



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRÍA**

***“Evaluación del cumplimiento de la Guía de práctica Clínica para
hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad en Hospital
Pediátrico Legaría”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**PRESENTADO POR
Dra. Pazarán Galicia Quetzal**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
Dr. Camela Espinosa Uriel Leonardo**

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

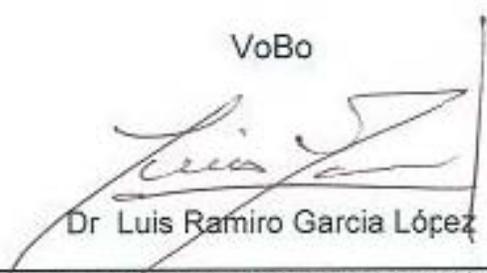
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Evaluación del cumplimiento de la Guía de práctica Clínica para hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad en Hospital Pediátrico Legaria.

Autor: Dra. Pazarán Galicia Quetzal

VoBo



Dr. Luis Ramiro Garcia López

Profesor Titular del Curso de Especialización en Pediatría

VoBo



Dr. Federico Lazcano Ramirez

Director de Educación e Investigación



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

Evaluación del cumplimiento de la Guía de práctica Clínica para hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad en Hospital Pediátrico Legaria.

Autor: Dra. Pazarán Galicia Quetzal

VoBo



Dr. Camela Espinosa Uriel Leonardo

Director de Tesis

Médico Adscrito de sala de Lactantes en Hospital Pediátrico Legaria.

Dedico la presente:

*A mi madre, por enseñarme que el trabajo duro siempre da resultados;
A mi hermana, por ser el mejor ejemplo a seguir como hermana, esposa, médico y persona;
A mi marido, por estar siempre ahí, a pesar de todo y nada;
A mi compañera de vida, para que sepas que todo es posible, siempre;
A mí misma por resistir a mí misma, sin soltar la meta a pesar de los profundos miedos;
Y por último, a mis niños, la razón de este hermoso camino lleno de colores.*

Gracias, eternas.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 2 MATERIAL Y MÉTODO.....	20
CAPÍTULO 3 RESULTADOS.....	23
CAPÍTULO 4 DISCUSIÓN.....	29
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES.....	33
CAPÍTULO 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

RESÚMEN.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) comprenden una serie de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros. Dependiendo de su intensidad y del compromiso del estado general, pueden ser leves o complicarse a estadios más graves como neumonías; siendo ésta definida como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad, en un paciente inmunocompetente y que no ha sido hospitalizado en los últimos siete días y se caracteriza por: signos respiratorios de menos de 15 días de evolución, acompañada de síntomas generales. Entendiendo que la neumonía es una de las enfermedades que más afectan a este grupo etario y por lo mismo es en gran medida uno de los motivos de internamiento más frecuente debemos tener al tanto que los internamientos innecesarios pueden generar mayores gastos si no se realiza de manera objetiva y estandarizada. Por lo que uno de los problemas a los que se enfrenta la mayor parte de los sistemas sanitarios es cómo controlar el crecimiento de los costes sanitarios. El elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo nos plantea la urgente necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad optimizando el uso adecuado de los recursos existentes. La falta del conocimiento sobre estos estatutos (GPC), así como obviarlos, es parte del génesis del problema, por lo cual es de suma importancia que los Médicos los conozcan en profundidad, logrando así un mejor manejo de recursos y por ende mejoría en la calidad de los servicios de salud. **OBJETIVO:** El objetivo de esta tesis es evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica de neumonía adquirida en la comunidad en un hospital pediátrico. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó el presente trabajo en el Hospital Pediátrico Legaría de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSCDMX), donde se realizó un estudio observacional y transversal analítico con revisión de expedientes médicos de pacientes pediátricos de 3 meses a 18 años para evaluar el cumplimiento de la Guía de práctica Clínica para hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad. **RESULTADOS:** Con respecto a la revisión de los 66 expedientes con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad y diagnósticos equiparables, se pudo recabar que la mayoría de los pacientes fueron ingresados durante el mes de Enero y egresados en Marzo. Además se valoró que con respecto a los días de hospitalización, el periodo con más incidencia fue de 4 a 7 días y la contraparte fue de más de 31 días. También se observó que el turno vespertino es durante el que más se realizan hospitalizaciones y el de menos es durante la jornada acumulada. La incidencia en hospitalizaciones con respecto a edades, se expuso que la mayoría fueron de 3 a 6 meses en contraste con los menos de 9 a 11 meses y en género el masculino por encima del femenino. Se observó la diferencia que existe con respecto a los diagnósticos de ingreso con los de egreso, que se ingresaron como Neumonía adquirida en la comunidad y al egreso con este mismo diagnóstico siendo menos, mostrando en ello una importante discrepancia diagnóstica. Se evaluó el Criterio de hospitalización más frecuente y menos frecuentes. También se contabilizaron los Datos clínicos que los pacientes presentaron al momento de su hospitalización basados en los que la guía coloca como más frecuentes. Como factores de riesgo que más se documentaron: "Falta de lactancia materna" e "Inmunizaciones incompletas". **DISCUSIÓN:** Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria con la finalidad de homologar los servicios de atención médica a través de la atención a la salud basada en evidencias. Existen múltiples trabajos publicados sobre adherencias a guías clínicas de NAC, donde se describe que históricamente el cumplimiento de las normas ha sido pobre por parte del personal médico, confirmado en este mismo trabajo además de que existe pocas revisiones pediátricas, resultando en tratamiento inapropiado que afecta la morbilidad y la mortalidad en esta enfermedad, sin olvidar el aumento de la estancia hospitalaria y de los costos. **CONCLUSIONES:** Siempre hay que recordar que las GPC cuentan como recomendaciones de carácter general o particular de la patología estudiada, que no es determinante o el único camino a seguir para llevar a cabo valoraciones o screening, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, aun a pesar de ello se debe tener mayor estandarización del manejo de esta patología para así disminuir gastos y riesgo innecesarios de los que puede ser blanco el paciente.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) comprenden una serie de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros. Dependiendo de su intensidad y del compromiso del estado general, pueden ser leves o complicarse a estadios más graves como neumonías; siendo ésta definida como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad, en un paciente inmunocompetente y que no ha sido hospitalizado en los últimos siete días y se caracteriza por: signos respiratorios de menos de 15 días de evolución, acompañada de síntomas generales. Los agentes etiológicos más frecuentes varían de acuerdo con la edad; sin embargo, la mayoría de los casos ocurren por virus. En la actualidad, con la introducción de las vacunas conjugadas contra *S. Pneumoniae* y *H. Influenzae* tipo b, disminuyó la frecuencia por estos microorganismos que previamente eran los agentes causales principales.

