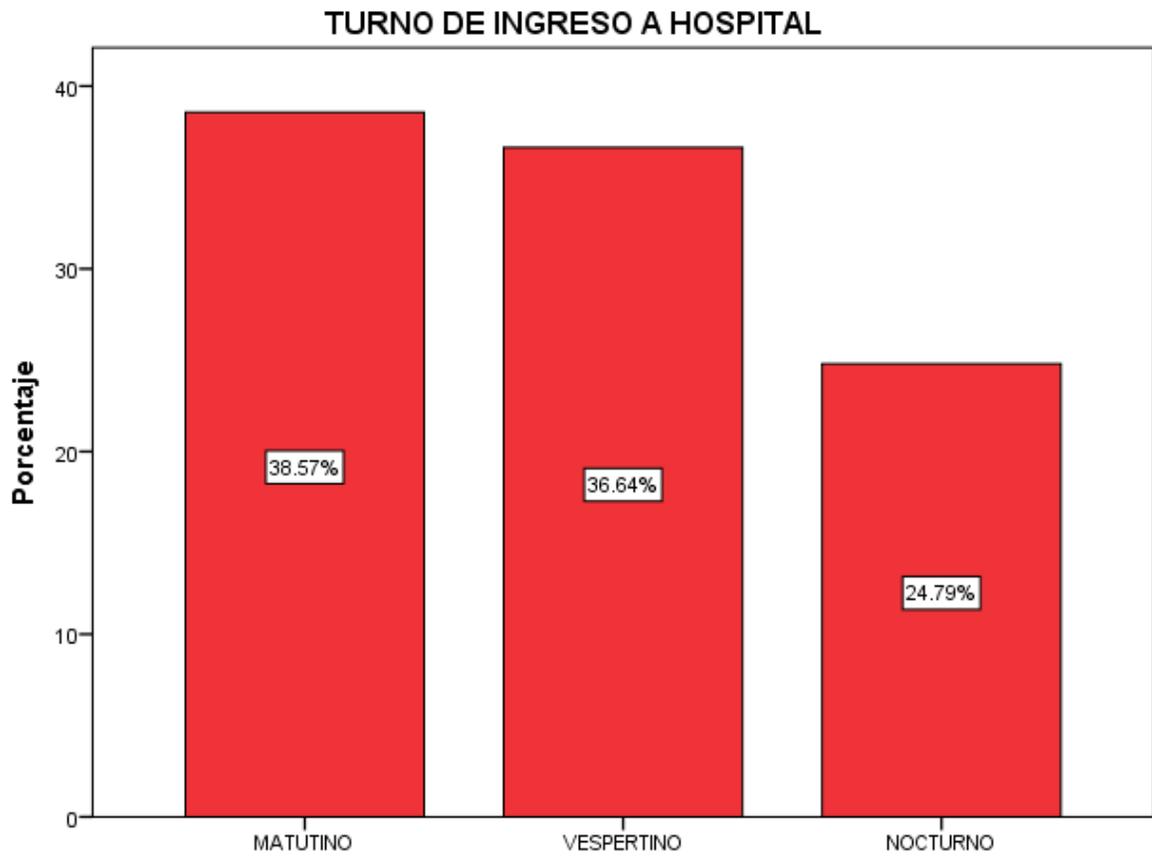
---

De acuerdo al turno de ingreso a hospital encontramos que el matutino 140 (38.6%), vespertino 133 (36.6%), nocturno 90 (24.8).

Tabla 5: Distribución por el Turno de Ingreso a Hospital.

Turno	n	%
Matutino	140	38.6
Vespertino	133	36.6
Nocturno	90	24.8
Total	363	100.0

\*Fuente encuesta.



