

Criterios de adecuación de ingresos en urgencias pediátricas

Sr. Editor:

La calidad asistencial hoy por hoy es uno de los temas de actualidad dentro del campo de la sanidad. En todos los estamentos organizativos existe la preocupación generalizada de la optimización de los recursos económicos, de tal manera que se intenta reducir el gasto económico sanitario, pero evidentemente sin reducir la calidad de los servicios prestados ni la accesibilidad al sistema sanitario por parte de los usuarios. Por este motivo pensamos que una manera de reducir el gasto sanitario sería actuar sobre los ingresos que son considerados inadecuados, es decir, detectarlos y proponer soluciones alternativas a ese ingreso.

¿Cómo se puede considerar un ingreso hospitalario como inadecuado? Pues bien, en el año 1989, Kreger et al¹ publicaron la validación del *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol* (pAEP), instrumento objetivo y útil para identificar a aquellos pacientes que pueden beneficiarse de una alternativa al ingreso hospitalario. En España, Casanova² valida este instrumento para nuestra población en 1999. Posteriormente se han realizado estudios y aplicaciones del instrumento en varias publicaciones, que demuestran un porcentaje de ingreso inadecuado en diferentes centros hospitalarios de nuestro país, comprendido entre el 7,9 y el 27,8%³⁻⁷.

El pAEP consiste en una escala con criterios objetivos, explícitos e independientes del diagnóstico, para evaluar el ingreso y la estancia hospitalarios. El apartado que hace referencia a la evaluación del ingreso pediátrico consta de 22 ítems, y tiene en cuenta criterios referentes a la situación clínica del paciente y a los servicios clínicos prestados. Además dispone de un listado de causas por las que el paciente en cuestión no cumple ningún criterio de ingreso adecuado; es decir, el caso se considera como ingreso inadecuado (tabla 1).

A continuación presentamos nuestros resultados. Son datos preliminares de un estudio que se está realizando en nuestro hospital, aplicando el pAEP a la población hospitalaria.

Se trata de un estudio prospectivo, con un período de estudio entre mayo y septiembre de 2003. La población de estudio incluye a todos los pacientes hospitalizados, pero se excluye a los ingresados en el Servicio de Psiquiatría y en la Unidad de Cuidados Intensivos, así como lactantes con edad inferior a 6 meses. El día de revisión se elige al azar, 5 días al mes y se aplica a escala al 10% de los pacientes que se encuentran en el hospital ese día; de esta muestra se evalúa a los pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias. Se considera ingreso adecuado aquel que cumple uno de los 22 ítems de adecuación del ingreso pediátrico del pAEP.

La muestra consta de 147 casos, de los cuales 77 pacientes ingresan desde el Servicio de Urgencias y 70 resultan programados. El 58,4% de los ingresos urgentes son niños y la franja de edad con mayor incidencia está entre 1 y 4 años. El 14,3% (11 pacientes) de los ingresos procedentes de Urgencias son inadecuados, es decir, no cumplen ninguno de los 22 ítems del pAEP. Al distribuir los ingresos procedentes de Urgencias por especialidades pediátricas, se observa que en el Servicio de Ciru-

gía, 3 de 22 casos son considerados inadecuados; en Cirugía Ortopédica y Traumatológica, 2 de 14, y en Pediatría 5 de 23 pacientes (21,7%). En el resto de especialidades el porcentaje de inadecuación es mucho menor. Al analizar la causa de la inadecuación de ingreso se observa que el ítem "todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo" es el más frecuente (64% de casos).

Con estos resultados se comprueba que el porcentaje de inadecuación obtenido se corresponde con la mediana de los estudios publicados, y que la causa más frecuente de ingreso inadecuado se debe a procedimientos y tratamientos que se pueden realizar de forma ambulatoria. Para solucionar este problema se propone el establecimiento de estructuras de soporte a Urgencias, como son las consultas de atención rápida.

Queremos remarcar que la utilización de instrumentos como el pAEP permite detectar casos de inadecuación de ingresos. Dado que en nuestro caso la principal causa de inadecuación proviene de la realización de pruebas complementarias que podrían programarse de forma ambulatoria, la creación de vías alternativas para realizarlas en un breve período y de forma rápida puede verse reflejada en una disminución de la tasa de ingresos inadecuados, lo cual implicaría una optimización en la utilización de los recursos económicos. Una aplicación periódica del pAEP puede sernos útil como control de la calidad de nuestros ingresos.

**A. Domingo Garau^a, J.J. García García^a,
C. Luaces Cubells^a, G. Gelabert Colomé^b
y J. Pou Fernández^a**

^aSección de Urgencias, Servicio de Pediatría y

^bServicio de Documentación Clínica. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. A. Domingo Garau.
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría.
Hospital Sant Joan de Déu.

P^o Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat.
Barcelona. España.