El diagnóstico de neumonía es fundamentalmente clínico, se pueden utilizar pruebas diagnósticas de laboratorio las cuales se clasifican en inespecíficas (Hemograma, VSG, Proteína C reactiva, Procalcitonina y DHL) y específicas, básicamente de Microbiología, como Hemocultivo, Cultivo de líquido pleural, Antígenos virales, Aglutinación de látex, Métodos Serológicos y Reacción en

cadena de Polimerasa. Como pruebas de Imagen se puede respaldar con Radiografía de tórax y Tomografía computada de tórax.³

En paralelo a esto la organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido y diseñado una carta descriptiva con una serie de datos clínicos para detectar la enfermedad en países en los que los recursos son insuficientes, donde no incluye el uso de la radiografía de tórax o pruebas de laboratorio, ya que el diagnóstico tardío y el tratamiento inadecuado de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) favorecen las complicaciones y la letalidad. Por lo cual la OMS en conjunto con UNICEF inauguraron el “Plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía”, conocido como iniciativa GAPP (Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia), siendo sus objetivos el manejo de ésta infección en todos los niveles (90% de tratamiento adecuado), vacunación universal en la infancia (90% de cobertura), prevención y manejo de la infección por VIH, mejorar la nutrición y reducción del bajo peso al nacimiento (90% lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida), control del ambiente y de la contaminación; estas medidas permiten reducir la frecuencia de mortalidad y la morbilidad un 50%, así como disminuir la incidencia de neumonía grave en 25% de niños menores de 5 años de edad.²

Por lo anterior la carta descriptiva logra globalizar el método de diagnóstico haciendo hincapié en los datos clínicos asociados a sospecha de neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años siendo los siguientes: tos,

taquipnea, dificultad respiratoria (presente o ausente), sibilancias (presente o ausente), estertores (presente o ausente), dolor torácico, síndrome de condensación pulmonar, fiebre (presente o ausente) e irritabilidad; También se sabe que existe asociación de los datos clínicos conforme al agente etiológico³, y por esto mismo se debe conocer que la forma de manejo de esta patología es multidisciplinario, pudiendo ser de manera ambulatoria y no solo hospitalario, siendo así que otra de las estandarizaciones que existe son los criterios de hospitalización de pacientes con cuadro activo de neumonía: edad menor de 6 meses, neumonía extensa o multifocal, derrame plural, signos clínicos de hipoxemia, saturación <92%, riesgo social, inmunocompromiso o desnutrición severa; además existen criterios de gravedad para ingreso a terapia intensiva: taquipnea, disnea, retracciones, estridor, aleteo nasal, apnea, alteraciones del estado de alerta y oximetría <92%².

Teniendo en consideración que la reducción de la mortalidad infantil es uno de los objetivos primordiales del programa de Desarrollo sustentable para 2030, en donde la vigilancia y el control de las neumonías comunitaria es un compromiso prioritario para cumplir con las metas propuestas haciendo necesario el manejo homogéneo en toda la república y para ello se deben tener claros los criterios para hospitalización o manejo ambulatorio.

Estudios señalan que entre el 18% y el 25% de las estancias hospitalarias pediátricas son innecesarias y que más del 20% de los ingresos podrían evitarse; con esta importante proporción de utilización inadecuada de la

hospitalización tiene previsiblemente una notable repercusión sobre los costos en México, pero también sobre la calidad de la asistencia, ya que la prolongación de la estancia hospitalaria supone una innecesaria exposición del niño al estrés emocional (medio hostil lejos de su ambiente familiar) y a riesgos físicos (infecciones, procedimientos invasivos, iatrogenias hospitalarias), así como también el estrés producido al cuidador del paciente⁴. A pesar de haber mejorado las condiciones de las hospitalizaciones, todavía se encuentran lejos de anular el riesgo de producir efectos adversos. Por todo ello, conocer la magnitud del uso inadecuado de la hospitalización en la población pediátrica, sus causas y sus efectos en la población y en la economía, es el primer paso para mejorar la calidad de los sistemas de salud⁵.

El INEGI 2013 revela que en ese año las enfermedades respiratorias bajas ocuparon el tercer lugar como causa de muerte en menores de un año, la cuarta causa en menores de 5 años, la octava en menores de 14 años y la onceava causa en menores de 24 años. La Dirección General de Epidemiología informó que en 2014 (DGE, 2014) causó 73,650 casos en menores de 18 años ocupando la onceava causa de morbilidad en menores de 18 años. Tan sólo en el Distrito Federal la Neumonía en la población general estaba en el décimo tercer lugar como causa de hospitalización (DGE 2014). Por lo tanto el mayor índice de mortalidad ocurre en lactantes. La mortalidad en niños de 12 meses es 5% y en menores de 3 meses la mortalidad es de 17%.

En América Latina y el Caribe mueren cada año más de 80,000 niños menores de 5 años de los cuales el 85% muere por neumonía e influenza².