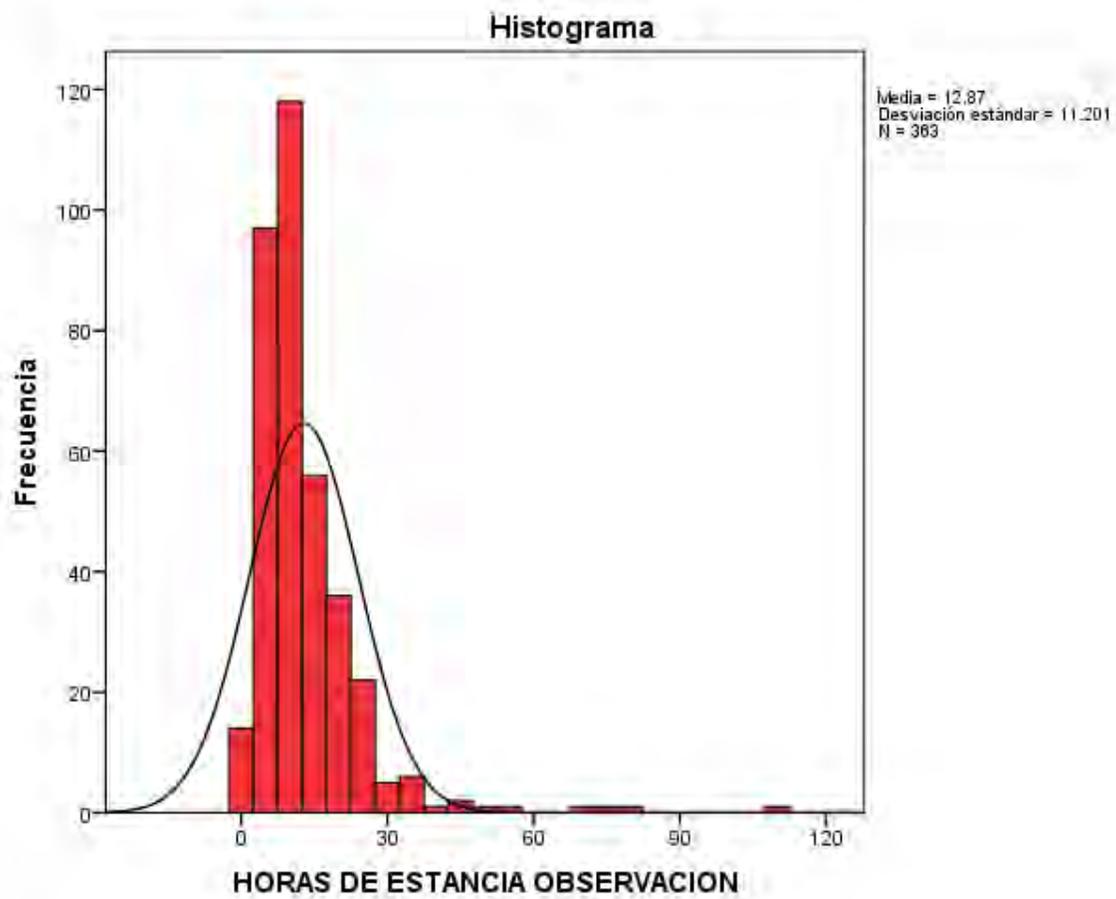
---

Para las horas de estancia en observación tenemos una media 12.87, mediana 10.31, moda 8, desviación estándar 11.201, rango 110, mínimo 0, máximo de 110.

Tabla 6: Horas de Estancia en Observación.

Media	12.87
Mediana	10.31 <sup>a</sup>
Moda	8
Desviación estándar	11.201
Rango	110
Mínimo	0
Máximo	110

\*Fuente encuesta.



De acuerdo a las horas de estancia en observación tenemos que el tiempo promedio fue de 5-8 horas con 96 (26.4%), con un tiempo mínimo de 0-4 horas con 47 (12.9%), y tiempo máximo mayor de 25 horas con 25 (6.9%).

Tabla 7: Distribución de horas de estancia en observación.

Horas	n	%
0-4	47	12.9
5-8	96	26.4
9-12	85	23.4
13-16	52	14.3
17-20	31	8.5
21-24	27	7.4
>25	25	6.9
Total	363	100.0

\* Fuente encuesta.



---

Conforme el servicio de ingreso a hospital fue en medicina interna 237 (65.3%). CG 126 (34.7%).

