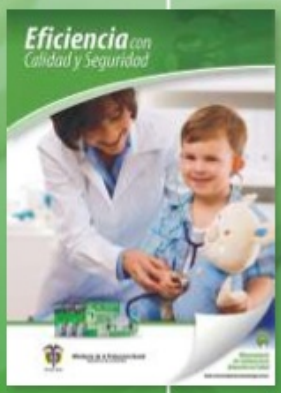
Eficiencia con Calidad y Seguridad PARA EL PACIENTE

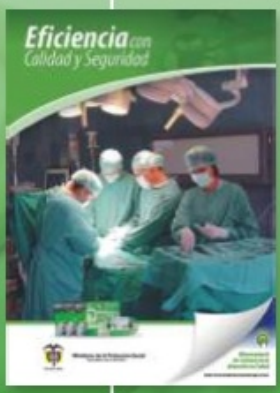
Métodos de Revisión de la Utilización

1 Habilitación

2 Auditoría



3 Acreditación



4 Sistema de Información para la Calidad

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

SOGC
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

EFICIENCIA CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

- Los Métodos de Revisión de la Utilización
- Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU)
- Monitoria de Evaluación del Desempeño en la Consulta Médica Ambulatoria (MED)
- Relato Experiencia de Mejoramiento

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Métodos de Revisión de la Utilización

Autor: Ministerio de la Protección Social

Elaboro: Francisco Raul retrepo
Consultor de la Dirección General de Calidad

Revisión y Ajuste: Maritza Roa Gomez
Coordinadora Grupo de Calidad

Nombre Editorial:

RESERVA DEL DERECHO DE AUTOR

© MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se
Mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.

Contrato de Prestación de Servicios No. 322 de 2009 Seminarios Andinos
Supervisor: Carmenza Perilla Enciso.

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 7
PROTOCOLO DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA (PRU)..... 9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 9
La utilización inadecuada de los recursos..... 9
Resultados Esperados..... 9
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN..... 10
Acerca del Instrumento..... 10
VERSIONES..... 10
Modalidades de Aplicación..... 11
Acerca de los evaluadores..... 11
Alcance de la Evaluación con el PRU (AEP)..... 12
Evaluación de la utilización de los ingresos y las estancias..... 12
APLICACIÓN DE CRITERIOS..... 13
Criterios Adultos Médico – Quirúrgicos..... 14
CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: ADULTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS-INGRESO..... 14
CRITERIOS DE UTILIZACIÓN ADULTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS-ESTANCIA..... 16
Criterios PRU Pediátrico..... 21
Criterios de estancia del PRU pediátrico,..... 21
CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: PEDIÁTRICOS – INGRESO..... 21
DETERMINACIÓN DE ADECUACIÓN..... 36
ASIGNACIÓN DE CAUSAS DE INADECUACIÓN..... 37
CAUSAS DE INADECUACIÓN..... 38
Ingreso Inadecuado..... 38
Estancia Inadecuada..... 39
RECOMENDACIONES PARA LA HOJA DE RECOGIDA "RECOLECCIÓN" DE DATOS..... 40
MONITORIA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MEDICO EN LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA (MED)..... 42
PROBLEMA..... 42
RESULTADOS ESPERADOS..... 43
METODOLOGÍA..... 43
VALIDACIÓN DE LA METODOLOGÍA..... 43
MODALIDADES DE APLICACIÓN..... 44
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS..... 44
DEFINICIÓN DE CRITERIOS..... 44
EN RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO CLÍNICO..... 44
PROPÓSITO DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA..... 45
FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN..... 45
MATRIZ DE ANÁLISIS..... 46
EN RELACIÓN CON EL MÉDICO ANALISTA "MEDICO AUDITOR"..... 47
EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA CLÍNICA..... 47
SELECCIÓN DE LA MUESTRA..... 47
La fuente de la Información..... 47
Período de Análisis..... 47
Tamaño muestral sugerido..... 48
EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA..... 48

CAUSAS DE INADECUACIÓN..... 51
EXPERIENCIA DE MEJORAMIENTO..... 62
BIBLIOGRAFÍA..... 65

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para implementación de la Política de Seguridad del Paciente", igualmente expidió el Decreto 4747 de 2007, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" establece de manera explicita que "los servicios que se contraten deben garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador" y su Resolución Reglamentaria 3047 de 2007, reglamenta en su anexo técnico N° 6 el "Manual único de glosas, devoluciones y respuestas", todo lo cual busca garantizar que la atención se de con eficiencia y con calidad, ejes de la política de prestación de servicios.

La mencionada Resolución 3047 de 2008, Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, establece como categoría 6 de las causas de glosas, la "Pertinencia", definiendo a estas como "todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica". La revisión de utilización, puede ser definida como *"la revisión de la historia clínica de los pacientes, aplicando criterios explícitos o juicios expertos, con el objetivo de evaluar la eficiencia del proceso, la pertinencia en la indicación de los procedimientos médicos o quirúrgicos, el nivel asistencial, la frecuencia de la atención y la programación de la asistencia prestada"*[1,2] y sus resultados esperados apuntan directamente hacia la mejora de la eficiencia clínica y a la contención de costos de no-calidad

Cuando durante el proceso de auditoría de la atención brindada, se utilizan criterios implícitos no basados en la evidencia por parte del auditor, puede llegarse desincentivar la utilización de los servicios adecuados o incluso a incentivar la subutilización de los servicios requeridos para brindar una atención adecuada, pudiendo incluso someter a riesgos innecesarios al paciente y amenazando su seguridad, tal como lo demostró el estudio de McGlynn[3,4] y colaboradores para la experiencia norteamericana.

El propósito de esta publicación es difundir entre las instituciones metodologías que permiten evaluar la eficiencia de la utilización de los recursos, incentivar acciones de mejoramiento en ese sentido, pero siempre garantizando la seguridad del paciente y prevenir la aplicación de glosas de manera indiscriminada sin sustento en criterios explícitos y basados en la evidencia científica.

No olvidar finalmente, que el propósito de la gestión de la calidad es el mejoramiento de la calidad y nunca la simple evaluación, y que los insumos generados por estos instrumentos deben convertirse en acciones reales que impacten de manera efectiva en la mejora de la calidad del paciente / cliente, en la mejora de la eficiencia clínica y en la contención de costos de no calidad: Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente

Marcela Giraldo Suárez
Directora General de Calidad de Servicios
Ministerio de la Protección Social

LOS MÉTODOS DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Los problemas de calidad asociados a las fallas en la eficiencia con la cual se utilizan los servicios son importantes: por ejemplo al evaluar la adecuación de la solicitud de Angiografía coronaria y revascularización en 831 pacientes de un hospital al sur de Suiza, se encontró que de los pacientes referidos para angiografía coronaria, en el 89% esta fue adecuada, en el 9% incierto y el 2% inadecuadas, evaluaciones hechas en nuestro país muestran resultados de inadecuación similares, en especial asociados a variaciones regionales y al impacto de las demoras en los trámites de autorización.

En cualquier sociedad, los recursos para la atención en salud son limitados y es necesario adoptar mecanismos para prestar servicios de calidad, con la óptima utilización de los recursos existentes (eficiencia). Los métodos de revisión de la utilización (utilization review) ofrecen una excelente alternativa de armonizar ambos aspectos de la calidad: permiten contener los costos derivados del desperdicio de recurso en atenciones ineficientes o inefectivas, pero defendiendo simultáneamente la integridad y los resultados clínicos con centro en el paciente/cliente.

En nuestra propia realidad latinoamericana y nacional, tanto los resultados del estudio pionero "Uso de la Cama Hospitalaria", como el Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU)[1], y los hallazgos de la Monitoría del Paciente Consultador Crónico, las cuales son experiencias nacionales metodológicamente comparables con los estudios publicados internacionalmente, desarrolladas en escalas ampliamente representativas de la realidad colombiana[2], han encontrado que tanto la utilización de la estancia hospitalaria como la de las ayudas diagnósticas, constituyen un elemento clave para de la gestión de calidad si se pretende ofrecer servicios con calidad y con bajo nivel de desperdicio de recurso.

En el presente documento, se recogen a manera de ejemplo dos metodologías ya aplicadas en Colombia con resultados positivos y que pueden ayudar a los auditores a desarrollar su proceso basados en criterios explícitos dirigidos a mejorar la eficiencia de la utilización de recursos sin menoscabo de la calidad de los servicios.

- El primer instrumento es el Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU), el cual es una versión colombiana de la metodología conocida como Appropriateness Evaluation Protocol, diseñado por el doctor Joseph D. Restuccia, instrumento ampliamente conocido, actualizado, aplicado y validado a nivel internacional. La metodología acá presentada fue elaborada tomando como referencia la versión publicada traducida al español por la doctora Susana Lorenzo Martínez, miembro destacado de la Sociedad Española de Calidad Asistencial por la Fundación Avedis Donabedian del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), se trata de un desarrollo específico y particular para nuestras condiciones específicas nacionales, que conserva los criterios del instrumento original. Se ilustra con el relato de una experiencia de mejoramiento.

- El segundo instrumento es la Metodología de Evaluación del desempeño médico, la cual recogiendo los principios de la revisión de la Utilización, y la experiencia de la metodología denominada "Monitoría del Paciente consultador crónico", permite evaluar el desempeño en la consulta médica ambulatoria.

Estas no son las únicas metodologías aplicables para mejorar la utilización de los recursos manteniendo o incrementando la calidad de los servicios, las instituciones que utilizan métodos de clasificación de diagnósticos de pacientes igualmente pueden utilizar técnicas de evaluación de la utilización de los recursos en grupos homogéneamente seleccionados de pacientes de acuerdo a su diagnostico o procedimiento recibido (case mix). Lo importante es que la aplicación del concepto de "pertinencia" se base en la aplicación de criterios explícitos y basados en la evidencia, para lo cual estas y otras metodologías son altamente útiles.

[1] Metodología desarrollada en los años 80s por los Drs German y Restuccia, y aplicada en Colombia desde esa época en instituciones prestadoras y aseguradoras del país. Resultados de la experiencia colombiana fueron presentados en 17 Conferencia de la International Society for Quality in Healthcare, Buenos Aires, 2001

[2] Las conclusiones del programa "Consultador Crónico", por ejemplo, se basan en el análisis de cerca de un millón de consultas médicas generales en 178 centros de atención en todo el país, y fue presentada en la 18 Conferencia de la International Society for Quality in Healthcare, Dublin, 2000.

PROTOCOLO DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA (PRU)[3]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La utilización inadecuada de los recursos

La utilización inadecuada de los recursos hospitalarios es una de las fuentes más importantes de incremento de los costos en la atención.

El concepto de utilización inadecuada implica diversas variantes de la utilización de servicios que no aportan ningún beneficio a los pacientes, aunque no necesariamente resulten perjudiciales. En la terminología de Avedis Donabedian se consideran una ***reserva latente,*** la cual al ser liberada permite concentrar los recursos en áreas más vitales o productivas. La inadecuada utilización de los servicios constituye una falla en la calidad de la prestación, específicamente en lo relacionado con la eficiencia, en este caso clínica

La reducción del componente inapropiado de la atención es una de las estrategias con las cuales el sistema de calidad puede contribuir a la contención de costos, actuando sobre los servicios innecesarios (o incluso perjudiciales) para el paciente sin afectar la provisión de servicios que se le ofrece, y por el contrario mejorando la calidad de la atención al disminuir tiempos de espera, provisión de servicios innecesarios y/o potencialmente incrementadotes de riesgo.

El objetivo de la aplicación de esta metodología no esta cumplido al terminar la evaluación sino cuando se haya impactado la utilización inadecuada.

Resultados Esperados

El objetivo del "Protocolo de Revisión de la Utilización de las Estancias e Ingresos Hospitalarios" (PRU), es identificar y reducir el uso inadecuado de la estancia hospitalaria; ha sido desarrollado para obtener un sistema de revisión eficiente, que pueda ser utilizado para determinar si un ingreso y/o un día de estancia es médicamente necesario. Responde a las preguntas de si el paciente requiere el ingreso como paciente agudo en un centro hospitalario y si los servicios que recibe, durante cada uno de los días de estancia en el mismo, le son prestados de forma oportuna en el tiempo. La metodología no entra a considerar si los servicios solicitados son de hecho necesarios.
Es un instrumento que se ha demostrado muy útil en diferentes contextos:

- Para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio[4] se ha demostrado como una importante herramienta de control de costos de no calidad, ya que uno de las fuentes que se han identificado de este tipo de costos son los pagos realizados por estancias inadecuadamente utilizadas, y de otro lado, es un muy buen mecanismo para desarrollar la ***auditoría externa*** a que hace referencia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- Para las IPSs es una buena herramienta para mejorar sus ingresos pues al mejorar la utilización de las estancias que vende a los aseguradores cambia estancias inactivas "baratas" (las que solo generan gastos de hotelería), por estancias de mayor valor en las cuales se producen servicios que benefician al paciente y generan ingresos a la institución

[3] Adaptado por Francisco Raúl Restrepo P. de la Versión Española Fundación Avedis Donabedian del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)
[4] Aseguradores: EPSs, ARSs, Empresas de Medicina Prepagada

- Para los profesionales, pues al basarse el análisis de la utilización en criterios explícitos clínicos y científicamente basados son un excelente mecanismo para desarrollar la ***auditoría interna*** a que hace referencia la Caja de Herramientas de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, generando discusiones y análisis clínicos que conducen a la mejora de la práctica profesional.

Tampoco entra a considerar de qué área administrativa o funcional o grupo profesional pueda ser la responsabilidad, situación que puede ser identificada luego de realizar un análisis de la ruta causal, lo cual a su vez debe dar lugar a los procesos de mejoramiento necesarios para impactar la raíz del problema.

Si su aplicación es efectiva y la evaluación se acompaña de las acciones de mejoramiento necesarias, la metodología debe impactar en la disminución de la proporción de estancias inactivas, en la liberación de la mencionada "reserva latente" y en la mejora de la calidad de la atención al paciente hospitalizado.

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Acerca del Instrumento

Los criterios utilizados en el PRU son iguales a la versión española del "Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)" con algunas diferencias de terminología y la introducción de algunas expresiones muy particulares de los procesos de nuestro sistema de prestación de servicios tales como "hospitalización domiciliaria", etc. (traducción de la Fundación Avedis Donabedian), pero el instructivo incluyendo las modalidades de aplicación ha sido modificado procurando compatibilizar el acuerdo con los principios metodológicos de la versión internacional y la implementación en las condiciones específicas del país en general y las particularidades del léxico técnico utilizado en nuestro contexto latinoamericano y nacional. Igualmente difiere del instrumento internacional en el orden de algunas secciones y en la introducción de consideraciones particulares derivadas de nuestra experiencia nacional en la aplicación del instrumento.

El AEP es uno de los instrumentos mas validados en el mundo para evaluar la utilización inadecuada de la estancia hospitalaria, y está ampliamente difundido en el mundo, existiendo versiones en diferentes países, lo cual le genera una ventaja adicional de la aplicación del Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU): la comparabilidad de los resultados obtenidos con los de otras experiencias internacionales, por lo cual no se recomienda modificar los criterios del instrumento sin un previo análisis de la medida en la cual pueda impactar en la mencionada comparabilidad.