Entendiendo que la neumonía es una de las enfermedades que más afectan a este grupo etario y por lo mismo es en gran medida uno de los motivos de internamiento más frecuente debemos tener al tanto que los internamientos innecesarios pueden generar mayores gastos si no se realiza de manera objetiva y estandarizada. Por lo que uno de los problemas a los que se enfrenta la mayor parte de los sistemas sanitarios es cómo controlar el crecimiento de los costes sanitarios. El elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo nos plantea la urgente necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad optimizando el uso adecuado de los recursos existentes⁶.

En 1976 North publicó una serie de criterios para evaluar qué hospitalizaciones pediátricas eran adecuadas. Estos criterios estaban basados en que la necesidad de hospitalizar a un niño depende más de los servicios que requiere que de su diagnóstico. Este trabajo fue precursor de diversos instrumentos desarrollados posteriormente para la identificación del uso inapropiado de la hospitalización, entre los que el más conocido y utilizado es el *Appropriateness Evaluation Protocol* (Protocolo de evaluación de la adecuación, AEP), este ha mostrado como un instrumento válido y fiable para medir la utilización inapropiada de la hospitalización en evaluaciones independientes realizadas por diversos autores en diferentes países. En 1988 Kemper desarrollaron sendas adaptaciones pediátricas del AEP (pAEP), pero a pesar de ello en la

población pediátrica ha sido escasamente utilizado, existiendo pocos estudios publicados hablando acerca las hospitalizaciones no meritorias y de sus efectos secundarios sobre la población afectada⁵.

DEFINICIONES:

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es sabido que parte de los recursos hospitalarios son utilizados de forma inadecuada, bien porque los pacientes reciben servicios que no les proporcionan beneficios significativos, bien porque los cuidados podrían ser proporcionados con menores costes o en niveles institucionales diferentes. El uso inadecuado de la hospitalización implica, un despilfarro de recursos con su correlación de problemas de equidad. Además, el paciente pediátrico es especialmente vulnerable a los efectos no deseados de la hospitalización, como las infecciones nosocomiales, procedimientos dolorosos, accidentes iatrogénicos y trastornos psicológicos por la separación que supone del medio familiar. En muchas ocasiones se llevan a cabo hospitalizaciones que no siguen las estandarizaciones (GPC), no respetando así los protocolos apropiados de hospitalización, siendo que esto no permite reservar recursos para aquellos pacientes que ciertamente requieren ingresar, desencadenando no solo trastornos en el paciente como un ente, sino involucrando a la familia y exponencialmente al país, siendo afectada en proporciones de tipo biopsicosociales y económicas. También la falta del conocimiento sobre estos estatutos, así como obviarlos, es parte del génesis del problema, por lo cual es de suma importancia que los Médicos los conozcan en profundidad, logrando así un mejor manejo de recursos y por ende mejoría en la calidad de los servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN.

La Neumonía Adquirida en la Comunidad es una de las causas infecciosas más frecuentes de morbimortalidad a nivel mundial; su magnitud y severidad se concentran en los niños <1 año que residen en países en vías de desarrollo. Afortunadamente si se diagnostica de manera temprana, así como si se da tratamiento oportuno pueden evitarse la muerte de estos pacientes, por lo mismo es necesario conocer los criterios diagnósticos ya estandarizados, así como las líneas de tratamiento y no siendo en todos los casos necesario la hospitalización. En la última década, nuestro país experimentó un aumento importante de precios de los recursos en el sector de la salud generando un impacto creciente en los costos de las instituciones hospitalarias, públicas y privadas. Se habla de que el costo calculado de tratar con antibióticos a todos los niños enfermos de neumonía en 66 de los “países de la cuenta regresiva para 2015 con respecto a la supervivencia materna, neonatal e infantil” es de US\$ 109 millones al año. Esta cifra incluye los antibióticos en sí mismos y las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico de neumonía. Este aumento se encuentra asociado, tanto a las innovaciones biomédicas y tecnológicas desarrolladas a nivel mundial como también al efecto de la inflación general de la economía. Al mismo tiempo, existe una permanente preocupación por el uso ineficiente de los recursos sanitarios que, sumado a las restricciones presupuestarias vigentes en el sector, pone de relieve la necesidad de implementar estrategias por parte de los gestores hospitalarios. Si bien este

desafío lo enfrentan instituciones públicas y privadas, los hospitales públicos en particular, poseen restricciones adicionales asociadas al tipo de mecanismo de pago utilizado (presupuestos fijos y prospectivos, generalmente anuales), que, en circunstancias inflacionarias, ponen en riesgo su capacidad de financiamiento. En este contexto, es relevante la utilización de indicadores de gestión para la toma de decisiones orientados a la optimización en la asignación de los recursos sanitarios. Si parte del gasto contiene un determinado nivel de uso módicamente innecesario de la hospitalización, reducir el tiempo que permanecen ingresados, sin que su atención clínica o la intensidad de los cuidados lo justifique, puede ser una prometedora aproximación para disminuir el gasto sin comprometer la calidad, e intentar así también reducir los daños colaterales al entorno familiar del paciente. Básicamente se trataría de favorecer un uso más eficiente del hospital a través de la identificación y disminución de las hospitalizaciones innecesarias. Parte de lo anterior es motivo para la realización de las múltiples Guías de Práctica clínica, logrando unificar así los conocimientos médicos siendo de fácil acceso y con rutas diagnósticas y terapéuticas que pueden disminuir el uso excesivo de recursos.

El entendimiento de estos aspectos nos daría una disminución en demandas y quejas hacia el sector salud institucional, resultando esto en una importante disminución de gastos de recursos teniendo pacientes controlados y logrando así una atención de alta calidad, multidisciplinaria e integral con la familia. Por

estos motivos debemos aumentar y mejorar investigaciones que permitan conocer criterios mínimos y estandarizados para lograr un diagnóstico oportuno y con ello aplicar el tratamiento mejor recomendado, evitando así las hospitalizaciones innecesarias y secundariamente logrando una adecuada utilización de los recursos económicos destinados a salud en nuestro país. Basados en esto, el presente estudio tiene como finalidad evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica para hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad en Hospital Pediátrico Legaria de la Ciudad de México.