Tabla 8: Distribución por Servicio de Ingreso a Hospital.

Servicio	n	%
Mi	237	65.3
Cg	126	34.7
Total	363	100.0

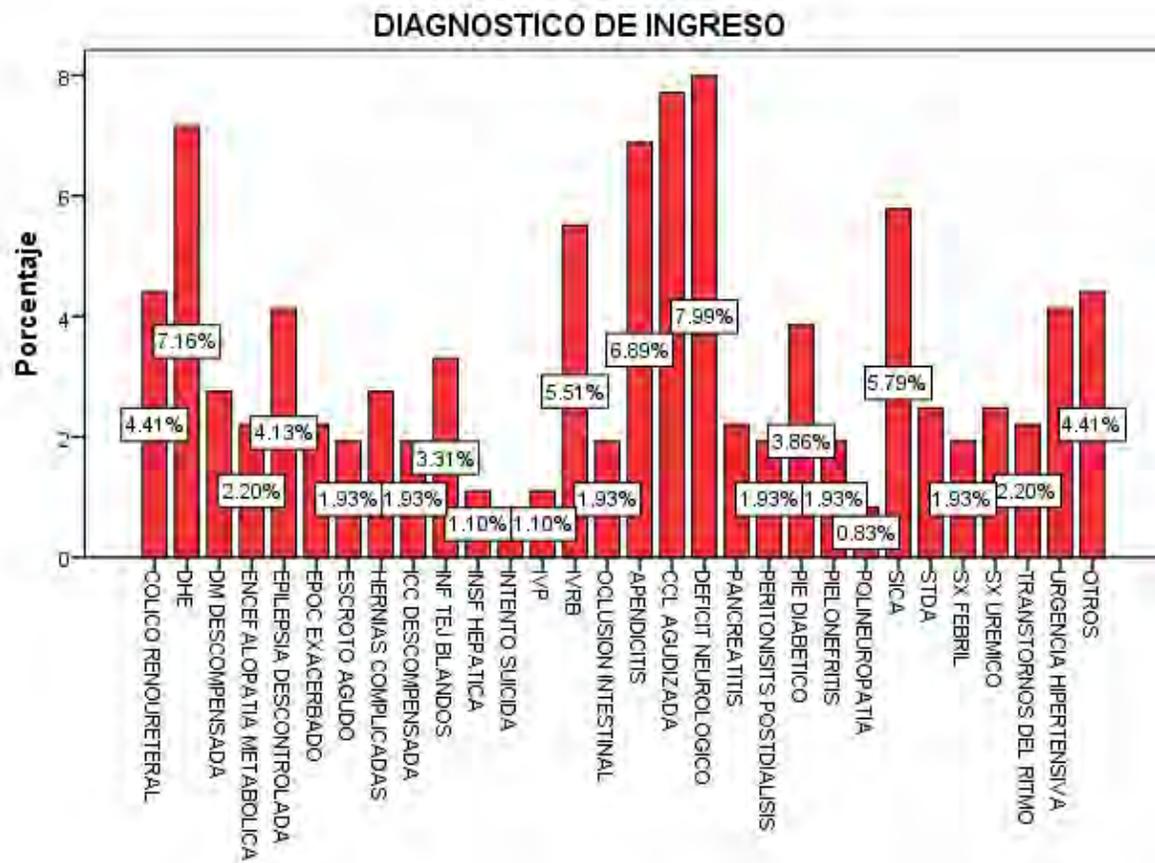
\*Fuente encuesta.

De acuerdo al diagnóstico de ingreso a hospital los más frecuentes fueron el déficit neurológico agudo con 29 (8%), colecistitis crónica litiasica agudizada con 28 (7.7%), desequilibrio hidroelectrolítico 26 (7.2%), apendicitis 25 (6.9%), síndrome isquémico coronario agudo 21 (5.8%).

Tabla 9: distribución por diagnóstico de ingreso a hospital.