El protocolo está diseñado para ayudar a identificar no sólo casos individuales de cuidados inadecuados o ineficientes, sino problemas del sistema que perpetúan las ineficiencias. Debemos ser coherentes, con los planteamientos de la mejora de la calidad, centrados en el cliente como la razón de ser de la mejora de la calidad. Es pues, esencial que la aplicación del Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU), nos permita conocer las causas de los problemas que perpetúan la inadecuación de la utilización de los recursos, avanzando mas allá de las causas esporádicas de variación hasta las causas comunes logrando detectar los procesos que están fallando e incrementando costos y deteriorando la atención al paciente. La detección, análisis y corrección de estas fallas es de gran utilidad tanto para el prestador como para el asegurador como herramienta de mejoramiento continuo.

VERSIONES

Existen varias versiones del protocolo de Revisión de la Utilización (PRU) para distintos grupos de pacientes:

- ***Adultos Médico-quirúrgico***

  Versión aplicable a pacientes adultos de Clínicas Médicas, Clínicas Quirúrgicas y en la caso de Clínicas Gineco Obstétricas solamente en la especialidad de ginecología.

- ***Pediátrico***

  Se aplica a pacientes pediátricos a partir de 6 meses de edad.

- ***Cirugía Ambulatoria***[5]

  Se aplica a pacientes citados para ingreso quirúrgico, con el fin de determinar la adecuación del lugar (ingreso versus paciente ambulatorio) y la oportunidad (necesidad de días preoperatorios) del procedimiento. En esta versión únicamente se aplican criterios de ingreso.

Modalidades de Aplicación

En la versión internacional del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) se consideran tres modalidades de aplicación: retrospectiva, prospectiva y concurrente. En la implementación de esta metodología en este manual, solamente se considerará la modalidad concurrente, la cual se ha mostrado como la más costo-efectiva aun cuando demanda una mayor proporción de costos de evaluación

Esta modalidad es útil para identificar ingresos y días de estancia inadecuados, para la posterior revisión individualizada de los mismos por el médico responsable y/o por el evaluador médico.

La historia clínica constituye la fuente de información principal para la monitorización concurrente, aunque no toda la información está contenida en la historia clínica, ya que algunas de las hojas – balance hidroelectrolítico, por ejemplo - pueden permanecer en la habitación del paciente **y** puede resultar necesario que el evaluador acuda a la misma para proceder a su evaluación. Si precisa mas datos que los contenidos en la historia clínica hable con el médico, la enfermera o la secretaria de la unidad. (Tenga cuidado al utilizar la información obtenida verbalmente y, cuando sea posible, solicite que escriban una nota confirmando la situación).

Se evaluará la totalidad de pacientes hospitalizados en el servicio en el día de la evaluación, analizando tanto la adecuación de la utilización del día de estancia en el cual se realiza el estudio, como el día de ingreso, si el paciente hubiere sido admitido en un día diferente.

Una situación particular se presenta cuando la evaluación se realiza en las primeras horas de la mañana, cuando la ronda (o revista) aún no ha concluido y por lo tanto no está aún disponible la información del día, en este caso se puede tomar como día de estancia el día inmediatamente anterior. De manera análoga en el caso de la evaluación del día de ingreso, cuando el paciente ha ingresado a la institución por el servicio de urgencias, se tomará como día del ingreso aquel en el cual llega al servicio de internación.

Acerca de los evaluadores

Esta metodología, tan sólo constituye un instrumento de tamizaje, no es el juez definitivo sobre lo que resulta o no adecuado, por lo cual en su aplicación en el contexto del Sistema de Calidad siempre deberá estar bajo la responsabilidad de un profesional médico que haya sido previamente entrenado. Sin embargo su aplicación no es exclusiva de profesionales médicos: profesionales de enfermería con buen entrenamiento pueden aplicarla, siempre y cuando estén bajo la responsabilidad y supervisión de un profesional médico de consulta.

Es importante que el evaluador tenga bases y una orientación adecuada sobre el mejoramiento continuo, tenga clara la diferenciación de éste, con los enfoques tradicionales de garantía y otros, pues de no ser así, la distorsión de esta orientación impedirá la obtención de los resultados deseados.

Recomendable: "El proceso de certificación como experto en AEP implicaría la periódica evaluación de una muestra suficiente de la utilización de criterios extraordinarios por parte del revisor (por lo menos anualmente), lo que equivaldría a un estudio formal de validez predictiva de la utilización de criterios extraordinarios por parte del revisor"

[5] Denominada "cirugía electiva" en la versión española

Alcance de la Evaluación con el PRU (AEP)

Consecuentemente con el carácter de instrumento de tamizaje diseñado para mejorar la calidad a través de la identificación de la utilización inadecuada, la evaluación resultante de la aplicación del instrumento le permite al auditor concluir con gran precisión y confiabilidad acerca del nivel de adecuación de la utilización en relación con la población analizada, pero debe tenerse en cuenta que:

- No se trata de un instrumento diseñado para glosar cuentas médicas individuales, pero si puede ayudar al auditor a tomar decisiones basadas en criterios explícitos y no subjetivos, y su utilización en este sentido puede generar riesgos legales para el auditor de cuentas y la institución
- La decisión de dar de alta al paciente corresponde exclusivamente al médico tratante, luego de analizar la pertinencia las conclusiones de la evaluación hechas por el auditor y correlacionarla con la evidencia científica y su juicio clínico.
- Nuestra norma es muy clara en relación con las responsabilidades derivadas de la incorrecta aplicación de las metodologías de auditoría: "Tanto la organización como la auditoría, tendrán en cuenta que las actividades se desarrollarán de manera responsable y teniendo como primer criterio la seguridad del paciente, y en ningún momento criterios relacionados con la contención de costos a expensas de la prestación de servicios necesarios y adecuadamente utilizados; por lo cual si se diere tal situación durante el desarrollo de las acciones de auditoría, y como consecuencia de decisiones del líder o del equipo de auditoría el paciente sufriere algún daño en su vida o su integridad, el hecho de estar desarrollando este tipo de actividades, no exime al líder de auditoría y al equipo o a la organización de las responsabilidades legales a que se diere lugar.

Evaluación de la utilización de los ingresos y las estancias

Estrategia de la Aplicación del instrumento

El análisis de la utilización de la cama hospitalaria se hace en tres pasos así:

1. Identificación de la razón por la cual la cama hospitalaria está siendo utilizada, lo cual se hace mediante la aplicación de los criterios de utilización
2. Búsqueda de la posible existencia de excepciones a la regla, lo cual se hace mediante la utilización de criterios extraordinarios. En nuestra experiencia personal, la utilización de criterios extraordinarios no debe superar el 3-5% de los casos, dado que el AEP es un instrumento con una confiabilidad de alrededor del 95%
3. Identificación de la causa de inadecuación, cuando se ha concluido en los dos pasos anteriores que no existe una razón que justifique la utilización de la estancia hospitalaria.

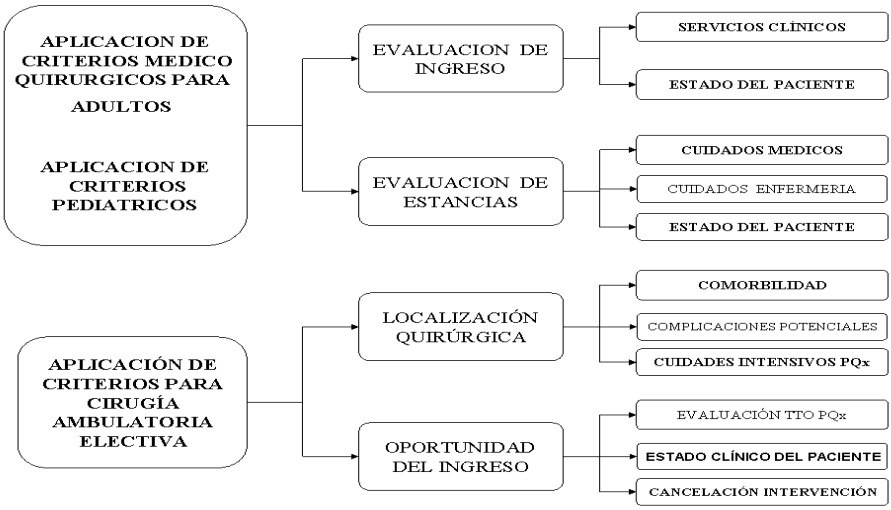
Este procedimiento está esquematizado en el Gráfico 2: Determinación de la Adecuación

Aplicación de los criterios de utilización

Es esencial la comprensión de los criterios previa al proceso de revisión. El adecuado conocimiento del contenido de los criterios mejorará la validez de sus decisiones aumentando la consistencia entre revisores.

En la definición de los criterios no se mencionan diagnósticos específicos, debido a que las razones que condicionan la hospitalización de un paciente están en función de su estado general, así como de las características de las pruebas a las que se le vaya sometiendo y no del diagnóstico de su enfermedad.

Gráfico 1: Criterios que deben utilizarse según tipo de PRU (AEP)



Una vez que los evaluadores se hayan familiarizado con los criterios, el primer paso para utilizar el PRU es leer la historia clínica para valorar si se cumple alguno de los criterios. Si está evaluando el ingreso del paciente, utilice la lista de criterios correspondiente a ingresos, mientras que si evalúa alguno de los días de estancia subsiguientes, debe utilizar los criterios de estancia. Cuando aplique los criterios relativos al ingreso del paciente, debe considerar todos los factores implicados: hallazgos en consulta y/o sala de urgencias, contenido de la historia clínica inicial, exploración, peticiones del médico y notas de enfermería. En cuanto a los días de estancia, se define cada día de acuerdo con el calendario: las 24 horas comprendidas entre medianoche y la del día siguiente. No se considera el día de alta como un día de estancia y, por tanto, no debe evaluarse utilizando los criterios del PRU.

Sólo precisa cumplir un criterio para que se considere la hospitalización como adecuada. Por tanto, un caso en el que el ingreso cumpla bien un criterio de cualquiera de los dos grupos: "Situación Clínica del Paciente" o " "Servicios Clínicos" se considera como adecuado; y el cumplimiento de cualquiera de los criterios de: "Servicios Médicos", "Cuidados de Enfermería" o "Situación Clínica del Paciente" durante cada uno de los días de estancia del paciente, nos permite considerarlo como de estancia adecuada.

El evaluador debe ser cuidadoso durante la revisión de la información, sobre todo si sospecha que el paciente requiere hospitalización y en una revisión inicial no encuentra que satisfaga ningún criterio.

APLICACIÓN DE CRITERIOS

Los criterios están clasificados en diferentes secciones y ellas a su vez, en grupos, relacionados con el estado del paciente, los servicios médicos, los cuidados médicos y de enfermería.

Criterios Adultos Médico - Quirúrgicos

Criterios de ingreso del PRU para adultos médico-quirúrgico:

Constituyen una sección que está diseñada para facilitar la comprensión de los criterios. Los de admisión de adultos están divididos en dos grupos: Situación Clínica y Servicios Clínicos del Paciente. Al aplicarlos, tenga cuidado de distinguir entre los signos y síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica (ver criterios 13 y 14).

La sección sobre el estado del paciente contiene una lista de aspectos fisiológicos y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar que el paciente sea ingresado en un hospital de agudos. Los criterios del grupo de Servicios Clínicos representan tratamientos de los que sólo se dispone en un hospital de agudos. Recuerde que los criterios de selección son genéricos, más que específicos por diagnósticos.

Criterios de estancia del PRU para adultos médico-quirúrgico:

La sección de Servicios Médicos contiene una lista de los principales servicios a disposición del paciente a su ingreso en un hospital de agudos. Estos procedimientos justifican la estancia, independientemente de que estén o no relacionados con el diagnóstico principal. Si considera que un procedimiento podría haber sido realizado de forma ambulatoria, utilice criterios extraordinarios y explique la razón.

La sección Cuidados de Enfermería incluye una relación de cuidados de enfermería, cuya provisión justificaría la estancia del paciente en el hospital. En esta sección, es de particular importancia requerir documentación sobre todos los criterios. Si se debe dar un servicio al menos tres veces diarias para que se cumpla el criterio, entonces deberá estar documentado al menos tres veces durante el día revisado.

En la sección de Situación Clínica del Paciente, a veces, un paciente que precisa hospitalización no cumple ninguno de los criterios de los apartados anteriores. En ese caso, suele ser el estado del paciente el que justifica su estancia en el hospital. Esta sección incluye ocho criterios que indican inestabilidad médica que precisa estancia hospitalaria. Por favor, recuerde los periodos de tiempo en cada caso. El criterio 34 debe cumplirse durante las 24 horas previas y los criterios 35-40 consideran entidades durante las últimas 48 h.

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: ADULTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS-INGRESO

Cuadro 1: Servicios Clínicos

CÓDIGO	CRITERIO
1	**Procedimiento que requiere anestesia general/regional o recursos posibles tan solo para pacientes ingresados** Lo habitual es que la intervención se lleve a cabo en el día del ingreso por ello, se acepta un día de estancia preoperatorio, exceptuando ciertas consideraciones clínicas específicas (ver PRU Quirúrgico).
2	**Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas** En caso de ausencia de telemetría o de monitor cardíaco, los signos vitales mínimos son: presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Si la historia clínica no muestra esta información (notas de enfermería, hoja de signos vitales o historia de UCI) y sólo se encuentra la petición del médico, habrá que considerar la respuesta como negativa.

3	**Medicación intravenosa y/o reposición de líquidos (no se incluye nutrición enteral)** Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante el día del ingreso, pero no solamente se aplica a "Mantener vía iv permeable", sino que también se incluyen las substancias administradas a través de una vía heparinizada. Sin embargo, si considera que dichos fluidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma que el paciente no precisara permanecer ingresado (p.e.: paciente ambulatorio) y no se cumple ningún otro criterio, utilice criterios extraordinarios para indicar que el día es médicamente innecesario, o cuando pueda manejarse en casa mediante hospitalización domiciliaria.
4	**Observación de reacción secundaria no deseada a medicación** Este criterio se cumple sólo si la historia clínica documenta la posibilidad de una reacción que comprometería la vida y la necesidad de observación continuada. En caso de duda, considere que no se cumple el criterio, haga una lista de agentes en su hoja de recogida de datos y refiéralo al revisor médico.
5	**Antibioticoterapia intramuscular tres o más veces al día.** No debería preocuparnos el número de horas que el paciente ha permanecido en el hospital hasta que tuvo lugar el ingreso; algunos pacientes no habrán recibido su medicación en el momento en que se llevó a cabo la revisión (p.e.: el caso de un paciente ingresado a las 10:00 p.m.). Como mínimo, verifique que en la petición figure "administrar cada 8 h" y que se administró la dosis inicial. Si usted considera que los antibióticos podrían haber sido administrados por otra vía que hubiera hecho innecesaria la hospitalización, este constituye el único caso que califica el día como médicamente innecesario.
6	**Utilización intermitente (al menos cada 8 h.) o continua de respirador** Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el primer día. El uso intermitente de respiración con presión positiva, 0^2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces al día. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de 02 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.