III. OBJETIVOS.

GENERALES:

El objetivo de esta tesis es evaluar el cumplimiento de la guía de práctica clínica de neumonía adquirida en la comunidad en un hospital pediátrico.

ESPECÍFICOS:

- Indagar en la frecuencia de hospitalizaciones que no cumplen criterios de internamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía basados en la guía de práctica clínica.
- Analizar los criterios utilizados en la hospitalización de pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía en comparación con los establecidos en la Guía de práctica clínica.
- Cuantificar presencia de modificación de diagnósticos de neumonía cuando se hospitalizan y se egresan.
- Identificar el porcentaje de pacientes hospitalizados con datos clínicos de neumonía adquirida en la comunidad.
- Indagar en que mes es más frecuente el internamiento de pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía.

- Cuantificar los factores de riesgo que se pueden observar en pacientes con diagnóstico de neumonía.
- Valorar cual es el Turno donde más hospitalizaciones de neumonía se llevan a cabo.
- Observar la cantidad de días que puede permanecer internado un paciente pediátrico con diagnóstico de ingreso de Neumonía adquirida en la comunidad.
- Numerar la incidencia de género y edad de pacientes hospitalizados por neumonía en Hospital Pediátrico.

CAPÍTULO 2. MATERIAL Y MÉTODO.

I. Características metodológicas del estudio

Se realizó el presente trabajo en el Hospital Pediátrico Legaría de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSCDMX), donde se realizó un estudio observacional y transversal analítico con revisión de expedientes médicos de pacientes pediátricos de 3 meses a 18 años para evaluar el cumplimiento de la Guía de práctica Clínica para hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes pediátricos de 3 meses a 18 años
- Cualquier género.
- Pacientes Internados en Hospital Pediátrico Legaria
- Cualquier turno.
- Pacientes con Diagnostico de Neumonía adquirida en la comunidad y derivados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes no internados en Hospital Pediátrico Legaria
- Pacientes que no cuenten con Diagnostico de Neumonía adquirida en la comunidad o sus derivados a su ingreso.

CRITERIOS DE INTERRUPCIÓN:

- Expedientes que no cuenten con papelería completa de ingreso y seguimiento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

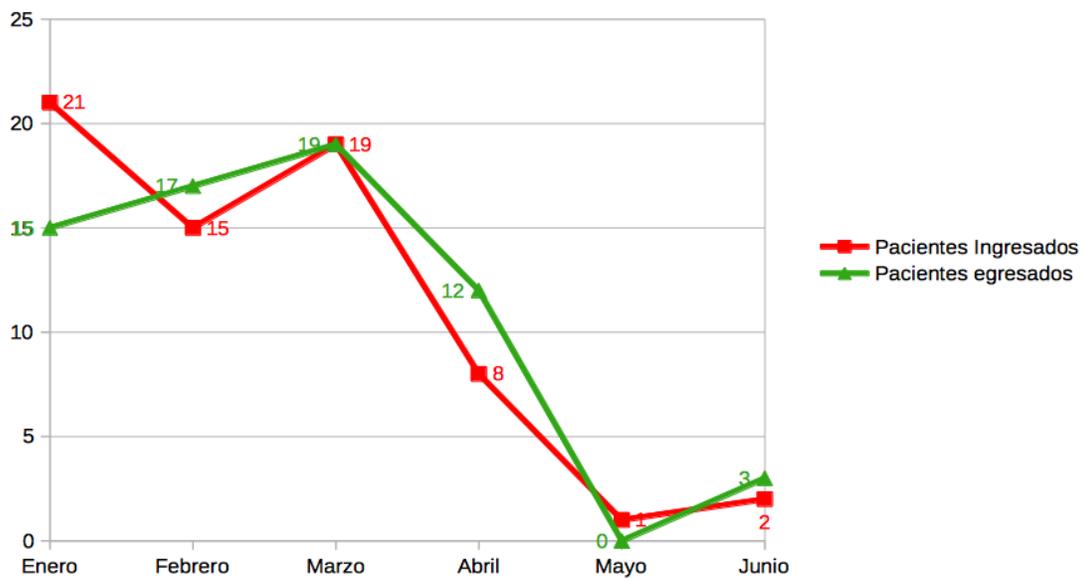
- Número de expediente equivocado.
- Expediente no se encuentra físicamente disponible

Se revisaron 66 expedientes de pacientes pediátricos de entre 3 meses y 18 años de edad con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad, a partir del 01 de enero del 2017 hasta 15 de junio del 2016, encontrando un número total de 322 pacientes internados durante este periodo incluyendo tanto al sexo masculino y al sexo femenino, analizando sus expedientes para valorar el uso de la guía de práctica clínica para su internamiento, siendo también documentado con esto los que contaron con factores de riesgo, los días que se mantuvieron internados, lo meses de mayor y menor ingreso y egreso así como el horario en que fueron abordados: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada. Además de tiempo de internamiento, a los que se les cambio el diagnostico durante su internamiento y los datos clínicos más comúnmente utilizados.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS.

Con respecto a la revisión de los 66 expedientes con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad y diagnósticos equiparables, se pudo recabar que la mayoría de los pacientes fueron ingresados durante el mes de Enero (32%) y egresados en Marzo (29%) (Figura 1), contando durante este periodo con 4 defunciones, 1 traslado a 3^{er} nivel, 3 reingresos con el mismo diagnóstico de ingreso y se recibieron 4 pacientes con Ventilación Mecánica procedentes de otros hospitales.

Figura 1. Comparación ingreso-egreso



Además se valoró que con respecto a los días de hospitalización, el periodo con más incidencia fue de 4 a 7 días correspondiendo a 27 pacientes (41%) y la contraparte fue de más de 31 días con 1 paciente (Figura 2). También se observó que el turno vespertino con 36% es durante el que más se realizan hospitalizaciones y el de menos con 7% es durante la jornada acumulada (Figura 3).