Diagnostico	n	%
Cólico Renoureteral	16	4.4
DHE	26	7.2
Dm Descompensada	10	2.8
Encefalopatía Metabólica	8	2.2
Epilepsia Descontrolada	15	4.1
EPOC Exacerbado	8	2.2
Escroto Agudo	7	1.9
Hernias Complicadas	10	2.8
ICC Descompensada	7	1.9
Infección de tejidos blandos	12	3.3
Insuficiencia Hepática	4	1.1
Intento Suicida	3	.8
IVP	4	1.1
IIVRB	20	5.5
Oclusión Intestinal	7	1.9
Apendicitis	25	6.9
CCL Agudizada	28	7.7
Déficit Neurológico	29	8.0
Pancreatitis	8	2.2
Peritonitis Postdialisis	7	1.9
Pie Diabético	14	3.9
Pielonefritis	7	1.9
Polineuropatía	3	.8
SICA	21	5.8
STDA	9	2.5
Síndrome Febril	7	1.9
Síndrome Urémico	9	2.5
Trastornos Del Ritmo	8	2.2
Urgencia Hipertensiva	15	4.1
Otros	16	4.4
Total	363	100.0

\*Fuente encuesta



---

De acuerdo al ingreso apropiado fueron 363 con el 100% de ingresos adecuados a piso.

Tabla 10: Distribución del Ingreso Apropiado.

Frecuencia	n	%
SI	363	100.0

\*Fuente encuesta.

---

## 10. DISCUSIÓN.

La calidad de los ingresos a hospitalización desde los servicios de urgencias en nuestro estudio reporto un 100 % de ingresos adecuados, durante la revisión de los expedientes clínicos tanto en observación y archivo clínico nos encontramos con expedientes incompletos durante su ingreso por lo que nos hace pensar que existe un sesgo, ya que para nuestro estudio solo nos basamos en expedientes completos que contaran con valoraciones clínicas, laboratorios y radiográficos, en otros estudios cuentan con ingresos inapropiados debido a que son hospitales de tercer nivel, otros estudios su población son tomados de los servicios de urgencias conjuntamente con la consulta externa de otros servicios, en otros los ingresos a hospital desde los servicios de urgencias son para agilizar estudios complementarios ambulatorios, lo que nuestro universo de trabajo son pacientes tomados del servicio de urgencias y con estudios complementarios completos y con un plan de tratamiento y son derivados a hospitalización para complementación diagnóstica y tratamiento definitivo.

El presente estudio concuerda al realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid el cual es un centro de tercer nivel ya que ellos toman muestras aleatorizadas en los meses de enero a marzo del 2013 con 370 ingresos hospitalarios siendo el 95.1% de los ingresos adecuados.

La adecuación de los ingresos a hospitalización en nuestro servicio fue del 100% con 363 pacientes provenientes de los servicios de urgencias, el cual difiere con el realizado en el Hospital Dos de Mayo de Lima con 372 pacientes procedentes de los servicios de urgencias y la consulta externa con 33.67% de ingresos inadecuados y el 66.33 % de ingresos adecuados.

En el complejo hospitalario Torres Cárdenas de Almeida se evaluó en el 2008 los ingresos a medicina interna desde el servicio de urgencias con 8.992 pacientes los cuales ingresaron 1.104 con el 89.9% de ingresos adecuados y 3.4% inadecuados, el sexo que más predominó fue el femenino con 81% y el diagnóstico que más prevaleció fue el de las infecciones respiratorias agudas concuerda con nuestro trabajo ya que el mayor número de ingresos fue a medicina interna con el 65.3% y el sexo que más prevaleció fue el femenino con 18.8%.

Nuestro estudio difiere al realizado en el complejo hospitalario general de Albacete en el año 2002, ya que ellos obtuvieron el 15% de ingresos inadecuados, con una edad media de 68.1 años, con prevalencia del sexo masculino con el 55.4% y 44.6% en mujeres.

En el hospital de segundo nivel Juan Ramón Jiménez Hulva contaron con 33% de ingresos inadecuados donde la causa más frecuente fue la agilización de estudios ambulatorios, el 47.3% esperó un tiempo de estancia de 5 a 12 horas y el 15.3% menos de 5 horas, en nuestro estudio hubo un tiempo de estancia promedio de 5 a 8 horas (26.4%) y un tiempo mínimo de menos de 4 horas.