Cuadro 2: Situación Clínica del Paciente

CÓDIGO	CRITERIO
7	**Anomalía electrolítica/ácido-base severa** Cualquiera de las posibilidades siguientes: Na' < 1 23 mEq/1 o > 15ó mEq/1, K' < 2,5 mEq/1 o > ó mEq/1, HCO3- < 20 mEq/1 o > 3ó mEq/1 y pH arterial < 7,3 o > 7,45. Asegúrese de descartar la situación de alteración crónica de la PCO^2, en caso de que sea ésta la única cifra normal (p. e.: paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
8	**Fiebre persistente mayor de 38°C durante más de 5 días** Como criterio de ingreso, este apartado suele aplicarse a pacientes transferidos al hospital desde otra unidad. Si se presentan dudas sobre el tiempo que el paciente ha permanecido afebril, considere que no se cumple el criterio, pero si piensa que existe información justificando este ingreso por "fiebre persistente" y no se cumplen otros criterios, utilice criterios extraordinarios e indique la razón en su hoja de recogida de datos.

9	**Dificultad para mover un miembro u otra parte del cuerpo durante las 48 h. previas al ingreso** En caso de ausencia de trauma, este apartado debería ser cumplimentado cuando la causa de la lesión fuera desconocida. Tanto para el criterio 13 como para el 14, si la situación comenzó antes de las 48 h. previas al ingreso o se desconoce la hora en que tuvo lugar, no se cumple el criterio. En caso de utilización de criterios extraordinarios, la historia clínica debería documentar la razón para el retraso en el ingreso. Un ejemplo sería un paciente viviendo solo, que fue encontrado en ese estado por un familiar u otra persona el día del ingreso. Si considera que existe otra información que justifica el empleo de criterios extraordinarios, asegúrese de documentar esta información en la hoja de recolección de datos.
10	**Pérdida de visión o audición durante las 48 h. previas al ingreso** Lo repentino de la pérdida debe ser valorado como responsable, en parte, de la razón del ingreso (p.e.: la mayoría de pacientes diabéticos pierden visión o agudeza visual en el curso de la enfermedad, pero la pérdida se produce gradualmente). En caso de ausencia de trauma, este apartado se aplicaría cuando la causa se desconoce.
11	**Sangrado activo** Este apartado es aplicable cuando la causa es desconocida y/o el intento de controlar el sangrado no ha sido efectivo (p.e.: paciente tratado en urgencias y posteriormente ingresado). Si existen dudas, considere que no se cumple el criterio. Los criterios extraordinarios pueden ser utilizados si éste es el único apartado que parece justificar el ingreso. Un ejemplo de este caso sería el de un paciente con hemorragia activa por varices esofágicas.
12	**Evisceración o dehiscencia de herida quirúrgica** Este criterio sólo se aplica a heridas quirúrgicas reparadas o no y a otras complicaciones de heridas quirúrgicas como hernia incisional (ver criterio 1 de Servicios Clínicos). No se aplica a heridas quirúrgicas que no cicatrizan o a entidades como la "no-consolidación" de fracturas.
13	**Frecuencia cardiaca anormal (<50 ppm o > 140 ppm)** Este criterio se cumple cuando el pulso se toma al menos dos veces con lecturas separadas como mínimo 5 minutos entre sí.
14	**Presión arterial anormal: sistó1ica < 90 o > 200 Mm. Hq y (o diastólica <60 o >120 Mm. Hg** Las presiones deben tomarse como mínimo dos veces, separadas entre si 5 minutos. Si a su juicio, la presión es normal para este paciente (por historia y/o por exploración física), considere la utilización de criterios extraordinarios. Por ejemplo: una paciente de 65 años, hipertensa, con antecedentes de TA 195/125 y una lectura actual de valores similares, es ingresada. Dicha paciente cumpliría técnicamente el criterio. Si este es el único criterio que se cumple para justificar el ingreso, la historia clínica debería documentar algún otro problema (que no quede cubierto en los apartados del protocolo) o deberíamos emplear criterios extraordinarios.
15	**Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta** Este criterio incluye un paciente encontrado en estado comatoso y del que se desconoce el momento en que se inició el cuadro. No se incluye ni la intoxicación etílica, el simple desvanecimiento, ni la demencia senil.
16	**Evidencia electrocardiográfica de isquemia coronaria aguda, con sospecha de infarto de miocardio reciente** Aunque la isquemia miocárdica podría ser falseada electrocardiográficamente, sólo se cumple este criterio cuando se considera el infarto de miocardio en curso. Una respuesta afirmativa en este apartado resultaría muy sospechosa en caso de respuesta afirmativa en el criterio 2 de la lista de servicios clínicos.

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN ADULTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS-ESTANCIA

Cuadro 3: Criterios de día de Estancia de Adultos- Servicios Médicos

CÓDIGO	CRITERIO
17	**Acto quirúrgico ese mismo día (p.e.: el día revisado)** Cualquier técnica realizada en un quirófano justifica este criterio. Si se efectúa uno de los procedimientos 3-6 (a continuación) en el quirófano, se cumple el criterio.
18	**Citación para procedimiento en quirófano el día siguiente, que requiera consulta preoperatorio extraordinaria o evaluación** Los pacientes ya hospitalizados deberían ser evaluados preoperatoriamente por los anestesiólogos, sin añadir días a su estancia hospitalaria. Sólo en el caso de un problema médico muy complejo se debería emplear un día extra para efectuar pruebas especiales o para evaluación por especialistas para cerciorarse de la idoneidad del procedimiento previsto.
19	**Cateterización cardíaca ese mismo día** Este criterio incluye tanto la visualización de las cámaras cardíacas mediante la inyección de material de contraste, como la toma de muestras de sangre y medida de presión en las cámaras cardíacas y/o arteria pulmonar. También se incluirá en este apartado cualquier cateterismo cardiovascular diagnóstico monitorizado.
20	**Angiografía ese mismo día** Este criterio incluye varios tipos de angiografía, la mayor parte arteriografías (sobre todo coronarias), así como venografías y linfangiografías.
21	**Biopsia de órgano interno ese mismo día** Las biopsias renal, hepática, pulmonar y cerebral son las más frecuentes, pero en este criterio también se incluyen las biopsias gastrointestinal, bronquial o de mucosa de vejiga, así como la biopsia de próstata con aguja.
22	**Procedimiento invasivo del sistema nervioso central (SNC) ese mismo día** Este criterio incluye procedimientos como punción lumbar, drenaje cisternal, drenaje ventricular, mielograma, etc. (Recuerde que son ejemplos, no categorías exhaustivas de procedimientos).
23	**Cualquier prueba que requiera control estricto de la dieta, por la duración de la misma** Suelen ser tests prolongados de la función metabólica, que generalmente implican la toma de muestras de sangre y orina en determinados momentos, como por ejemplo el caso de las pruebas para el diagnóstico del aldosteronismo.
24	**Tratamiento nuevo o experimental, que requiera frecuentes ajustes de la dosis bajo supervisión médica** Este criterio incluye cualquier situación en la que se requiera observación frecuente y ajuste de dosis. No es preciso que se trate de un fármaco o tratamiento experimental para el paciente, sino de dosis o vías de administración poco frecuentes de fármacos conocidos, nuevos usos de medicamentos o tratamientos experimentales.
25	**Situación que requiera monitorización por un médico al menos tres veces al día** Este criterio debe estar documentado por las notas del médico, indicando que se precisa la citada monitorización. En un hospital docente, las notas tomadas por los estudiantes equivalen a las del médico. Sin embargo, el paciente debe estar monitorizado por el médico al menos tres veces. Esto es, tres notas diferentes (cada una de ellas de un estudiante, residente o médico) discutiendo la misma situación no cumpliría el criterio.

26	**Procedimientos invasivos durante las últimas 24 horas** Si cualquier procedimiento en quirófano o alguno de los procedimientos contemplados en los criterios 1 y 3-6 de Cuidados Médicos ha tenido lugar durante las últimas 24 horas, se considerará ese día de estancia como adecuado. Los procedimientos suelen requerir un periodo de descanso en cama post-acto y observación, aunque la observación y registro de signos vitales puede resultar de magnitud suficiente como para satisfacer los criterios referentes a cuidados de enfermería.

Cuadro 4: Cuidados de Enfermería

CÓDIGO	CRITERIO
27	**Cuidados respiratorios-utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día.** Este criterio incluye la utilización de cualquier respirador de forma continuada durante alguna parte del día revisado. Si por ejemplo, un paciente fue desconectado de un MA1 en el día de la revisión, el paciente cumpliría el criterio. El uso intermitente de respiración con presión positiva, 0^2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de 0^2 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces al día, también cumple este criterio. Si este servicio puede darse en casa sin someter a riesgos al paciente mediante hospitalización domiciliaria, aplique criterio extraordinario
28	**Terapia parenteral-líquidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento** Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado. Las medicaciones intravenosas administradas a través de una vía heparinizada y las infusiones de quimioterapia también se incluyen, mientras que "mantener la vía iv permeable" no. Se debe prestar atención especial a la evaluación de los días que parecen sólo relacionados con el tratamiento del cáncer, teniendo en cuenta que éste podría realizarse ambulatoriamente. Un ejemplo seria si en la hoja de peticiones del médico apareciera "administrar en la madrugada cytoxan 500 mg iv, adriamiacina 50 mg iv, vincristina 2 mg iv, Dr. Pérez". Esta petición cumpliría el criterio, aunque se considera que esta situación podría ser tratada sin ingreso. Si usted considera que éste es el caso, puede utilizar criterios extraordinarios para justificarlo. Si este servicio puede darse en casa sin someter a riesgos al paciente, mediante hospitalización domiciliaria, aplique criterio extraordinario
29	**Monitorización continua de signos vitales, al menos cada treinta minutos, durante 4 h** Este criterio incluye paciente en monitorización cardíaca continua. No se considera incluida si el paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizados cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.
30	**Inyecciones intramusculares (im) o subcutáneas (sc) al menos dos veces al día (en dos momentos diferentes del día, no sólo dos inyecciones como en el caso de diversas medicaciones preoperatorias)** No se incluye la rutina de insulina, dado que ésta no justifica por si sola el ingreso en un hospital de agudos. Este criterio no aplica si el medicamento puede ser aplicado en casa a través del programa de hospitalización domiciliaria

31	**Control de balances** Es adecuado en pacientes que precisan restricción de infesta de líquidos y para aquellos en los que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja. Las medidas de balance están sujetas a error, como las de peso, y ninguna obvia la necesidad de examen clínico para detectar estertores, ascitis, edema o mala perfusión tisular. A continuación, se incluye una serie de entidades en las que esta indicado el control del balance hídrico: a. Uremia de cualquier causa. b. Obstrucción del tracto urinario a cualquier nivel. c. Trauma renal. d. Shock de cualquier tipo (PA sistó1ica < 90 Mm. Hg. o PA diastó1ica < 60 Mm. Hg.). e. Sospecha o hallazgo de deficiencias del flujo de la arteria renal, incluyendo aneurisma de aorta disecado que afecte a los ostium de las arterias renales. f. Fallo hepático con ascitis. g. insuficiencia cardíaca congestiva. h. Infarto agudo de miocardio. i. Quemaduras mayores. j. Golpe de calor. k. Hipotermia severa. l. Acidosis diabética. m. Deshidratación. n. Envenenamiento de diversos tipos. o. Problemas del sistema nervioso central que pueden afectar a la pituitaria (incluyendo diabetes insípida, traumatismos craneales, tumores, etc.). Todas estas entidades reflejan el deterioro agudo o progresivo en función de los sistemas de regulación de líquidos. Una vez que ha quedado claro que la situación clínica se ha estabilizado o que ha mejorado lo suficiente, no es adecuado al no ser necesario el control de balances. Tampoco se debe iniciar en pacientes cuyo problema de balance hídrico no sea ni agudo ni severo: el fallo cardíaco congestivo leve o azoemia pueden tratarse sin control hídrico.
32	**Cuidado de herida quirúrgica y de drenajes** Este criterio incluye a aquellos pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado que ha tenido lugar, bien en las notas del médico o en las de enfermería. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumpliría el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomía crónicas, así como la implantación de catéteres de foley, no satisfacen el criterio, pero podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción. Si este procedimiento puede hacerse en casa sin someter a riesgos al paciente mediante programa de hospitalización domiciliaria, aplique criterio extraordinario
33	**Monitorización cercana por una enfermera al menos tres veces al día, por orden de un médico** Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por cualquier profesional clínico no médico (enfermera, fisioterapeuta, etc.). Deben constatarse, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico, y los resultados de las mismas deben incluir algo más que los signos vitales. Un ejemplo sería la observación de los signos neurológicos en un paciente con pérdida de conciencia reciente.

Cuadro 5: Situación Clínica del Paciente

CÓDIGO	CRITERIO
34	**Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal (durante las últimas 24 h) no atribuible a ningún trastorno neurológico** Este criterio suele considerar problemas postoperatorios. No se incluye la implantación de catéteres crónicos.
35	**Transfusión debida a pérdida de sangre** Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independientemente de la pérdida sanguínea. Sin embargo, si ésta es crónica, requiere transfusiones intermitentes rutinarias (anemias aplásicas, por ej.) y no suelen precisar hospitalización, se utilizarían criterios extraordinarios para justificar el ingreso. Cualquier otra causa de pérdida sanguínea no estaría justificada.
36	**Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, como aparece en la hoja de evolución o en el informe electrocardiográfico** Cualquier fibrilación ventricular cumple este criterio, al igual que el infarto agudo de miocardio, aunque la isquemia miocárdica puede ser mimetizada electrocardiográficamente por diversas entidades como la hipertrofia ventricular izquierda y diversas alteraciones del balance hidroelectrolítico. Se cumplirá este criterio siempre que el diagnóstico de isquemia se considere como clínicamente activo, incluso cuando los cambios electrocardiográficos se consideren debidos a otras causas.
37	**Fiebre de al menos 38'C si el paciente fue ingresado por otra razón diferente de la fiebre** También se cumple este criterio si el paciente fue ingresado con fiebre que remitió, con o sin tratamiento, y recurrió posteriormente.
38	**Coma-falta de respuesta durante al menos 1 h** Este criterio lo cumple cualquier entidad que produzca pérdida de conciencia que no sea consecuencia de la aplicación de anestesia general.
39	**Estado confusional agudo, no debido a abstinencia alcohólica** Sólo cumplen este criterio los pacientes con episodios transitorios de confusión, como contusión cerebral, pero no el síncope simple. Las pérdidas de conciencia leves de la demencia crónica no cumplen los criterios, a menos que los síntomas representen un nuevo patrón para el paciente (desarrollo de alucinaciones, por ejemplo).
40	**Trastornos hematológicos agudos, neutropenia significativa, anemia, trombocitopenia, leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis, síntomas o signos guía** Este criterio sólo se cumple si hay signos (por ejemplo equimosis o sangrado) o síntomas (por ejemplo trombos vasculares) de uno de los trastornos hematológicos agudos. Los recuentos altos o bajos de los constituyentes sanguíneos no requieren necesariamente hospitalización aguda o tratamiento.
41	**Dificultades neurológicas agudas progresivas** Este criterio incluye sincope en evolución por cualquier causa, así como la aparición de cuadros clínicos como el Guilliam-Barré. Excluye desvanecimientos leves intermitentes de enfermedades crónicas, como la Esclerosis Múltiple.