Figura 2. Días de hospitalización

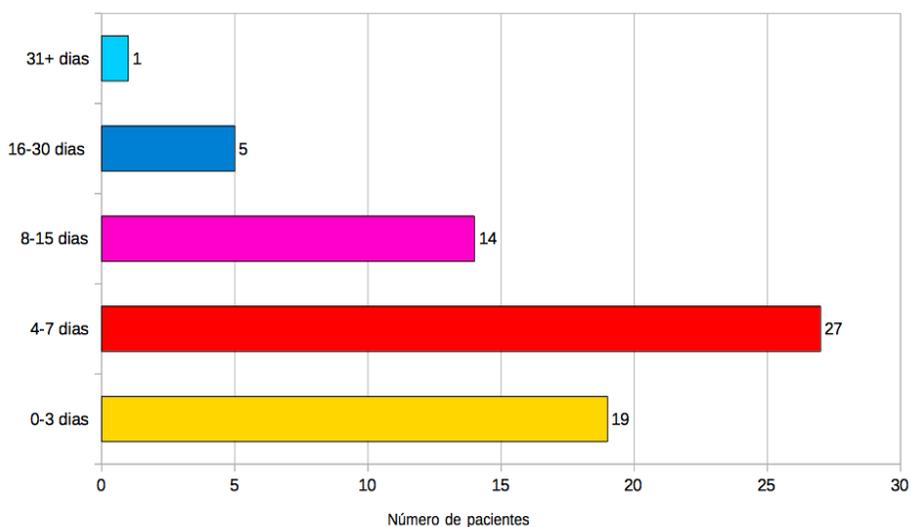


Figura 3. Turnos de internamiento

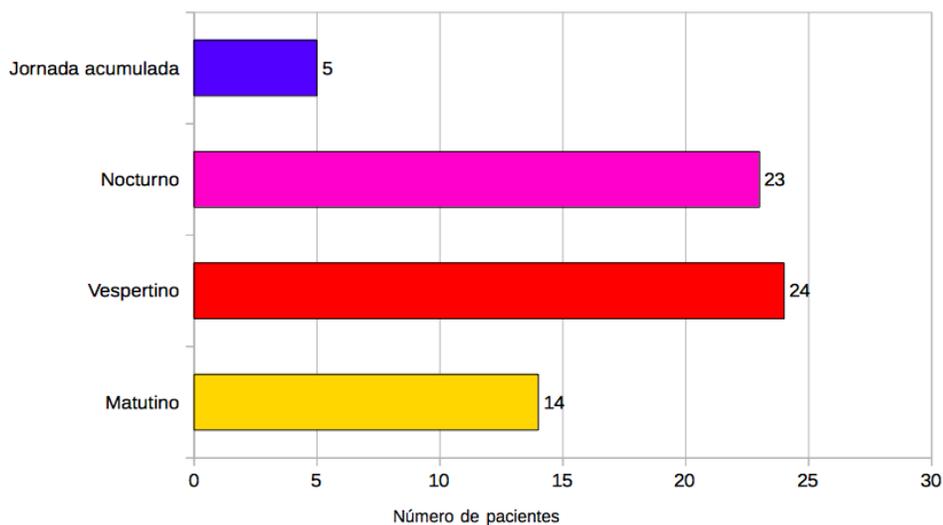


Figura 4. Edades

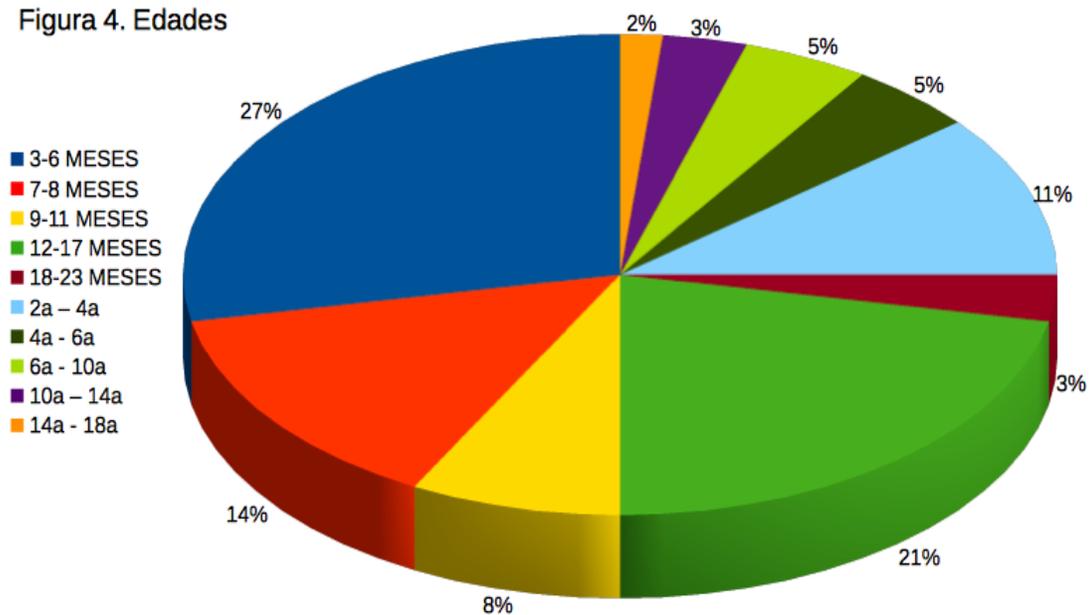
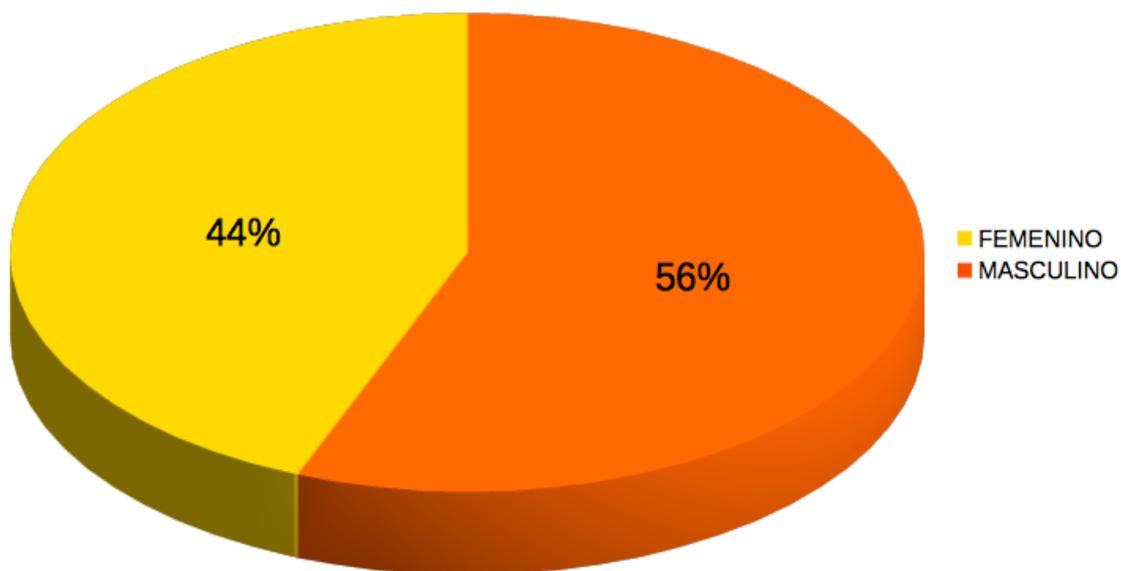