Correo electrónico: adomingo@hsjdbcn.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreger BE, Restuccia JD. Assessing the need to hospitalize children: Pediatric appropriateness evaluation protocol. *Pediatrics* 1989;84:242-7.
2. Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L, et al. Uso inapropiado de la hospitalización en Pediatría. Validación de la versión española del *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*. *Gac Sanit* 1999;13:301-3.
3. Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L, et al. Utilización inapropiada de la hospitalización pediátrica. *An Esp Pediatr* 1999;51:241-50.
4. Oterino de la Fuente D, Martínez Martínez A, González Fouces I, Peiró S. ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tantos días? La hospitalización innecesaria en Pediatría. *An Esp Pediatr* 1999;50:373-8.
5. Trapero B, Lorenzo S, Alonso B, Pastor V. Evaluación de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria mediante el *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:624-31.

TABLA 1. pAEP

Criterios de adecuación del ingreso pediátrico*Criterios referentes a la situación clínica del paciente:*

1. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta
2. Incapacidad para moverse, alimentarse, respirar, orinar, etc.
3. Alteración aguda o progresiva sensitivomotora, circulatoria o respiratoria suficiente para incapacitar al paciente
4. Pérdida aguda de visión o audición en las 48 h previas
5. Dificultad para mover cualquier parte del cuerpo de aparición aguda en las 48 h previas
6. Fiebre persistente $\geq 37,8$ °C oral o axilar o $> 38,3$ °C rectal durante más de 5 días
7. Hemorragia activa
8. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración
9. Alteración electrolítica/ácido-base grave (cualquiera de las siguientes):
 - $\text{Na}^+ < 123$ mEq/l o > 156 mEq/l
 - $\text{K}^+ < 2,5$ mEq/l o $> 5,6$ mEq/l
 - $\text{HCO}_3^- < 20$ mEq/l o > 36 mEq/l (a menos que esté alterado crónicamente)
 - pH arterial $< 7,30$ o $> 7,45$
10. Hematocrito $< 30\%$
11. Frecuencia del pulso mayor o menor de los siguientes rangos (óptimo, en pacientes < 12 años durmiendo):
 - 6-23 meses de edad: 80-200 ppm
 - 2-6 años: 70-200 ppm
 - 7-11 años: 60-180 ppm
 - ≥ 12 años: 50-140 ppm
12. Presión arterial fuera de los siguientes rangos:
 - 6-23 meses: sistólica 70-120 mmHg, diastólica 40-85 mmHg
 - 2-6 años: sistólica 75-125 mmHg, diastólica 40-90 mmHg
 - 7-11 años: sistólica 80-130 mmHg, diastólica 45-90 mmHg
 - ≥ 12 años: sistólica 90-200 mmHg, diastólica 60-120 mmHg
13. Necesidad de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio
14. Cualquiera de los siguientes problemas que no respondan al manejo ambulatorio (incluyendo la Sala de Urgencias): convulsiones, arritmia cardíaca, asma bronquial o *crup*, deshidratación, encopresis (para vaciamiento), otros problemas fisiológicos
15. Problemas pediátricos específicos:
 - Abuso de menores
 - No cumplimiento con el régimen terapéutico necesario
 - Observación especial, o seguimiento estrecho del comportamiento, incluyendo ingesta calórica en casos de desmedro

Criterios referentes a los servicios clínicos prestados:

16. Cirugía o procedimiento programado en las próximas 24 h que requiera anestesia general o regional o equipamiento o procedimientos o instalaciones disponibles sólo a nivel hospitalario
17. Tratamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos
18. Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 h
19. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (no se incluye nutrición enteral)
20. Agentes quimioterápicos que requieran observación continua por posible reacción tóxica de riesgo vital
21. Antibióticos intramusculares al menos cada 8 h
22. Respirador continuo o intermitente (al menos cada 8 h); incluye fisioterapia respiratoria

Causas de ingreso inadecuado

1. Todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo
2. Paciente ingresado para la prueba diagnóstica o tratamiento porque vive demasiado lejos del hospital para que se realicen ambulatoriamente
3. Paciente ingresado para la prueba diagnóstica o tratamiento porque no era posible su programación como paciente externo (aunque el procedimiento podía haber sido realizado a ese nivel)
4. Paciente que requiere cuidados institucionales, pero de un nivel menor (sin especificar) que el proporcionado por los hospitales de agudos
5. Paciente que requiere cuidados típicos de un hospital de enfermos crónicos
6. Paciente que requiere cuidados típicos de una residencia asistida (con enfermería especializada)
7. Paciente que requiere cuidados típicos de una residencia de cuidados mínimos (con enfermería no especializada)
8. Admisión prematura respecto al procedimiento programado
9. Otros, especificar

6. Gómez Llorente JL, Bonillo Perales A, González-Ripoll Garzón M, Jiménez Liria R, Aguirre Rodríguez FJ, López Muñoz J. Utilidad del *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol* para detectar deficiencias de circuitos asistenciales hospitalarios. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:228-35.
7. Saleta JL, Rodríguez A, Aboal A. Versión pediátrica del Protocolo de Evaluación de la Hospitalización: Aplicación a los cuatro grupos diagnósticos relacionados más frecuentes en un hospital infantil de La Coruña. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:249-55.