Criterios PRU Pediátrico

Criterios de ingreso del PRU para el PRU Pediátrico

Como en la versión médico-quirúrgica de adultos, existen dos grupos de criterios de ingreso pediátrico: Situación Clínica del Paciente y Servicios Clínicos. Al utilizar estos apartados, tenga cuidado al distinguir entre los signos y los síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica (ver ítems 51 **y**52**).** La sección referente al Estado del Paciente contiene una lista de situaciones fisiológicas y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar el ingreso del paciente en un hospital de agudos. Los criterios del apartado de Servicios Clínicos representan tratamientos que sólo suelen estar disponibles en un hospital de agudos. Recuerde que los criterios de tamizaje son genéricos, más que específicos por diagnóstico.

En relación con los criterios de ingreso es importante considerar que a menudo, el niño es ingresado porque se sospecha o prevé una de dichas situaciones, que no está necesariamente documentada. El ingreso realmente tiene lugar por custodia protectora, mientras se observa al niño y se provee la nutrición y el tratamiento adecuados. Un ejemplo de un problema con este criterio sería la observación cuidadosa de signos de encefalopatía que se desarrollaría durante el inicio de terapia quelante con EDT (Edante) por envenenamiento con plomo, así como la rigurosa recolección de orina para medir la excreción urinaria. Esto también incluirá situaciones en las que un niño con defectos congénitos o alguna enfermedad subyacente (p.e.: diabetes mellitus) es ingresado por algún cuadro clínico que, añadido a la situación crónica del niño, se considera que representa un riesgo especial. Asegúrese de indicar los factores subyacentes como diagnósticos activos, aunque secundarios, en su hoja de recolección de datos.

Criterios de estancia del PRU pediátrico,

La sección de Servicios Médicos contiene una lista de los principales servicios al ingreso del paciente en un hospital de agudos. Estos procedimientos justifican la de la estancia hospitalaria, independientemente de su relación con el diagnóstico principal. Si considera que un procedimiento podría haber sido realizado de forma ambulatoria, utilice criterios extraordinarios y explique la razón.

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

En la sección de situación clínica del paciente, a veces, un paciente que precisa hospitalización no cumple ninguno de los criterios de los apartados anteriores. En ese caso, suele ser el estado del paciente el que justifica su estancia en el hospital. Esta sección incluye ocho criterios que se relacionan con factores que justifican una estancia hospitalaria. Por favor, recuerde los periodos de tiempo en cada caso. El criterio 82 debe cumplirse durante las 24 horas previas y los criterios 83-89 consideran cuadros clínicos durante las últimas 48 h.

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: PEDIÁTRICOS – INGRESO

Cuadro 6: Servicios Clínicos.

CÓDIGO	CRITERIO
42	**Procedimiento que requiere anestesia general regional o recursos disponibles sólo para pacientes ingresados.** Un caso no-urgente, quirúrgico electivo, ingresado previamente al día de la intervención, que sólo requiere la realización de las pruebas preoperatorias rutinarias, no se consideraría como un ingreso justificado.

43	**Tratamiento en una UCI.** Este criterio es aplicable independientemente del servicio(s) responsable de la UCI (cardiología, neumología, cirugía). Si este es el único criterio que se cumple, asegúrese de verificar que el criterio de UCI era necesario. En caso contrario, considere el uso de criterios extraordinarios.
44	**Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas.** En caso de ausencia de telemetría o de monitor cardíaco, los signos vitales mínimos son: presión sanguínea, pulso y respiración. Si la historia clínica no muestra esta información (notas de enfermería, hoja de signos clínicos o historia de UCI) y sólo se encuentra la petición del médico, considere la respuesta negativa.
45	**Medicación intravenosa y/o reposición de líquidos (no se incluye nutrición enteral).** Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante el día del ingreso, pero no se aplica a "mantener vía iv permeable" sólo. También se incluyen las substancias administradas a través de una vía heparinizada. Sin embargo, si considera que dichos líquidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma que el paciente no precisara permanecer ingresado (p.e.: paciente ambulatorio) y no se cumple ningún otro criterio, utilice criterios extraordinarios para indicar que el día es médicamente innecesario.
46	**Observación de reacción tóxica a medicación.** Este criterio se cumple sólo si la historia clínica documenta la posibilidad de una reacción que comprometería la vida y la necesidad de observación continuada. En general, los agentes incluidos son antineoplásicos, pero es concebible que otros puedan encajar en esta categoría. En caso de duda, considere que no se cumple el criterio, haga una lista en su hoja de recolección de datos y refiéralo al revisor médico.
47	**Antibioticoterapia intramuscular tres o más veces al día.** No debería preocuparnos el número de horas que el paciente ha permanecido en el hospital hasta que tuvo lugar el ingreso; algunos pacientes no habrán recibido su medicación en el momento en que se llevó a cabo la revisión (p.e.: el caso de un paciente ingresado a las 1 0:00 p.m.). Como mínimo verifique que en la petición figure "administrar cada 8 h.) y que se administró la dosis inicial. Si usted considera que los antibióticos podrían haber sido administrados por otra vía que hubiera hecho innecesaria la hospitalización, éste constituye el único criterio justo para considerar el día como médicamente innecesario.
48	**Utilización intermitente (al menos cada 8 h) o continua de respirador.** Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el primer día. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O^2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar, al menos, tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de O^2 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.

Cuadro 7: Situación clínica del Paciente.

CÓDIGO	CRITERIO
49	**Anomalía electrolítica/ácido-base severa.** Cualquiera de las posibilidades siguientes: Na+ < 123 mEq/1 o > 156 mEq/1, K+ < 2,5 mEq/1 o > 6 mEq/1, HCO3- < 20 mEq/1 o > 36 mEq/1, pH arterial < 7,3 o > 7,45. Asegúrese de descartar la situación de alteración crónica de la $PC0^2$, en caso de que sea ésta la única cifra anormal (p.e.: paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

50	**Fiebre persistente mayor de 38'C durante más de 5 días.** Como criterio de ingreso, este apartado suele aplicarse a pacientes transferidos al hospital desde otra unidad. Si se presentan dudas sobre el tiempo que el paciente ha permanecido afebril, considere que no se cumple el criterio, pero si piensa que existe información justificando este ingreso por "fiebre persistente" y no se cumplen otros criterios, utilice criterios extraordinarios e indique la razón en su hoja de recolección de datos.
51	**Dificultad para mover un miembro u otra parte del cuerpo durante las 48 h. previas al ingreso.** En caso de ausencia de trauma, este apartado debería ser cumplimentado cuando la causa de la lesión fuera desconocida. Para los criterios 50 y 51, si la situación comenzó antes de las 48 h. previas al ingreso o se desconoce la hora en que tuvo lugar, no se cumple el criterio.
52	**Pérdida de visión o audición durante las 48 h. previas al ingreso.** Lo repentino de la pérdida debe ser valorado como responsable, en parte, de la razón del ingreso. (p.e.: la mayoría de pacientes diabéticos pierden visión o agudeza visual en el curso de la enfermedad, pero la pérdida se produce gradualmente). En caso de ausencia de trauma, este apartado se aplicaría cuando la causa se desconoce. Ver discusión en el criterio 10.
53	**Sangrado activo.** Este apartado es aplicable cuando la causa es desconocida y/o el intento de controlar el sangrado no ha sido efectivo (p.e.: paciente tratado en urgencias y posteriormente ingresado). En general, aunque no siempre, espere observar una importante disminución del hematocrito o necesidad de transfusión. Equimosis y petequias constituyen signos de hemorragia activa y suelen reflejar problemas plaquetarios.
54	**Evisceración o dehiscencia de herida quirúrgica.** Este criterio sólo se aplica a heridas quirúrgicas reparadas o no y a otras complicaciones de heridas quirúrgicas como hernia incisional (ver criterio 1 de Servicios Clínicos). No se aplica a heridas quirúrgicas que no cicatrizan o a entidades como la "no-consolidación" de fracturas.
55	**Pulso arterial fuera de los siguientes rangos (óptimo: pulso durmiendo en paciente < 12 años).** EDAD — PULSO ARTERIAL A. 0-- 23 meses — 80 - 200 ppm B. 2 - 6 años — 70 – 200 ppm C. 7 - 11 años — 60 - 180 ppm **D. > 12 años — 50 - 140 ppm** Este criterio se cumple cuando el pulso se toma al menos dos veces con lecturas separadas como mínimo 5 minutos.
56	**Presión sanguínea fuera de los siguientes rangos.** EDAD — SISTÓLICA — DIASTÓLICA A. 6 - 23 meses — 70 – 120 — 40 - 85 B. 2 - 6 años — 75 – 125 — 40 - 90 C. 7 - 11 años — 80 – 130 — 45 – 90 D. > 12 años — 90 – 200 — 60 – 120
57	**Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta.** Este criterio incluye un paciente encontrado en estado comatoso y del que se desconoce el momento en que se inició el cuadro (p.e.: el paciente fue encontrado en su casa en este estado). No se incluye el simple desvanecimiento.

58	**Hematocrito < 30%.** Utilice este criterio cuando la hemorragia activa no es responsable de la anemia (ver ítem 12). En general, las enfermedades hematológicas (como la leucemia) y el efecto adverso de fármacos (como agentes quimioterápicos) serían responsables del hematocrito bajo.
59	**Necesidades de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio.** Muchos hospitales, sobre todo aquellos con personal en formación y con unidades de urgencias, consideran las punciones lumbares perfectamente seguras como pacientes ambulatorios. En estos casos no se cumple el criterio.
60	**Cuadros clínicos que no responden a tratamiento como pacientes ambulatorios.** Note que debe existir documentación sobre el intento de tratamiento y la causa del ingreso. Si utiliza esta opción, asegúrese de especificar la situación clínica que justifique el ingreso.
61	**Problemas pediátricos específicos.** Incluye: Abuso de menores. Falta de cumplimiento con el necesario régimen terapéutico. Necesidad de observación especial o monitorización del comportamiento, incluyendo infesta calórica en caso de enfermos que no mejoran.

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: PEDIÁTRICOS - ESTANCIA

Cuadro 8: Criterios Pediátricos de día de Estancia-Servicios Médicos.

CÓDIGO	CRITERIO
62	**Acto quirúrgico ese mismo día (p.e.: el día revisado).** Cualquier técnica realizada en un quirófano cualifica este criterio. Si se efectúa uno de los procedimientos 3-8 (a continuación) en el quirófano, se cumple el criterio.
63	**Citación para procedimiento en quirófano el día siguiente, que requiera consulta preoperatorio extraordinaria o evaluación.** Los pacientes ya hospitalizados deberían ser evaluados preoperatoriamente por los anestesiólogos, sin añadir días a su estancia hospitalaria. Sólo en el caso de un problema médico muy complejo se debería emplear un día extra para efectuar pruebas especiales o para exámenes por consultores para cerciorarse de la idoneidad del procedimiento previsto.

64	**Cateterización cardiaca ese mismo día.** Este criterio incluye tanto la visualización de las cámaras cardíacas mediante la inyección de material de contraste, como la toma de muestras de sangre y medida de presión en las cámaras cardíacas y/o arteria pulmonar. También se incluirá en este apartado cualquier cateterismo cardiovascular diagnóstico monitorizado.
65	**Angiografía ese mismo día.** Este criterio incluye varios tipos de angiografía, la mayor parte arteriografías (sobre todo coronarias), así como venografías y linfangiografías.
66	**Biopsia de órgano interno ese mismo día.** Las biopsias renal, hepática, pulmonar y cerebral son las más frecuentes, pero en este criterio también se incluyen las biopsias gastrointestinal, bronquial o de mucosa de vejiga, así como la biopsia de próstata con aguja.
67	**Toracocentésis o paracentesis ese mismo ida.** Este criterio incluye la retirada de cualquier tipo de líquido pleural (p.e.: seroso, purulento, sanguinolento, etc.), realizado con aguja y jeringa o con trocar y tubo.
68	**Procedimiento invasivo del sistema nervioso central (SNC) ese mismo día.** Este criterio incluye procedimientos como punción lumbar, drenaje cisternal, drenaje ventricular, mielograma, etc. (Recuerde que son ejemplos, no categorías exhaustivas de procedimientos).
69	**Endoscopia gastrointestinal ese mismo día.** Bien sea endoscopia gastrointestinal alta o la colonoscopia, como la pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica.
70	**Cualquier prueba que requiera control estricto de la dieta, por la duración de la misma.** Suelen ser tests prolongados de la función metabólica, que suelen implicar la recolección de sangre y orina en determinados tiempos, como por ejemplo el caso de las pruebas para el diagnóstico del aldosteronismo.
71	**Tratamiento nuevo o experimental, que requiera frecuentes ajustes de la dosis bajo supervisión médica.** Este criterio incluye cualquier situación en la que se requiera observación frecuente y ajuste de dosis. No es preciso que se trate de un fármaco o tratamiento experimental para el paciente, sino de dosis o vías de administración poco frecuentes de fármacos conocidos, nuevos usos de medicamentos o tratamientos experimentales.
72	**Cuadro clínico que requiera monitorización por un médico al menos tres veces al día.** Este criterio debe estar documentado por las notas del médico, indicando que se precisa la citada monitorización. En un hospital docente, las notas tomadas por los estudiantes equivalen a las del médico. Sin embargo, el paciente debe estar monitorizado por el médico al menos tres veces diarias. Esto es, tres notas diferentes (cada una de ellas de un estudiante, residente o médico) discutiendo la misma situación no cumpliría el criterio.
73	**Procedimientos invasivos durante las últimas 24 horas.** Si cualquier procedimiento en quirófano o alguno de los procedimientos contemplados en los criterios 3-8 de Servicios Médicos ha tenido lugar durante las últimas 24 horas, se considerara ese día de estancia como adecuado. Los procedimientos suelen requerir un periodo de descanso en cama post-acto y observación, aunque la observación y registro de signos vitales puede resultar de magnitud suficiente como para satisfacer los criterios referentes a cuidados de enfermería.

Cuadro 9: Cuidados de Enfermería.