En nuestro estudio se ingresaron 363 pacientes con el 100% de ingresos adecuados con una edad promedio de 51 a 60 años en el complejo hospitalario de Ourense contaron con 555 ingresos con una inadecuación del 7.3% y la edad media de 67 años.

---

## **11. CONCLUSIONES.**

De acuerdo a la escala AEP se encontró que el 100% de los pacientes tiene ingresos apropiados a hospitalización el cual varia lo reportado en la bibliografía porque son estudios que los han realizados en hospitales de tercer nivel, y provenientes de las consultas externas sin pasar por un filtro como un triage presentando ingresos inadecuados en sus estudios.

---

## **12. PROPUESTAS.**

Los servicios de urgencias son la puerta de entrada en la mayoría de las ocasiones al servicio de hospital, para recibir un diagnóstico complementario y tratamiento definitivo, de acuerdo a la norma oficial mexicana para los servicios de urgencias un paciente no debe permanecer más de 12 horas en el servicio, en donde se debe de estabilizar e iniciar tratamiento así como los estudios complementarios que necesite el paciente por lo que se propone lo siguiente.

1. Realizar un sistema de Triage para clasificar a los pacientes por el tipo de urgencia y puedan ser ingresados a los servicios de urgencias de acuerdo a su prioridad.
2. Se realicen valoración por el médico en turno del paciente en cuanto se tengan los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete y plasmarlos en el expediente clínico.
3. la agilización para la toma de estudios de gabinete como TAC Y USG.
4. Que se cuente con los ingresos a hospital en tiempo y forma.
5. Se cuente con camas disponibles en hospital.

---

### 13. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Peiró S, Portella E, Meneu R. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:124-129.
- 2.- Negro A, Guerrero M. El protocolo del uso inapropiado de la hospitalización (The Appropriateness Evaluation Protocol) en alergología. *Rev. Esp. Alergol Inmunol Clin*, Junio 1998; 3:171-180.
- 3.- Contreras C. Utilización hospitalarias de las especialidades médicas. *Acta Med Per* 28 (2)2011.
- 4.- Perales R, Amores P. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emergencias* 2004; 16:111-115.
- 5.- Guerrero J, Carrión A. Adecuación de ingresos y estancias sucesivas en el área de observación de urgencias en un hospital de nivel I. *Papeles Médicos SEDOM*. 2010; 19:29-36.
- 6.- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- 7.- Oterino D, Peiró S. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario, una evaluación de criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13 (5):361-370.
- 8.- Sempere T, Peiró S. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999, Vol 73, N° 4.
- 9.- Aranaz A, Martínez R. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (16); 615-8.
- 10.- Contreras C. Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas a los servicios de medicina. *Rev Soc Peru Med Interna* 2011; vol 24 (4).
- 11.- Antón P, Peiró S. AdeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev calidad asistencial* 2002;17(8);519-9.

---

12- Hernández E, Guillen A. Adecuación de ingresos hospitalarios en un servicio de urgencias de un hospital terciario de la comunidad de Madrid. Archivos de Medicina 2015; Vol 11 No 1:7.

13.- Suárez F, Oterino D. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. Rev Esp Salud Pública 2001, vol.75. No 3.

14- García J, Ortega F. Grado de adecuación de los ingresos realizados en medicina interna por parte de médicos generales y de familia. MGF;julio-agosto 2011.

15.- Rodríguez F, Marín A. Adecuación de los ingresos y estancias en un servicio de medicina interna de un hospital de segundo nivel utilizando EP (Appropriateness Evaluation Protocol). An Med Interna (Madrid) 2003, Vol. 20, No 6:297-300.

16.- Castro M, Sande M. Adecuación de los ingresos generales urgentes en el complejo hospitalario de Ourense. Factores asociados. Rev Calidad Asistencial 2003;18(4):244-8.