Figura 5. Género



Hablando de la incidencia en hospitalizaciones con respecto a edades, se expuso que la mayoría, 27%, fueron de 3 a 6 meses (Figura 4), en contraste con los menos, 2%, de 9 a 11 meses y en género el masculino con 56% por encima del femenino con 44% (Figura 5).

Figura 6. Diagnósticos de Ingreso

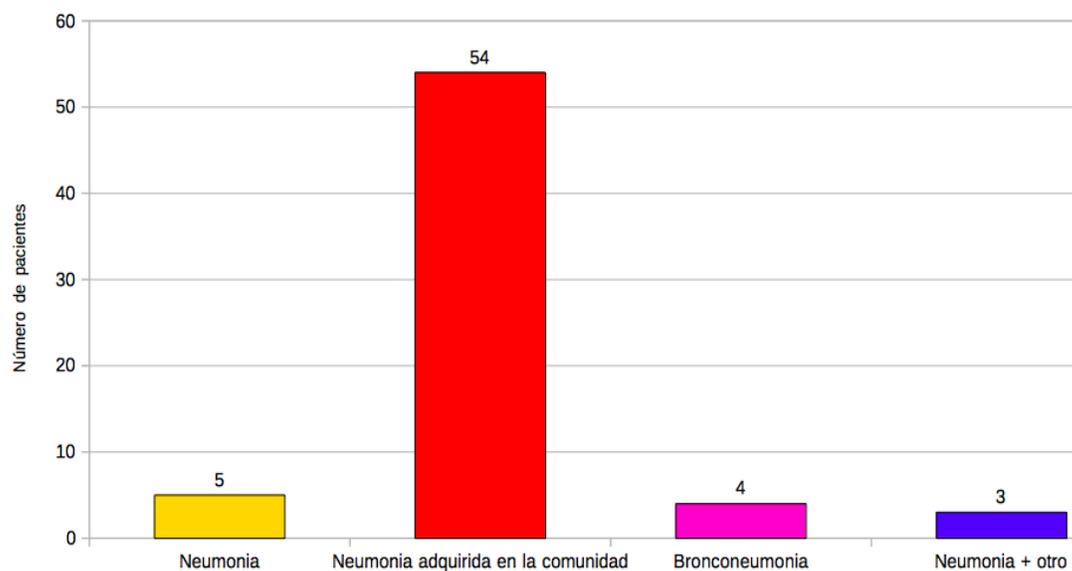
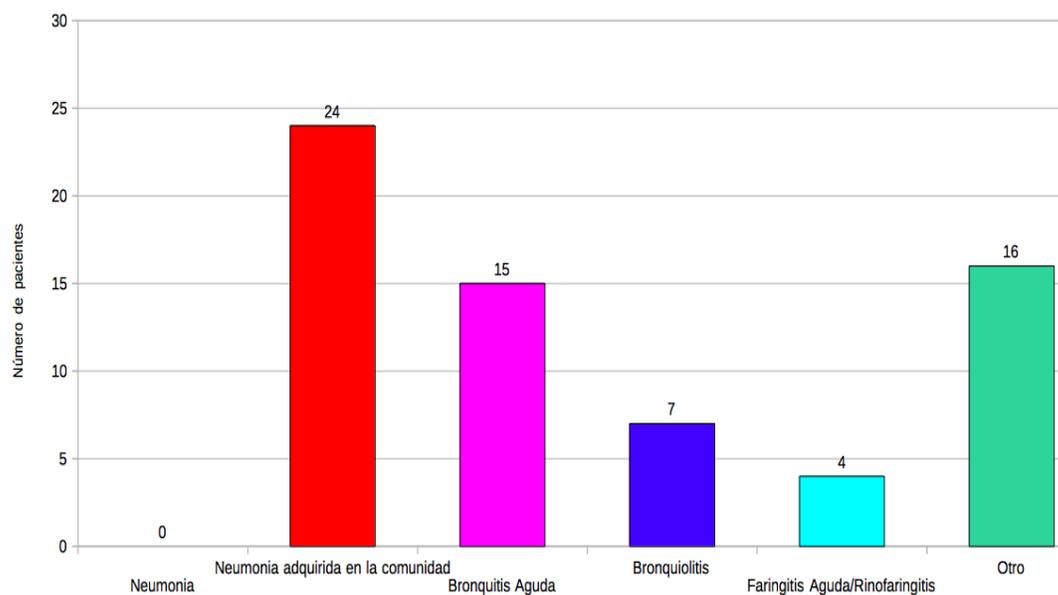