CÓDIGO	CRITERIO
74	**Cuidados respiratorios-utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día.** Este criterio incluye la utilización de cualquier respirador de forma continuada durante alguna parte del día revisado. Si por ejemplo, un paciente fue desconectado de un MA1 en el día de la revisión, el paciente cumpliría el criterio. El uso intermitente de respiración con presión positiva, 02 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de 02 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces al día, también cumple este criterio. Si el tratamiento puede hacerse en casa sin arriesgar al paciente, mediante programa de hospitalización domiciliaria aplique criterio extraordinario
75	**Terapia parenteral-líquidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento.** Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado. Las medicaciones intravenosas administradas a través de una vía heparinizada y las infusiones de quimioterapia también se incluyen, mientras que "mantener la vía iv permeable" no. Se debe prestar atención especial a la evaluación de los días que parecen sólo relacionados con el tratamiento del cáncer. teniendo en cuenta que este podría realizarse ambulatoriamente. Un ejemplo sería si en la hoja de peticiones del médico apareciera "administrar en la madrugada cytoxan 500mg iv, adriamiacina 50 mg iv, vincristina 2 mg iv, Dr. Pérez". Esta petición cumpliría el criterio, aunque se considera que esta situación podría ser tratada sin ingreso. Si usted considera que éste es el caso, puede utilizar criterios extraordinarios para justificarlo. Si el tratamiento puede hacerse en casa sin arriesgar al paciente, mediante programa de hospitalización domiciliaria aplique criterio extraordinario. Este criterio no aplica si las dosis diurnas pueden aplicarse en la IPS y/o las nocturnas pueden realizarse ambulatoriamente mediante hospitalización domiciliaria, todo lo anterior sin arriesgar al paciente.
76	**Monitorización continua de signos vitales, al menos cada treinta minutos, durante 4 h.** Este criterio incluye paciente en monitorización cardíaca continua. No se considera incluida si el paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizados cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.
77	**Inyecciones intramusculares (im) o subcutáneas (sc) al menos dos veces al día (en dos momentos diferentes del día, no sólo dos inyecciones como en el caso de diversas medicaciones preoperatorias).** No se incluye la rutina de insulina, dado que ésta no justifica por si sola el ingreso en un hospital de agudos.
78	**Control de balances** Es adecuado en pacientes que precisan restricción de infesta de líquidos y para aquellos en los que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja. Las medidas de balance están sujetas a error, como las de peso, y ninguna obvia la necesidad de examen clínico para detectar estertores, ascitis, edema o mala perfusión tisular. A continuación, se incluye una serie de entidades en las que esta indicado el control del balance hídrico: a. Uremia de cualquier causa. b. Obstrucción del tracto urinario a cualquier nivel. c. Trauma renal.

78	d. Shock de cualquier tipo. e. Sospecha o hallazgo de deficiencia del flujo de la arteria renal, incluyendo aneurisma de aorta disecado que afecte el ostium de la arteria renal. f. Fallo hepático con ascitis. g. insuficiencia cardíaca congestiva. h. Quemaduras mayores. i. Golpe de calor. j. Hipotermia severa. k. Acidosis diabética. l. Deshidratación. m. Envenenamiento de diversos tipos. **n.** Problemas del sistema nervioso central que pueden afectar a la Pituitaria (incluyendo diabetes insípida, traumatismos craneales, tumores, etc.).
79	**Cuidado de herida quirúrgica y de drenajes.** Este criterio incluye a aquellos pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado, bien en las notas del médico o en las de enfermería, que se ha realizado. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumpliría el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomía crónicas o los catéteres de foley no satisfacen el criterio, pero podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción. Si el tratamiento puede hacerse en casa sin arriesgar al paciente, mediante programa de hospitalización domiciliaria aplique criterio extraordinario
80	**Tracción de fracturas, luxaciones o deformidades congénitas.** La tracción debe ser de un tipo que impida el traslado a domicilio.
81	**Monitorización médica cercana, por una enfermera al menos tres veces al día, bajo la orden de un médico.** Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por cualquier profesional clínico no médico (LPN, terapeuta respiratorio, etc.). Deben constatarse, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico. Los resultados de las mismas deben incluir algo más que los signos vitales. Un ejemplo sería la observación de los signos neurológicos en un paciente con pérdida de conciencia reciente.

Cuadro 10: Situación Clínica del Paciente.

CÓDIGO	CRITERIO
82	**Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal (durante las últimas 24 h) no atribuible a ningún trastorno neurológico.** Este criterio suele considerar problemas postoperatorios. No se incluye la implantación de catéteres crónicos
83	**Fiebre de al menos 38'C si el paciente fue ingresado por otra razón diferente de su estado febril.** También se cumple este criterio si el paciente fue ingresado con fiebre que remitió, con o sin tratamiento, y recurrió posteriormente.
84	**Transfusión debida a pérdida de sangre.** Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independientemente de la naturaleza de la pérdida sanguínea. Sin embargo, si esta es crónica, requiere transfusiones intermitentes rutinarias (p.e.: anemias aplásicas) y no suelen precisar hospitalización, se utilizarán criterios extraordinarios para justificar el ingreso. Cualquier otra causa de pérdida sanguínea no estaría justificada.

85	**Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, como aparece en la hoja de evolución o en el informe electrocardiográfico.** Cualquier fibrilación ventricular cumple este criterio, al igual que el infarto agudo de miocardio, aunque la isquemia miocárdica puede ser mimetizada electrocardiográficamente por diversas entidades como la hipertrofia ventricular izquierda y diversas alteraciones del balance hidroelectrolítico. Se cumplirá este criterio siempre que el diagnóstico de isquemia se considere como clínicamente activo, incluso cuando los cambios electrocardiográficos se consideren debidos a otras causas.
86	**Coma-falta de respuesta durante al menos 1 h.** Este criterio lo cumple cualquier cuadro clínico que produzca pérdida de conciencia que no sea consecuencia de la aplicación de anestesia general.
87	**Estado confusional agudo, no debido a abstinencia alcohólica.** Sólo cumplen este criterio los pacientes con episodios transitorios de confusión, como contusión cerebral, pero no el síncope simple.
88	**Trastornos hematológicos agudos, neutropenia significativa, anemia, trombocitopenia, leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis, síntomas o signos guía.** Este criterio sólo se cumple si hay signos (por ejemplo equimosis o sangrado) o síntomas (por ejemplo trombos vasculares) de uno de los trastornos hematológicos agudos. Los recuentos altos o bajos de los constituyentes sanguíneos no requieren necesariamente hospitalización aguda o tratamiento.
89	**Dificultades neurológicas agudas progresivas.** Este criterio incluye síncope en evolución por cualquier causa, así como la aparición de cuadros clínicos como el Guilliam-Barré. Excluye desvanecimientos leves intermitentes de enfermedades crónicas, como la ataxias.

PRU Electivo para Cirugía Ambulatoria

El PRU electivo para Cirugía:

Se diseñó para evaluar la adecuación del lugar y la oportunidad de los casos de cirugía electiva realizada de manera ambulatoria. Es el reconocimiento de que muchos procedimientos de cirugía electiva pueden realizarse ambulatoriamente y que, aquellos que requieren ingreso hospitalario, pueden realizarse casi siempre durante el día de ingreso. Esta versión del PRU sólo se aplica al ingreso. Los días de estancia derivados del mismo deben evaluarse utilizando la versión médico-quirúrgica.

Los criterios específicos para cirugía se dividen en dos secciones: la primera se dedica a evaluar la localización en que tiene lugar el procedimiento (ingreso/paciente externo). La segunda analiza la oportunidad con que se realiza (necesidad de días de estancia preoperatorios).

Los criterios de localización analizan tres consideraciones: comorbilidad, potencial de complicaciones y necesidad de cuidados postoperatorios.

Los criterios de oportunidad también estudian tres consideraciones, incluyendo evaluación preoperatorio o tratamiento, estado del paciente y circunstancias administrativo técnicas.

La mayoría de los conceptos a los que nos referimos en esta sección son los mismos utilizados en las versiones de adultos y pediatra, por lo que usted debe estar familiarizado con dichos instrumentos antes de emplearlos.

Como en las otras versiones, el uso adecuado depende de la comprensión, tanto de los criterios como del proceso de toma de decisiones.

Criterios de localización quirúrgica

Esta sección incluye aquellos factores que identifican a los pacientes y los procedimientos que requieren que la intervención tenga lugar de forma ambulatoria o con ingreso durante 6 horas.

Los criterios para determinar la adecuación de la localización del paciente se dividen en tres categorías:

(A) Comorbilidad (la presencia de problemas médicos concurrentes que suponen un riesgo especial para el paciente, independientemente del tipo de intervención que se vaya a realizar).
(B) Potencial de complicaciones postoperatorias.
(C) La necesidad de cuidados postoperatorios intensivos.

Si se cumple cualquiera de estos criterios, el ingreso del paciente para la realización del procedimiento quirúrgico se considera adecuado. Por el contrario, si no se cumple ninguno de ellos, el ingreso del paciente no estará justificado. El revisor tiene, sin embargo, la opción de utilizar criterios extraordinarios en cualquier caso, tanto para justificar un ingreso no adecuado de acuerdo con el protocolo, como para considerar que un ingreso adecuado de acuerdo con los criterios del PRU (AEP) no lo es.

En los criterios de complicaciones potenciales, los criterios de esta sección son generales y se centran en la posibilidad de que se produzcan dificultades, independientes del diagnóstico o incluso de la naturaleza del propio procedimiento quirúrgico.

Criterios de oportunidad de ingreso del PRU para Cirugía

Generalmente la cirugía debe realizarse el día del ingreso del paciente en el hospital. Si este es el caso, no es necesario aplicar esta sección. Se considera "día de ingreso" cualquier momento durante el día de ingreso del calendario, independientemente de la hora en que este se produjera.

Justificaciones para no realizar la intervención quirúrgica durante el día de ingreso: las situaciones enumeradas comprenden tres grupos de factores justificantes de retraso en la cirugía electiva.

A. El primer grupo evalúa preparaciones necesarias para la intervención que no pueden realizarse de forma ambulatoria (por diversas razones).
B. El segundo incluye entidades que deben ser estabilizadas previamente a la cirugía.
C. El tercero se refiere a problemas administrativos o a dificultades técnicas imprevistas.

Cualquiera de ellos explicará razonablemente porqué un procedimiento no puede tener lugar durante el día de ingreso

En los criterios de evaluación/tratamiento prequirúrgico, especial, disponible sólo para ingresos, se refiere a aquellas evaluaciones o preparaciones necesarias para la intervención que suelen ser planeadas cuando la fecha de la intervención está fijada, con un calendario de varias dosis de medicamentos diferentes a intervalos determinados , previamente a la intervención. Sin embargo, las atenciones no deben ser triviales y deben tener lugar nada más producirse el ingreso, en la mayoría de los casos en las horas posteriores al mismo.

En los criterios de situación clínica del paciente se asume que el médico responsable del paciente no sólo habrá realizado la exploración física del mismo, sino que estará al tanto de su situación clínica hasta el momento del ingreso. De esta forma se puede resolver cualquier complicación, sin interferir en el plan de la intervención. De cualquier forma, se producirán situaciones en las que el paciente ingresa en el hospital y se encuentra una afección que desaconseja la intervención. En unos casos se debe a hallazgos inesperados en la exploración física, en los resultados de laboratorio o en la historia clínica, que precisan explicación. En otros casos, se debe posponer la cirugía electiva tanto como lo precise el nuevo tratamiento. En todos ellos, debe constatarse que aparezca en la historia clínica no sólo la explicación del retraso de la intervención, sino también una indicación de que el problema esta siendo evaluado de forma rápida y adecuada (esto es, con las pruebas pertinentes y consultas necesarias).

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: CIRUGÍA ELECTIVA AMBULATORIA – LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Cuadro 11: Comorbilidad

CÓDIGO	CRITERIO
90	**Trastorno de la función pulmonar significativo:** a. CV < 1 litro b. VEF, < 50 CV c. pCO^2; arterial > 50 mm Hg d. pO^2 arterial < 50 mm Hg Independientemente del tipo de enfermedad pulmonar, cualquiera de las cuatro medidas de la función pulmonar anteriores será suficiente. En relación con la pCO^2 y la pO^2, estas pruebas deben haber sido realizadas mientras el paciente respiraba aire de la habitación, no en una atmósfera con mayor concentración de O^2
91	**Apnea del sueño** Documentada, independientemente de su severidad o frecuencia **OTRA ENFERMEDAD IMPORTANTE (el diagnóstico debe estar documentado en la historia clínica)**
92	**Trastornos sanguíneos:** a. Enfermedad de células falciformes b. Hemofilia c. Púrpura trombocitopenia idiopática Diagnóstico documentado, no solo la presencia del rasgo cromosómico en la enfermedad de células falciformes
93	**Enfermedades cardíacas:** a. Angina tipo III o IV actualmente (NYHA) b. Insuficiencia cardíaca congestiva tipo III o IV (NYHA) c. Infarto agudo de miocardio en los 90 días previos al ingreso De acuerdo con la clasificación de severidad de la New York Heart Association (NYHA) para angina e insuficiencia cardíaca congestiva. Tipo 1: Síntomas al realizar ejercicio físico importante. Tipo II: Síntomas con actividad moderada (p.e.: al subir dos tramos de escaleras). Tipo III: Síntomas al realizar actividades de la vida diaria: limitación considerable de la actividad física. Tipo IV: Síntomas durante el reposo absoluto. Malestar ai realizar cualquier actividad física. El infarto agudo de miocardio documentado por ECG y/o enzimas cardíacas. Este criterio se mantiene aunque no existan complicaciones de ningún tipo (p.e: angina, arritmia).
94	**Historia personal o familiar de hipertermia maligna** Diagnóstico documentado del paciente o de un familiar cercano que haga reconsiderar seriamente la realización de cirugía bajo anestesia. Si se lleva a cabo la intervención, es esencial llevar a cabo una cuidadosa monitorización del paciente ingresándolo

95	**Trastornos regulación medicación:** a. Enfermedad endocrina (diabetes, Addison, tirotoxicosis, etc.) b. Hipertensión c. Pulmón broncoespástico d. Crisis epilépticas

Esta última sección de comorbilidad tiene que ver con la inestabilidad de las entidades más que con las mismas. Por ejemplo, la TA o glucemia de un paciente pueden estar ligeramente elevadas de forma consistente, pero siempre el mismo nivel. Este paciente no presenta tanto riesgo como aquel que requiera frecuentes ajustes de dosis por las grandes fluctuaciones o el paciente en el que permanece inaceptablemente elevado a pesar del tratamiento adecuado. Los pacientes que sufren broncoespasmo o que continúan con mareos a pesar de tomar su medicación también se incluyen en esta categoría.

No utilice esta categoría para justificar el ingreso de pacientes que simplemente no han sido tratados correctamente. Es realmente para aquellos cuyos cuadros clínicos precisan cuidados médicos atentos y colaboración del paciente.