17.- Talavera O, Diseños de investigación. Investigación clínica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 211;49 (1):53-58.

18.- Formula para cálculo de la muestra poblaciones finitas. Información disponible en: <https://investigacionpediahr.files.wordpress.com>.

19.- Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Información disponible en: [http://www.conbioetica-méxico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaración\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://www.conbioetica-méxico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaración_Helsinki_Brasil.pdf)

20.- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Información disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.hrm>

## 14. ANEXOS.

### Escala AEP

<b>Protocolo de evaluación de la adecuación (AEP)</b>
<b>Causas de ingreso adecuado</b>
<b>I. Criterios referentes a la situación clínica del paciente</b>
<b>1. Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo.</b> <b>2. Frecuencia cardíaca &gt; de 140 o &lt; de 50 latidos por minuto.</b> <b>3. Presión arterial sistólica &gt; de 200 o &lt; de 90 o diastólica &gt;de 120 o &lt; de 60 mm Hg.</b> <b>4. Pérdida aguda de visión o audición.</b> <b>5. Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo.</b> <b>6. Fiebre &gt; de 38 °C durante más de 5 días.</b> <b>7. Hemorragia activa.</b> <b>8. Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico.*</b> <b>9. Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda.</b> <b>10. Dehiscencia de herida o evisceración.</b>
<b>II. Criterios referentes a la intensidad de cuidados prestados</b>
<b>11. Administración de medicación intravenosa/reposición de fluidos.</b> <b>12. Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia regional o general y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización.</b> <b>13. Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 2 horas.</b> <b>14. Quimioterapia que requiere observación continua para evaluación de reacción tóxica.</b> <b>15. Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día.</b> <b>16. Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas.</b>
<b>Causas de ingreso inadecuado</b>
<b>A) Las pruebas diagnósticas/tratamiento pueden realizarse como paciente externo.</b> <b>B) El paciente precisa ingresar, pero en un nivel inferior de agudos (hospital de crónicos, residencias, etc.)</b> <b>C) Ingreso prematuro uno o más días antes de la prueba.</b> <b>D) No existe plan diagnóstico y/o tratamiento documentado.</b>

\* Na: <123 o >156 mEq/l, K: <2,5 o >6 mEq/l, PH: <7,30 o > 7.45, HCO3: <20 o >36 mEq/l <sup>(11)</sup>.

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**Nombre del paciente:**

**No de afiliación:**

**Género:**

**Día y hora de ingreso a observación de urgencias:**

**Hora:**

**Indicación de ingreso:**

**Día y hora de ingreso a hospital:**

**Turno de ingreso a hospital:**

**Diagnóstico:**

**Servicio:**

<b>CAUSAS DE INGRESO ADECUADO</b>		
<b>Criterios referentes a la situación clínica del paciente</b>	<b>si</b>	<b>no</b>
Pérdida súbita de conciencia, desorientación, estado confusional agudo		
Fc >de 140 ó < de 50 latidos por minuto		
PAS< de 200 ó < 90 o PAD> 120 ó < 60 mm Hg		
Pérdida aguda de visión o audición		
Parálisis brusca de cualquier parte del cuerpo		
Fiebre > 38 °C por más de cinco días		
Hemorragia activa		
Alteraciones graves del equilibrio ácido básico o electrolítico*		
Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda		
Dehiscencia de herida o evisceración		

\*Na < 123 o >156 mEq/l, K <2.5 o >6 mEq/l, PH: < 7.30 o >7.45, HCO3 < 20 o > 36 mEq/l

<b>CRITERIOS REFERENTES A LOS SERVICIOS PRESTADOS</b>		
Administración de medicamentos IV/reposición de fluidos		
Cirugía o técnica especial en las siguientes 24 h que precise anestesia general o regional y equipamiento/instalaciones que requieran hospitalización		
Monitorización continua de constantes vitales al menos cada 2 horas		
Quimioterapia que requiera observación continua para evaluación de reacción toxica		
Antibioticoterapia IM al menos 3 veces al día		
Terapia respiratoria, continua o intermitente al menos cada 8 horas		

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