Figura 7. Diagnósticos de egreso



Se observó la diferencia que existe con respecto a los diagnósticos de ingreso con los de egreso, siendo que en su mayoría, 54 pacientes (81%) (Figura 6), se ingresaron como Neumonía adquirida en la comunidad y al egreso con este mismo diagnóstico solo 24 pacientes (36%) (Figura 7), mostrando en ello una importante discrepancia diagnóstica. Además una gran parte fue egresada con diagnósticos que no tuvieron que ver con una afección respiratoria infecciosa (24%) y otras que por el diagnóstico de egreso dado no ameritarían manejo hospitalario (Faringitis Aguda/Rinofaringitis, 6%).

De los datos recabados con mayor importancia para poder evaluar el uso de la guía, tenemos que el Criterio de hospitalización más frecuente es el “Fallo de tratamiento ambulatorio” obtenido en el 79% de los expedientes y los de menor frecuencia son: “Apnea” y “Deshidratación grave” con solo el 3% cada uno; la moda de este rubro fueron 3 criterios de hospitalización. Llama la atención que 3 de los pacientes hospitalizados no contaron con ninguno de los criterios de hospitalización que expone la guía.

También se contabilizaron los Datos clínicos que los pacientes presentaron al momento de su hospitalización basados en los que la guía coloca como más frecuentes, siendo que el mayormente referido con 91% fueron “estertores/sibilancias” y el de menor “dolor torácico” con 4%. Como moda 2 son los datos clínicos. En este aspecto se observó que 1 paciente fue ingresado a pesar de no presentar ningún dato clínico.

Como factores de riesgo que más se documentaron: “Falta de lactancia materna” e “Inmunizaciones incompletas” con 50% cada uno, siendo que “Asistencia a guardería” y “Dificultad de acceso a servicios de salud” no se mencionaron en ninguno de los expedientes. En la recopilación de datos se observaron que los pacientes mínimo contaron con 2 de factores de riesgo.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN.

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria con la finalidad de homologar los servicios de atención médica a través de la atención a la salud basada en evidencias. Basado en lo anterior, la intención de este trabajo fue la evaluación del apego de los expedientes médicos al conocimiento que nos aporta la GPC y registrando al mismo tiempo si existe alguna proporción de hospitalizaciones innecesarias bajo este diagnóstico.

Los resultados obtenidos en comparación con la Dra. De Araujo en su trabajo donde midió el apego a la GPC de neumonía adquirida en la comunidad en pacientes pediátricos con la revisión de 64 expedientes en 2013 son bastante parecidos, ya que la muestra es equiparable contando con 66 expedientes en esta ocasión. Además se observó que, tanto en su estudio como en éste, la evaluación más apegada a la guía son los criterios de hospitalización basados en el interrogatorio que en los datos clínicos colocados a la exploración física del paciente el expediente médico. También se encontró concordancia con el trabajo del Dr. Espinosa Brito en la evaluación del cumplimiento de la guía de práctica clínica de NAC con respecto al número de días en que se hospitalizan menos los pacientes, siendo el rubro de más de 31 días.

Existen múltiples trabajos publicados sobre adherencias a guías clínicas de NAC, donde se describe que históricamente el cumplimiento de las normas ha sido pobre por parte del personal médico, además de que existe pocas revisiones pediátricas, lo cual resulta en tratamiento inapropiado que afecta la morbilidad y la mortalidad en esta enfermedad, sin olvidar el aumento de la estancia hospitalaria y de los costos, lo cual se corrobora en este estudio ya que se observaron internamientos a pesar de no contar con criterios de hospitalización o datos clínicos y mucho menos factores de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido y diseñado una carta descriptiva con una serie de datos para detectar la enfermedad en países en los que los recursos son insuficientes como en nuestro país, la cual no incluye el uso de la radiografía de tórax (WHO-UNICEF, 2014). Esto ha causado en ocasiones el abuso de este recurso, no obstante, la radiografía tiene gran utilidad en casos de difícil diagnóstico, que según el Dr. Espinosa, puede ayudar con la duda diagnóstica y básicamente para la evaluación del pronóstico, en casos de difícil diagnóstico, pero basados en nuestra población más del 94% de los ingresos y expedientes revisados contaba con radiografía de tórax donde se aseguraba la presencia de imágenes sugestivos a proceso infeccioso de vías respiratorias inferiores a pesar de que no se cumplía con el resto de criterios para internamiento según la guía estudiada, y en la revisión, se daba a entender que con este estudio era más que suficiente para el diagnóstico y por lo tanto se justificaba el ingreso a hospitalización. Al final hay

que ser muy críticos con respecto a este recurso ya que si bien no es suficiente para el diagnóstico, es parte esencial del estudio de esta patología, la ATS y la IDSA han recomendado que se deba solicitar radiografía de tórax a todos los pacientes con sospecha clínica de neumonía. Por lo tanto debemos de aprender a clasificar que casos lo ameritan y en cuales prescindir de ella como primera opción para ingresos de los pacientes, tomando en cuenta que siempre la clínica es el de mayor peso para la decisión diagnóstica, y así el camino terapéutico a seguir.

Dentro de los resultados recabados se puede sobresaltar que los diagnósticos de egreso no correspondieron en su mayoría con los de ingreso, en un buen porcentaje contaban con diagnósticos de índole diferente a infeccioso de la vía respiratoria baja, se entiende que debe haber un rango de error diagnóstico así como diagnósticos diferenciales como Bronquiolitis o Bronquitis por el rango de edad mayormente afectado (3 a 6 meses) pero lo que llama la atención es que existieron diagnósticos de características no graves y no meritorias de internamiento y sin embargo los pacientes ingresaron, estudiándose y tratándose con uso de exámenes de laboratorio, soluciones intravenosas y ocasionalmente medicamentos, generando así un costo al hospital que posterior podría menguar insumos para otros pacientes futuros.