Cuadro 12: Complicaciones Potenciales

CÓDIGO	CRITERIO
96	**Cirugía de órgano interno, incluyendo cabeza, cuello, espalda, tórax, abdomen y órganos torácicos, abdominales y pélvicos** Cualquier toracotomía, laparotomía, cirugía de pelvis, cabeza, cuello o espalda, que suponga la incisión para extirpar o revisar órganos internos, suele requerir el ingreso. La endoscopia con o sin biopsia no requiere ingreso, ni los procedimientos simples de drenaje (p.e.: toracocentesis, paracentesis). Debe existir consenso local o regional sobre qué procedimientos de este tipo pueden realizarse habitualmente de forma ambulatoria (p.e.: laparoscopia). En estos casos puede utilizar los criterios extraordinarios.
97	**Biopsia ciega de órgano interno** Las biopsias con aguja de órganos internos, como cerebro, hígado, riñón y pulmón, se consideran abiertas y de no ser que estén enumeradas entre los procedimientos a realizar sin ingreso, cumplen este criterio de adecuación.
98	**Anestesia general o regional durante más de 90 minutos** La anestesia general seda al paciente, mientras que la regional implica una serie de efectos de bloqueo de la columna vertebral, utilizando diversas técnicas (incluyendo epidural, caudal etc.), así como bloqueos más distales que afectan a la totalidad de los miembros. La infiltración superficial y local, incluyendo anestesia ocular para cirugía de cataratas, no precisa ingreso en base a los riesgos derivados de la anestesia, incluso si los procedimientos son prolongados.
99	**Factores sociales que dificulten el acceso a atención médica, en caso de efecto adverso:** a. Incapacidad de comunicación, por vivir solo o sin teléfono. b. No disponibilidad de transporte, vive a mucha distancia de servicio de urgencias. c. Inestabilidad mental. Estas son entidades que podrían interferir con que el paciente recibiera atención médica rápidamente, si surgiera un problema durante el postoperatorio. Un ejemplo sería un paciente incapaz de hablar por teléfono, solo en casa durante el postoperatorio inmediato. Incluye cualquier enfermedad mental que pudiera interferir con que el paciente reconociera un efecto postoperatorio adverso.

Cuadro 13: Necesidad de Cuidados Intensivos Posquirúrgicos

CÓDIGO	CRITERIO
100	**Amputaciones, excepto digitales**
101	**Cirugía vascular periférica** P.e.: injertos arteriales periféricos, resección venosa varicosa
102	**Implantación de prótesis ortopédicas, excepto inserción distal de alambre K para estabilización** P.e.: inserción de piezas ortopédicas o uñas
103	**Colocación de tubos de drenaje** P.e.: neurotomías, ureterostomías, tubos de tórax

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN: CIRUGÍA ELECTIVA AMBULATORIA – OPORTUNIDAD DEL INGRESO

Cuadro 14: Evaluación Tratamiento Prequirúrgico especial disponible solo para ingresos.

CÓDIGO	CRITERIO
104	**Dieta supervisada.** Genéricamente, la dieta debe ser bien de un tipo que no puede seguirse de forma ambulatoria o cuando la complejidad de la misma es tal para el paciente o su acompañante que no puede seguirla sin permanecer ingresado.
105	**Medicación parenteral.** Se producirán pocos casos. La mayor parte de los tratamientos antibióticos preoperatorios se administran horas antes de la intervención, por lo que no se precisan días extras. Si la administración de la medicación puede ser hecha en casa mediante un programa de hospitalización domiciliaria u otra alternativa que garantice la seguridad del paciente, aplique criterios extraordinarios
106	**Enemas abundantes (más que un enema de Fleets)** La adecuada preparación intestinal para cirugía de colon requiere abundantes enemas, generalmente más agresivos que los que pueden administrarse en el domicilio del paciente. Solo si van a suponer más de un día, está justificando el ingreso previo.
107	**Procedimientos como angiografía, endoscopia, mieliografía, a realizar previamente a la cirugía programada.** Generalmente, estos procedimientos se realizan previamente a la intervención, para poder realizar la aproximación más eficaz al problema. Si no se producen sorpresas se puede proceder de acuerdo a los planes previstos pero, algunas veces, los resultados de estas pruebas consiguen que el cirujano reconsidere sus planes, quizá debido a la necesidad de un procedimiento diferente, etc.
108	**Diálisis o exanguino transfusiones.** Los pacientes que requieren cualquiera de los dos procedimientos suelen acudir para que se efectúen éstos poco antes de la intervención, de forma que estén en condiciones clínicas óptimas durante la misma. Los pacientes dializados, en especial, pueden precisar varias horas de espera después de la diálisis hasta estabilizar su hidratación antes de ser intervenidos, por lo que no se sorprenda si la intervención se realiza al día siguiente, pero no deben existir retrasos más largos.

Cuadro 15: Situación Clínica del Paciente

CÓDIGO	CRITERIO
109	**Estado cardíaco inaceptable** Las situaciones engloban diversos tipos de alteraciones. Los signos mínimos o inespecíficos de enfermedad no son suficientes y se requiere una demostración en las notas del médico responsable que documente cualquiera de las situaciones siguientes: a. Sospecha de infarto de miocardio reciente o en curso. Infarto de miocardio reciente (en los 90 días previos) o en curso. b. Angina incontrolada o inestable Documentación de que se está produciendo una angina, que precisa estabilización. c. Arritmia nueva o compleja. La presencia de un ritmo nuevo o que se considera peligroso por su complejidad (como latidos multifocales ventriculares prematuros o taquicardia nodal). d. Insuficiencia cardíaca congestiva que precise tratamiento. Debe estar documentada por la presencia de estertores y/o galope S3 (tercer tono) en la exploración física.
110	**Estado cerebrovascular inaceptable.** a. Accidente cerebro vascular (ACV) de nueva aparición. No se debe realizar cirugía electiva en pacientes con enfermedad cerebrovascular activa o con signos de ACV en curso. b. Ataques isquémicos transitorios. Con signos y síntomas de hasta horas de duración que remiten completamente, reflejando inestabilidad cerebrovascular. Una historia remota de estos ataques no debe afectar los planes de intervención quirúrgica, pero los ataques en curso indican su retraso.
111	**Estado pulmonar inaceptable.** a. Broncoespasmo no solucionado. Los pacientes con broncoespasmo suelen presentar disnea durante la exploración física. Esto debe resolverse, en la medida de lo posible, previamente a la intervención quirúrgica. b. Deterioro documentado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los pacientes con EPOC (enfisema), cuyas constantes de la función pulmonar (p.e. FEV1/FVC, gasometría, etc.) se hayan deteriorado más de lo normal, precisarán una puesta a punto previa a la anestesia.
112	**Estado hematológico inaceptable.** a. Anemia inesperada que precisa transfusión o explicación preanestésica. La anemia puede ser el resultado de muchas causas posibles: el simple sangrado o consecuencia de efectos medicamentosos adversos. Independientemente del origen, la anemia puede precisar ser corregida previamente a la intervención y, si este es el caso, se debe dejar tiempo suficiente para el desarrollo del tratamiento (desde horas en caso de transfusión, hasta semanas en caso de déficit férrico). Habrá casos en los que no se precise corregir la anemia pero, si no se trata de una situación crónica del paciente, al menos precisa una explicación satisfactoria preoperatorio, generalmente para determinar la posibilidad de situaciones peligrosas no deseadas.
	b. Granulocitopenia (< 1500/MM3) o trombocitopenia (< 100.000/MM3) de nueva aparición que requiera explicación preoperatorio.

	La granulocitopenia puede implicar un aumento del riesgo de infección para el paciente, por lo que la intervención se suele posponer hasta que el recuento de glóbulos blancos, especialmente polimorfonucleares, ha aumentado hasta niveles más aceptables. Estas alteraciones pueden diagnosticarse en pacientes sin ninguna otra alteración y, si este es el caso, el retraso en la intervención sería inadecuado. La trombocitopenia también es potencialmente peligrosa, pues los pacientes pueden sangrar excesivamente. En casos moderados, si son crónicos, no se le suele prestar importancia, pero si se trata de hallazgos nuevos, precisan ser investigados previamente a la cirugía. c. La trombocitopenia severa o déficit de otros factores de la coagulación (p.e.: protrombina) no corregible a tiempo. Los recuentos bajos de plaquetas, por debajo de 50.000 por ejemplo, suelen ser causados por intentos de corregir el déficit preoperatoriamente mediante transfusiones de plaquetas y/o corticoesteroides. Así mismo, el déficit de otros factores de la coagulación en mayor o menor grado (p.e.: tiempo de protrombina dos segundos mas largo que el control) suele ser responsable de un retraso hasta que se ha conseguido su corrección.
113	**Estado metabólico inaceptable.** Estas situaciones clínicas y de laboratorio justificarían un retraso en cirugía electiva. En algunos casos, será suficiente estabilizar la situación, incluso aunque no se consiga normalizar los resultados de las pruebas de laboratorio. Las notas de las hojas de evolución deben especificar, no solo que se ha diagnosticado una alteración sino lo que se está haciendo para su corrección. a. Diabetes mellitus incontrolada. Debe existir una amplia variación, documentada, de los niveles de glicemia, así como de los cambios en las dosis de insulina prescritas diariamente. a. azoemia severa (Cr > 5,0 mg/dl) o nueva. b. Disfunción hepática severa, distinta a la de la coagulación (Aminotransferasas al menos 5 veces superiores al límite normal). c. Hipertiroidismo incontrolado o hipotiroidismo no corregido. d. Alteraciones electrolíticas no corregidas. e. Concentración de sodio, potasio o calcio fuera de los rangos normales del hospital.
114	**Estado mental inaceptable.** a. Confusión o coma de nueva aparición. b. Hay pacientes con confusión o incluso en coma que pueden ser intervenidos. Cuando estos son hallazgos recientes, es preciso determinar su origen, en primer fugar, para asegurarse de que no hay ninguna otra causa metabólica, vascular o de otro tipo que deba corregirse antes de llevar a cabo la intervención. c. Incompetencias o incapacidad para comprender el consentimiento quirúrgico. d. El problema de la incompetencia o aparente incapacidad para comprender los consentimientos de cirugía y otros documentos, que requieran la firma del paciente previamente a la intervención, debería ser poco frecuente. El cirujano debería haberlo solucionado al citar al paciente para llevar a cabo la intervención, pero la opinión del paciente puede cambiar y, en estos casos, se produciría un retraso en la intervención.
115	**Convulsiones incontroladas.**
116	**Erupción inexplicada.**
117	**Infección activa, distinta de la que provoca la intervención.**
118	**Fiebre inexplicable no relacionada con la intervención**

Cuadro 16: Cancelación de la intervención

CÓDIGO	CRITERIO
119	**Cancelación de la intervención debida a circunstancia técnico/administrativas fortuitas** Un ejemplo sería el caso en el que el enfermo no es operado por presentarse una situación de urgencia en el mismo quirófano.

UTILIZACIÓN DE CRITERIOS EXTRAORDINARIOS

La opción de utilizar criterios extraordinarios permite invertir la decisión que realizó utilizando exclusivamente los criterios objetivos.

La decisión a la que llegue el revisor con la simple aplicación de los criterios es exacta en el 95% de los casos. Si la situación cumple alguno de los criterios el día evaluado se considera como adecuado y, en caso contrario, se considera médicamente innecesario. Sin embargo, se producirán casos en los que usted no estará de acuerdo con las decisiones derivadas de los criterios, por lo cual se incluye la posibilidad de utilizar los denominados criterios extraordinarios, situación que reconoce el hecho de que el PRU es un mero instrumento de tamizaje. Como síntesis de opiniones de expertos, el PRU constituye una guía para la toma de decisiones objetivas, tanto para los clínicos como para el resto de usuarios, aunque como en todos los instrumentos de este tipo existen excepciones a las reglas. En el caso del PRU se dan casos en los que se cumple algún criterio aunque el paciente no requiera hospitalización y, al contrario, existen otros casos en los que no se cumple ningún criterio aunque el paciente precise hospitalización; en ambas circunstancias se aplicarían criterios extraordinarios.

En el PRU electivo para cirugía ambulatoria, por ejemplo:

- En los criterios de localización, por ejemplo, le facilita la posibilidad de corregir situaciones en las que no se cumple ningún criterio, pero existen otros factores médicos que justifican el ingreso o, por el contrario, se cumple algún criterio pero el ingreso no es médicamente necesario.

- En los criterios de oportunidad, si no se cumple ningún criterio, pero usted considera que el retraso en la intervención es adecuado, puede emplear esta opción para indicarlo. Y a la inversa, cuando cumpliéndose uno o varios criterios usted considere que el retraso era innecesario.

Tenga en cuenta que la opción de utilización de criterios extraordinarios no se aplica cuando se cumple más de un criterio y el revisor no está de acuerdo con alguno de ellos: en tanto se cumpla alguno de los criterios del protocolo, la conclusión general permanecerá inalterable.
Se deben tomar algunas precauciones en cuanto a la utilización de criterios extraordinarios. En la mayoría de los casos, esta opción se utiliza para valorar un ingreso o un día de estancia como adecuados aunque no se cumpla ningún criterio. Los estudios han demostrado que el 75% de estas decisiones son incorrectas y que las utilizaciones más frecuentes son las siguientes:

- Los servicios citados, para justificar los criterios extraordinarios, pueden llevarse a cabo como paciente ambulatorio (p.e: pruebas de esfuerzo, prueba de Holter, preparaciones intestinales).

- La situación en la que se cumple algún criterio y en la que no era preciso la utilización de esta opción.

- La existencia de una **explicación no médica** (ver Causas de Inadecuación) para justificar un día como inadecuado y que fue utilizada para denominar dicho día de estancia como médicamente necesario.

La opción número 3 merece mención especial y, posiblemente, sea el fallo más común de aplicación del protocolo.

La opción de utilizar criterios extraordinarios permite legitimar razones médicas para la hospitalización que no son respaldadas por los criterios. Si un caso no cumple ningún criterio, pero existe una razón médica para la hospitalización ese día, el empleo de criterios extraordinarios esta justificado. Sin embargo, esta opción no debe emplearse cuando la hospitalización se justifica con base en razones no-médicas, a las que nos referiremos en el PRU como "Causas de Inadecuación".

***Nota**: Se incluyen **retrasos debidos a preparación o tratamiento** (p. e.: paciente en espera para intervención quirúrgica, pero se produce un retraso como consecuencia de dificultades de calendario).*

Por definición, si un caso no cumple ningún criterio y la explicación de que la estancia del paciente en el hospital está incluida en las "Causas de inadecuación", ese día no es médicamente necesario y no se debe emplear criterios extraordinarios.

De acuerdo con los hallazgos de que la opción del uso de criterios extraordinarios suele ser empleada de forma indebida, recomendamos que sólo se utilice en las siguientes circunstancias:

1. Cuando el único criterio de día de estancia que se cumple es:"Medida de balances" y el revisor es una enfermera o un médico que no considera que la hospitalización continuada de dicho paciente esté indicada.

2. Con revisores no expertos en **PRU**, con la concurrencia de un segundo revisor, experto en PRU (preferiblemente un médico entrenado en el uso del PRU o una enfermera entrenada).

3. Con revisores expertos, cuando uno de ellos decide que está justificado el empleo de dichos criterios.

Recuerde que existe diferencia entre considerar un día de estancia como médicamente innecesario y denegar asistencia. Si está utilizando el PRU para revisión de utilización, debe subrayarse que la decisión de denegar asistencia nunca debe dejarse en manos de una enfermera, basándose exclusivamente en los criterios del protocolo.

Todos los hallazgos realizados utilizando los criterios que sugieran que no se precisa hospitalización deben ser corroborados por un médico antes de actuar.

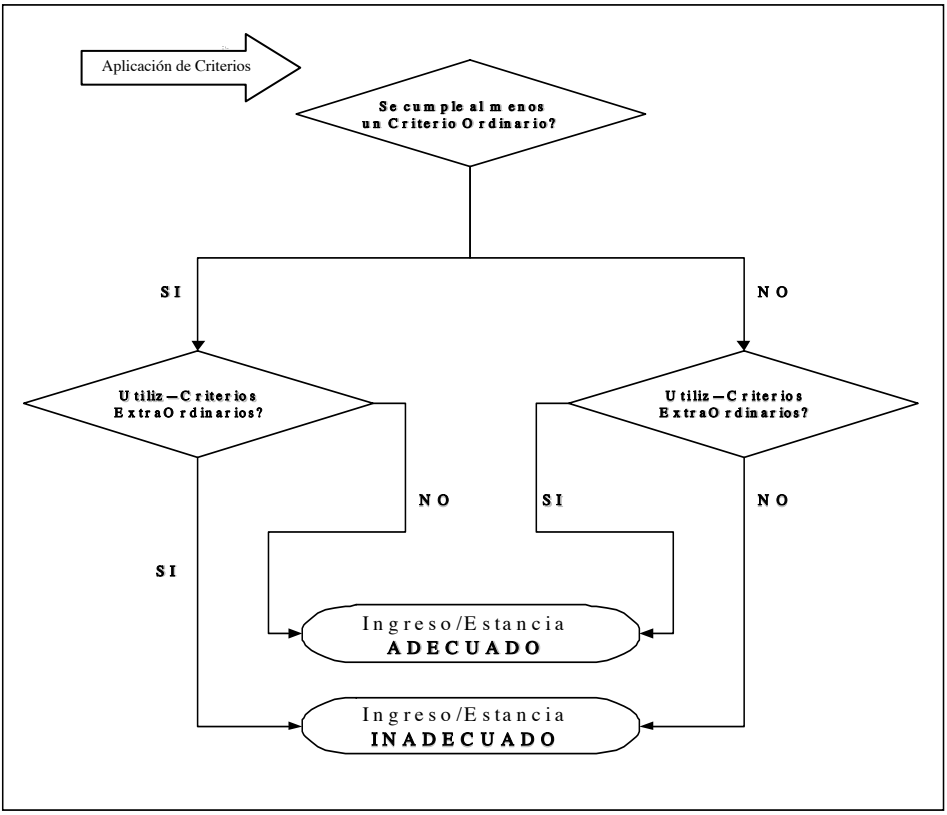
Estos criterios deben utilizarse muy pocas veces y en circunstancias determinadas.

DETERMINACIÓN DE ADECUACIÓN

Terminada la revisión de la información disponible, debe decidir si el ingreso o el día de estancia evaluado son médicamente necesarios basándose en los criterios ordinarios y en la utilización de criterios extraordinarios si fuere el caso.

Para tales efectos puede apoyarse en el siguiente diagrama de flujo:

Gráfico 2: Determinación de la Adecuación



ASIGNACIÓN DE CAUSAS DE INADECUACIÓN

Los criterios de adecuación son específicos para cada versión de PRU y las causas de inadecuación son comunes a todas las versiones, con la aclaración de que en cirugía electiva no aplican criterios o causas para estancias.

Si como consecuencia del análisis concluyó que la estancia es innecesaria, a los días juzgados como inadecuados debe asignarles una causa. En la lista de causas de inadecuación se encuentra una recopilación de las explicaciones más frecuentes de hospitalización innecesaria.

La lista esta dividida en dos partes: la primera sólo se utiliza para el día de ingreso. Las causas en este grupo pueden clasificarse como referentes al momento (el paciente fue ingresado de forma prematura) o al nivel (el paciente podía haber sido tratado en un nivel de cuidado inferior).

La otra parte debe utilizarse con días de estancia médicamente inactivos y está dividida en cuatro secciones: la primera se refiere a los casos en los que **existe un retraso en el desarrollo del estudio o en el tratamiento por lo que el paciente requiere hospitalización.** Un caso típico de este grupo sería el de un paciente en espera de cirugía.

Las tres secciones finales son para los casos en los que el **propósito médico de la hospitalización se ha cumplido o puede solucionarse en un nivel de cuidados inferior.** Cada sección representa un área de responsabilidad hospital/médico, paciente/familia y ambiente.

Es importante que seleccione la causa correcta de la sección idónea, ya que con ello identificaremos áreas que precisan de intervención para reducir la hospitalización inadecuada. Cada institución puede variar esta lista, de acuerdo con su situación en particular.

En la sección sobre la utilización de criterios extraordinarios se indica que un fallo en el empleo de dicha opción está justificado mediante el uso de una de las causas de inadecuación, por ejemplo utilizando la explicación de un día de estancia inadecuada para considerarlo como médicamente necesario. El ejemplo que empleábamos era el del paciente ingresado innecesariamente en espera de cirugía. Este error se produce con tanta frecuencia que repetiremos la advertencia reiteradamente.

CAUSAS DE INADECUACIÓN

Ingreso Inadecuado

Cuadro 17: Causas de Ingreso Inadecuado.

CÓDIGO	CRITERIO
C01	Las pruebas diagnósticas y/o tratamiento(s) necesario(s) pueden realizarse como paciente externo.
C02	El paciente ha sido ingresado para la realización de pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse como paciente externo, salvo que el paciente resida muy lejos del hospital.
C03	El paciente ha sido ingresado para la realización de pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse de forma ambulatoria, pero que no pudieron realizarse oportunamente.
C04	El paciente precisa institucionalización, pero en un hospital de nivel de complejidad inferior.
C05	El paciente precisa atención en un hospital de crónicos.
C06	El paciente precisa atención en una residencia con personal especializado.
C07	El paciente precisa atención en una residencia sin personal especializado.
C08	Ingreso prematuro - un día o más previos a la citación de la prueba.
C09	No existe plan de diagnóstico y/o tratamiento documentado.
C10	Cualquier procedimiento quirúrgico que puede realizarse ambulatoriamente.
C11	El paciente requiere cuidados terminales.
C12	Abusos o sospecha: paciente ingresado para custodia protectora.
C13	No cumple con régimen terapéutico externo.
C14	Otras (especificar).

Estancia Inadecuada

Cuadro 18: Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado.

Para casos en los que se produce un retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente esta hospitalizado.

CÓDIGO	CRITERIO
C15	Problema de calendario para realizar intervención quirúrgica.
C16	Problema de calendario para realizar pruebas diagnósticas.
C17	Ingreso prematuro.
C18	Paciente citado para prueba diagnóstica o tratamiento (incluyendo cirugía) cuya cita es cancelada, por cualquier razón (caso urgente se antepone a caso electivo, personal crucial del centro está enfermo, etc.).
C19	"Días de no-trabajo" en el hospital: determinados procedimientos diagnósticos no se realizan durante los fines de semana, ni en vacaciones.
C20	Pendiente de prueba(s) diagnóstica(s) o interconsulta(s) para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas.
C21	Otras (especificar).

Para casos en los que el propósito médico de la hospitalización se ha conseguido o puede obtenerse en un centro de cuidados no-agudos

Cuadro 19: Responsabilidad del médico o del hospital.

CÓDIGO	CRITERIO
C22	Alta planeada pero no hay ordenes escritas
C23	Fallo en la hora al iniciar/ ejecutar el alta hospitalaria
C24	No se presta tención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos.
C25	No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento.
C26	Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario puede realizarse como paciente externo.
C27	Otras (especificar)

Cuadro 20: Responsabilidad del médico o de la familia del paciente.

CÓDIGO	CRITERIO
C28	Falta de familiares para la atención del paciente en su domicilio.
C29	Falta de preparación de la familia para atención del paciente en su domicilio.
C30	El paciente/la familia rechazan los medios disponibles en instalaciones alternativas o Atención domiciliaria
C31	Otras (especificar).

Cuadro 21: Responsabilidad del medio

CÓDIGO	CRITERIO
C32	Paciente que proviene de un ámbito social degradado, permanece ingresado en el hospital hasta que su ambiente se hace aceptable o se encuentra una opción alternativa

C33	No disponibilidad de una instalación alternativa.
C34	No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de la atención domiciliaria.
C35	Otras (especificar).

RECOMENDACIONES PARA LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

La información que genera la aplicación del PRU va mas allá del diagnóstico de la adecuación o no de la estancia hospitalaria, si se utiliza correctamente, puede ofrecer una excelente herramienta para gestionar la mejora de la eficiencia clínica y administrativa de la organización.

Los formularios para la recolección de la información deben respetar el principio de la calidad lógica: debe recogerse solamente la información que sea útil y debe utilizarse la información que se recoja, evitando desperdicio de recursos y congestión en el sistema de información. Lo que se observa en general es que cada institución, dependiendo de las especificidades de su sistema de información en calidad, diseña formularios para la recolección de la información resultante de la aplicación del instrumento, no obstante a continuación se incluyen algunas recomendaciones que la versión española del instrumento ofrece acerca de algunas variables que es útil manejar:

Imagen 1: Facsímil de la hoja de recogida de datos del Manual del Appropriateness Evaluation Protocol de la Fundación Avedis Donabedian

FAD FUNDACIO AVEDIS DONABEDIAN

PROTOCOLO DE ADECUACIÓN HOSPITALARIA

Nº:____ AEP:__ Planta:_____ Servicio:_____ Nº médico:_____ DGR:_____ MDC:_____
Fecha ing.:_____ Hora:_____ Edad:_____ Edad Q:_____ Género:_____ Seguro:_____
Código postal:_____ ING.: Fuente:_____ Tipo:_____ ALTA: Tipo:_____ Diagnósticos:_____
Proc. diag.:_____ Proc. terapéuticos:_____ Fecha alta:_____ Revisor:_____
Crit. Ing._____ OV:____ Adecuación:_____ Causa:_____
Localiz.:_____ OV:___ Adecuac.:_____ Qx en día:___ Oportunidad:____ OV:____ Adecuac.:_____
Fecha:_____ Día estancia:_____ OV:___ Adecuac.:_____ Est. continuada:_____ Causa:_____

"En las siguientes las líneas 5 y 6 están dedicadas a los criterios de ingreso y debe cumplimentar una u otra dependiendo del tipo de AEP que utilice. La línea 5 está dedicada a las versiones médico-quirúrgicas de adultos y pediátrica, mientras que la línea 6 está dedicada a la versión específica para cirugía.

LÍNEA 5 (Para las versiones médico-quirúrgicas de adultos y pediátrica)

Criterios de Ingreso: Indique un máximo de tres criterios de ingreso de la lista correspondiente de la versión del AEP utilizada. Ponga un "0" en la casilla cuando no se cumpla ningún criterio.

Criterios extraordinarios ("Override"): Si no se utiliza esta opción, ponga un "0" en la casilla. Si lo hace, ponga un " 1".

Adecuación: Si un ingreso se considera adecuado de acuerdo con los criterios del protocolo o por utilización de los extraordinarios, ponga "1". Si, por el contrario, se considera el ingreso como inadecuado, ponga "0".

Causa: Si se considera el ingreso como inadecuado, se debe poner la causa de inadecuación (ver sección V), mientras que si el ingreso es adecuado debe poner "0" en la(s) casilla(s) correspondientes.

LÍNEA 6 (Para la versión específica de cirugía)

Criterios de localización quirúrgica: Indique todos los criterios que se cumplen (hasta un máximo de 3) de /a versión quirúrgica del AEP. Si no se cumple ninguno llene las(s) casi l la (s) correspondiente (s) con "0".

Criterios extraordinarios ("Override"): Si no se utiliza esta opción, llene la casilla con un cero. Si lo hace, ponga "1".

Localización Adecuada: Si el paciente requería ingreso para realizarle una intervención quirúrgica, se considera este apartado como adecuado de acuerdo con los criterios del protocolo o utilizando otros extraordinarios, ponga "1" en la casilla correspondiente. Si, por el contrario, se considera el ingreso como inadecuado ponga "0".

Cirugía en el día: Ponga "1" en la casilla si la cirugía tuvo lugar el mismo día del ingreso y "0" en caso contrarío.

Criterios de oportunidad: Cuando la intervención tuvo lugar durante el día del ingreso, ponga "0" en las casillas correspondientes. En caso contrario, indique hasta tres criterios de la lista quirúrgica, justificando la no realización de la intervención ese mismo día. Si no se cumple ningún criterio llene las(s) casilla {s) correspondiente(s) con "0".

Criterios extraordinarios ("Override"): Si no se utiliza esta opción ponga "0" en la casilla correspondiente. Si lo hace, ponga "1".

Adecuación de oportunidad de ingreso: Se considera que el paciente ingresó en el momento adecuado si la intervención quirúrgica tuvo lugar el día del ingreso, o bien si se cumple alguno de los criterios de la versión quirúrgica que justifican el retraso de la intervención o se utilizan criterios extraordinarios. En cualquiera de los casos anteriores ponga "1" en la casilla correspondiente. En caso contrario "0".

LÍNEA 7

Fecha de revisión: Indique la fecha del día en que realizo la revisión (dd/mm/aa).

Criterios de día de estancia: Indique todos los criterios que se cumplen (hasta un máximo de 3) de la lista correspondiente (Médico-quirúrgica o pediátrica). Ponga "0" en caso de que no se cumpla ningún criterio.

Criterios extraordinarios ("Override"): Si no se utiliza esta opción llene la casilla con un "0" y si lo hace ponga "1".

Adecuación: Si se considera el día de estancia como adecuado, de acuerdo con los criterios del protocolo o por la utilización de criterios extraordinarios, llene la casilla con un " 1".

Estancia Continuada: Ponga "0" si el día de estancia es adecuado o si el día de estancia es inadecuado y no se justifica la continuidad de la estancia hospitalaria. Sólo se debe poner "1" en el caso de que el día revisado sea médicamente innecesario pero el paciente requiera continuar ingresado (p.e.: retraso en /a recepción de /os resultados de una prueba que determinará e/ curso de/ tratamiento a seguir).

Causa: Como en la sección anterior, ponga "0" si el día de estancia es adecuado. En caso contrario, ponga el número correspondiente a la causa de inadecuación.

MONITORIA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MEDICO EN LA CONSULTA MEDICA AMBULATORIA (MED)

PROBLEMA

La consulta médica ambulatoria además de su carácter asistencial cumple la función altamente estratégica de "puerta de entrada" hacia la red de prestación de servicios y el médico general en consecuencia, actúa como el controlador[6] del flujo de utilización de los recursos.

Los principales problemas que se generan cuando esta función no se cumple de acuerdo con lo esperado son:

- Alta inadecuación en la utilización de la consulta médica, alguna proporción importante de la cual es innecesaria
- Baja resolutividad clínica y una alta utilización de los medios diagnósticos y apoyo especializado que incrementa los costos de no calidad y expone innecesariamente al paciente a riesgos innecesarios
- No funcionamiento del médico general como "gatekeeper", permitiendo el paso excesivo del paciente hacia otros niveles del sistema de prestación de servicios, con la consiguiente generación de costos por sobreutilización.
- Alta variabilidad de la práctica clínica que refleja serios problemas en el desempeño clínico del médico general y en el abordaje lógico - científico del paciente lo cual incide en el incremento de los costos de No Calidad.