Lamentablemente no se cuenta con suficiente bibliografía para comparar todos los resultados obtenidos por este trabajo, ya que son pocas las investigaciones que se han realizado con evaluaciones de expedientes vs Guía de Práctica

Clínica, y ni que decir acerca de el mismo tema explorado en pacientes pediátricos. También es pobre la literatura que nos habla de hospitalizaciones innecesarias y los riesgos que conlleva a los pacientes y al sistema de salud, siendo que esto a final de cuentas repercutirá en la calidad aplicada a los pacientes futuros y la infraestructura de la salud.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.

Siempre hay que recordar que las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones de carácter general o particular de la patología estudiada, que no es determinante o el único camino a seguir para llevar a cabo valoraciones o screening, por lo que no definen un curso único de conducta en procedimientos o tratamientos. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica. A pesar de ello también es recomendable tener una mayor estandarización del diagnóstico y manejo de las enfermedades para así no malgastar fondos. Hablando particularmente de esta patología, siendo una de las predominantes en pediatría, al cuidar las hospitalizaciones innecesarias aplicando lo mínimo de la guía, podremos evitar el gasto de recursos innecesariamente y así mejorar la calidad de atención medica disminuyendo así iatrogenias o ensañamientos terapéuticos además de demandas hacia el sector salud.

Por ultimo este trabajo no es una manera de criticar al hospital estudiado o compañeros, al contrario esperamos sea un peldaño para poder guiar y ayudar en la toma de decisiones de los diagnósticos, internamientos y tratamientos futuros, para que con el conocimiento mínimo de la guía se pueda justificar las

probables decisiones de no internamientos, manejos ambulatorios, derivaciones a consulta externa y se conozcan los diagnósticos diferenciales. Esperando así una mejora en la administración de recursos para la salud, dejando con ello un granito de arena para el progreso del sistema nacional de salud.

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. *Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 Meses a 18 Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención*. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, 2015. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-120-08/ER.pdf>
2. Comité de Infecciones Respiratorias de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. *Consenso de la sociedad latinoamericana de infectologia pediatria sobre neumonía adquirida en la comunidad*. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, Vol XXIV, Num 94, 2010. http://www.slipe.org/pdf/ConsensoNACninosSLIPE_8sept2010.pdf
3. Oterino de la Fuente D., Martínez Martínez A., I. González Fouces, S. Peiró. *¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tantos días? La hospitalización innecesaria en pediatría*. An Esp Pediatr 1999;50:373-378. <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-4-9.pdf>
4. Menudee Guillaran R, Peiró S. *La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿De la comunicación científica a la utilización práctica?* Todo Hospital 1997;134:53-60. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X05709131>

5. Casanova Matuano, Gascón Romero P., Calvo Rigual F., Tomás Vila M., Paricio Talayero J.M., Blasco González L., Peiro S. *Utilización inapropiada de la hospitalización pediátrica.* An Esp Pediatr 1999;51:241-250.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-3-5.pdf>
6. Jimenez Alvarez C., Morales Torres J.L, Ruiz Montes A.M., Pérez Sáez F., Navarro Espigares J.L. *Utilización de recursos. Estancia innecesaria un hospital de cirugía infantil.* 1999. Cir Pediatr 1999; 12: 11-15.
https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/CirPed12_11-15.pdf
7. González de Rivera y Revuelta J.L. *Trastornos Adaptativos y de Estrés.* Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero, 15 de Marzo 2000 [citado: 01 de marzo de 2017]; Conferencia 25-CI-B: [99 pantallas].
https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b5.htm
8. Rivera Barrientos J.M. *El baile y la relajación medios eficaz para disminuir el estrés en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.* Tesis para Licenciatura. Universidad de Magallanes, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. Chile, 2009.
http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/rivera_barrientos_2009.pdf
9. Peiró Moreno S, Portella E. *Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia.* Med Clin (Barc) 1994; 103:65-71.
https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Peiro/publication/15147222_Ident

ification_of_the_inappropriate_use_of_hospitalization_the_search_for_efficiency
/links/53de68a80cf2a76fb667fee6.pdf

10. Meneu de Guillerna R, Peiró S. *La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿De la comunicación científica a la utilización práctica?* Todo Hospital, 1997,134:53-60.

11. Jaramillo-Jaramillo, Laura Isabel. *Adherencia a las Guías Terapéuticas, Importante eslabón en el desenlace clínico del Paciente.* Revista Científica Médica, 2015. 18(1):36-42 años.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100008&lng=en&tlng=en

12. Saiz A, Mora S, Blanco J. *Cumplimiento terapéutico con terapias modificadoras de la enfermedad de primera línea en pacientes con esclerosis múltiple. Estudio COMPLIANCE.* Neurología, 2014. Vol. 30 (4):214-222.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485313002946>

13. Nogués-Solán X, Sorli-Redó MI, Villar-García J. *Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento.* An Med Interna Madrid, 2007. 24(3):138-41.
<http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revisión1.pdf>

14. De Araujo De la Vega, Fátima Guadalupe. *Apego a la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención"*

en niños en el Hospital General Dr. Manuel Gea González. UNAM, Dirección General de Bibliotecas, Tesis Digitales, Agosto 2014.

15. González Morales, Iris. *Evaluación del cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica “Prevención de Neumonía Adquirida en la Comunidad”*. Medisur, mayo-junio 2009. Vol. 7 (3).

16. Sánchez Durán, Alejandro. *Evaluación de la Guía de Práctica Clínica “Prevención en Neumonía Adquirida en la ventilación mecánica en niños y los adultos en el segundo y tercer nivel de atención” a través del instrumento AGREE II*. UNAM, Dirección General de Bibliotecas, Tesis Digitales, febrero 2016.