Tal situación incide profundamente en la desestabilización del equilibrio económico de prestadores y aseguradores a causa de dos situaciones: 1) el alto volumen de los pacientes que son atendidos en la consulta médica general, y 2) porque el costo promedio de la atención en los niveles siguientes es notablemente mas elevado que en el nivel de atención médico general.

Otro componente del problema es el abordaje de proceso de mejoramiento en la consulta médica ambulatoria, los estudios realizados evidencian que son múltiples los factores que inciden en las decisiones médicas, y los esquemas tradicionales de auditoría al realizar un abordaje superficial, solamente consiguen resultados iniciales que no se consolidan, o que incluso son neutralizados a mediano y largo plazo por las resistencias que desatan y por las consecuencias de la supresión de elementos de la atención que si eran necesarios, invirtiendo en el mediano y largo plazo la relación costo-beneficio, costo-efectividad del proceso de evaluación y/o auditoría.

[6] "Gatekeeper"

RESULTADOS ESPERADOS

Esta metodología apunta a generar los insumos que, incrementando la resolutividad en el primer nivel contengan costos sin afectar o incluso mejorando la calidad de la atención de los pacientes, incidiendo específicamente en:

- Mejorar el Desempeño Clínico del Médico General
- Disminución de el costo y la proporción de Recurso utilizado innecesariamente
- Disminución de el costo y la proporción de la utilización de los recursos en los niveles "superiores" del sistema
- Impactar en la cultura organizacional mediante la concientización e involucramiento del médico general en el control del gasto innecesario
- Incremento de la satisfacción del médico en su calidad de cliente interno, como consecuencia de su percepción de participar en un entorno profesional con una mejor práctica de la medicina, que sus homólogos de la competencia

El objetivo de la aplicación de esta metodología no esta cumplido al terminar la evaluación sino cuando se haya impactado la utilización inadecuada y se haya mejorado el desempeño clínico.

METODOLOGÍA

Esta metodología, pretende aportar elementos al médico auditor para superar la evaluación de la práctica clínica del médico general con criterios implícitos, constituye un instrumento de tamizaje, no es el juez definitivo sobre lo que resulta o no adecuado.

Debemos ser coherentes, con los planteamientos de la mejora de la calidad, centrados en el cliente como la razón de ser de la Empresa y su conceptualización de los procesos de evaluación y mejoramiento apuntados estratégicamente a la internalización y aseguramiento de los procesos mejorados y por lo tanto desprovistos estos, de elementos punitivos.

Es pues, esencial que la aplicación de la Monitoría de Evaluación del Desempeño en la Consulta Médica Ambulatoria (MED), nos permita conocer las causas de los problemas que perpetúan la inadecuación de la utilización de los recursos, avanzando mas allá de las causas esporádicas de variación hasta las causas comunes logrando detectar los procesos que están fallando, incrementando costos y deteriorando la atención al paciente. La detección, análisis y corrección de estas fallas es de gran utilidad tanto para el prestador como para el asegurador como herramienta de mejoramiento continuo.

VALIDACIÓN DE LA METODOLOGÍA

Las causas de inadecuación "que aparecen en cada sección" con excepción de los ítems Nº 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 78, 79, 80, 81, 82) fueron utilizados a escala nacional en el programa "Monitoría del Paciente Consultador Crónico", durante el cual se evaluaron 936.145 consultas correspondientes a 99.141 pacientes, con la realización de re-evaluaciones de historias clínicas con la finalidad de hacer "control de calidad" y establecer la concordancia de la aplicación de los criterios por los analistas que estaban en el terreno, encontrándose un desempeño satisfactorios de estos criterios para establecerla adecuación del manejo médico en la consulta médica ambulatoria.

Únicamente se necesitó la utilización de criterios "extraordinarios" en una mínima proporción de las historias clínicas analizadas.

Los criterios de utilización fueron evaluados durante las pruebas preliminares del MED demostrando un buen nivel de concordancia entre observadores así:

Kappa de 0.79 (CI: 95%) con una coincidencia de 0.89.

MODALIDADES DE APLICACIÓN

- ***Concurrente:***

  Aplican la totalidad de los criterios de adecuación y causas de inadecuación y el centro de la evaluación se desarrolla alrededor de la última consulta para la aplicación de los criterios de adecuación

- ***Retrospectiva***

  Se aplica sobre historias clínicas de pacientes consultadores crónicos, solo aplican las causas de inadecuación y la evaluación se realiza a la totalidad de consultas producidas por el médico general en el último año.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Recurso: Se refiere a la consulta médica ambulatoria, los exámenes de apoyo diagnóstico, los procedimientos terapéuticos, las remisiones, medicamentos, etc.

Utilización Inadecuada: Es aquella que no se ajusta a las necesidades del paciente, se refiere a consultas en las cuales no se agotaron todas las posibilidades de la clínica de acuerdo a los planteamientos del principio del beneficio máximo alcanzable, denominar una consulta como inadecuada no significa necesariamente que pueda ser suprimida, lo cual dependerá de si la inadecuación se da por sobreutilización o por subutilización.

Utilización Innecesaria: es aquella consulta o medio diagnóstico o terapéutico que podrían ser suprimidos sin someter al paciente a ningún tipo de riesgos derivados de esta situación. También se considera innecesaria la consulta que se utiliza únicamente para completar acciones o procesos que pudieron efectuarse en cualquier consulta previa.

Médico Analista: Profesional que reconoce o comprueba la adecuación de la utilización, empleando la metodología aquí definida.

Consultador Crónico: término de común utilización en al país para referirse a los pacientes que consultan repetidamente al médico, es equivalente al término "hiperfrecuentador" de la literatura científica internacional. Para el caso específico de nuestra experiencia nacional, se considera "Consultador Crónico" de acuerdo a estudios previos realizados el paciente que consulta siete o mas veces en el año, puesto que aquí se configura el Pareto: el 20.1% de los pacientes han generado el 43.5% de las consultas.

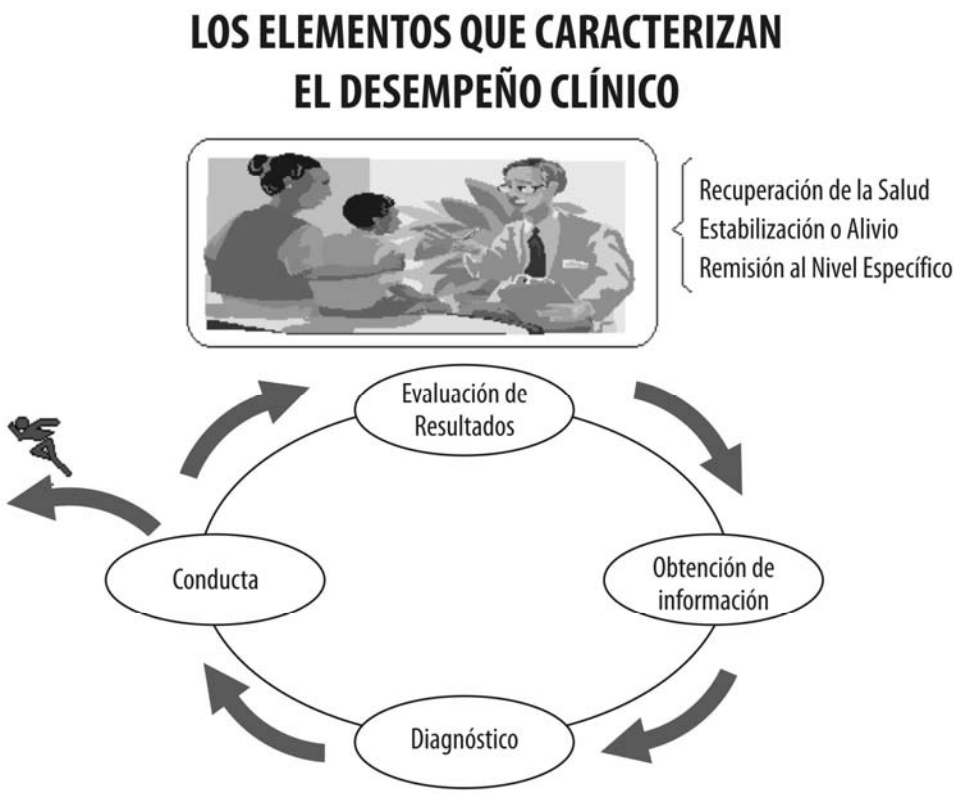
DEFINICIÓN DE CRITERIOS

EN RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO CLÍNICO

Los procesos que se desarrollan durante el acto médico tienen una finalidad y una secuencia lógica que debe darse para poder maximizar los resultados clínicos y optimizar la utilización de los recursos, a continuación se explicitan los criterios que el analista debe aplicar durante su proceso evaluativo.

PROPÓSITO DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

1. Conseguir que el paciente recupere su estado de salud normal, de no ser posible . . .
2. Estabilizar o aliviar el proceso mórbido, de no ser posible . . .
3. Remitir al nivel específico en el cual sí se pueda alcanzar alguno de los anteriores objetivos, rompiendo el reciclaje del paciente en un círculo vicioso inefectivo de consultas inadecuadas y/o innecesarias



FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN

El Proceso de Atención que se desarrolla en la consulta médica se debe dar en cuatro fases secuenciales lógicamente desarrolladas interrelacionadas, a través de las cuales se debe desarrollar la "corroboración iterativa de una hipótesis" que deben darse con la mayor oportunidad y sin desperdicio de recurso[v]:

Fase 1: Obtención de la Información: proceso de recolección de Información mediante el cual el médico genera una base de datos útiles para el análisis y resolución del cuadro clínico: anamnesis, examen físico, revisión de sistemas, así como la utilización de las ayudas diagnósticas e ínter-consultas. En tal fase se espera del médico que optimice su capacidad clínica y utilice los elementos diagnósticos a su alcance con la mayor relación costo-beneficio

Fase 2: Producción de un diagnóstico: En la cual se incluyen la elaboración de una impresión diagnostica presuntiva inicial y en un segundo momento un diagnóstico que se llamará "definitivo", independientemente del hecho de que durante la evolución del cuadro clínico pueda ser replanteado en la fase de evaluación de resultados

Fase 3: Definición de una conducta: la cual debe ser racional, suficiente e integral y acorde con el POS y las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, comprende los aspectos de terapia farmacológica, terapia no farmacológica e instrucciones educacionales al paciente.

Fase 4: Evaluación de Resultados: Comprende el análisis de los resultados de la terapia, en aspectos tanto relacionados con el proceso clínico como con los factores externos a el pero que están afectando la evolución del paciente

La siguiente matriz de análisis resumen los criterios que se deben cumplir si el proceso se da con calidad:

MATRIZ DE ANÁLISIS

	OPORTUNIDAD	**CONTINUIDAD**	**SUFICIENCIA E INTEGRALIDAD**	**RACIONALIDAD LÓGICO-CIENTÍFICA**
OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	Se obtuvo la información necesaria en un tiempo razonable?	Si el problema no fue resuelto se desarrolló un nuevo interrogatorio y examen físico, así como las ayudas diagnósticas indicadas?	Fue completo y global el uso de la información obtenida?	La información investigada era coherente con el motivo de consulta y la enfermedad?
PRODUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO	Se retrasó el diagnóstico por razones diferentes a su dificultad de obtención?	El diagnóstico fue correcto y la evolución de la enfermedad fue la prevista?	El diagnóstico producido incluye todas las quejas del paciente?	El diagnóstico concuerda con la etapa de obtención de la información?
DEFINICIÓN DE UNA CONDUCTA	Las decisiones tomadas fueron las adecuadas para tratar sin retrasos o riesgos innecesarios al paciente?	Cuando hubo necesidad de establecer variaciones en la conducta debido a la evolución de la enfermedad, estas se produjeron?	El tratamiento fue prescrito en las cantidades adecuadas y comprendió la totalidad de las patologías del paciente cuando esto era indicado?	La conducta asumida está de acuerdo con el diagnóstico, las guías de práctica clínica y la evidencia actual?
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	La evaluación de la evolución del proceso se dio sin retrasos innecesarios?	Subsecuentemente a las etapas previas, se realizó la evaluación de la evolución?	Cuando lo indicaba el cuadro clínico, la evaluación abarcó todas las etapas en las cuales se evidenciara la necesidad de replantear lo desarrollado?	Se le ofrecieron al paciente todos los medios posibles tanto desde el punto de vista de los recursos humanos, como tecnológicos disponibles y razonablemente indicados para su recuperación?

EN RELACIÓN CON EL MÉDICO ANALISTA / MÉDICO AUDITOR

La aplicación de esta metodología implica un apropiado manejo por parte del evaluador de los procesos médicos relacionados con el abordaje y manejo del paciente, por lo cual deberá ser realizado por médico.

Esta metodología, al igual que su predecesor, la "Monitoría del Paciente Consultador Crónico" busca mejorar el desempeño clínico a través de la inducción en el profesional médico de la búsqueda de la práctica de "la excelente medicina", por los cual es importante que el evaluador tenga bases y una orientación adecuada sobre el mejoramiento continuo, las guías de práctica clínica, la medicina basada en la evidencia y el abordaje del "solving problem", tenga clara la diferenciación de éste, con los enfoques tradicionales de garantía y otros métodos divergentes, pues de no ser así, la distorsión de esta orientación impedirá la obtención de los resultados deseados.

EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA CLÍNICA

El proceso de evaluación que se desarrolle debe cumplir con las siguientes características que le permitan ser costo-efectivo y competitivo a largo plazo:

1. Amable en el relacionamiento con el Cliente Interno
2. Que se desarrolle a partir de criterios explícitos que muestren al evaluado unas claras reglas de juego y le permitan seleccionar metas de mejoramiento
3. Que identifique claramente procesos que fallan, avanzando claramente mas allá de la visión cortoplacista centrada en las fallas superficiales y sintomáticas
4. Que internalice procesos de mejoramiento en el proveedor de los servicios
5. Selectiva en la contención de costos de No-Calidad

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La fuente de la Información

Está originada por la Historia Clínica Médica, y el análisis debe basarse sobre los datos consignados en ella, evitando hacer inferencias que no estén clara y específicamente soportadas en lo allí consignado.

Evaluar la Historia Clínica que será analizada verificando que contenga la información referente al proceso clínico del paciente, o en caso de estar incompleta, solicitar que se le anexen la totalidad de la documentación necesaria para el análisis antes de proceder a este.

Período de Análisis

El análisis en la versión concurrente está centrado en la última consulta, sin embargo deberá retrocederse en la lectura de la historia clínica hasta el inicio del proceso clínico que ha motivado dicha atención

En la versión retrospectiva comprende el último año de atención al paciente contado a partir de la última consulta registrada en la Historia Clínica

Tamaño muestral sugerido

Se seleccionará aleatoriamente de acuerdo a la siguiente tabla:

NUMERO DE CONSULTAS/DIA	NUMERO DE CONSULTAS QUE DEBEN SER ANALIZADAS
2 A 8	2
9 A 15	2
16 A 25	3
26 A 50	5
51 A 90	8
91 A 150	13
151 A 280	20
281 A 500	32
501 A 1200	50
1200 A 3200	80
3201 A 10000	125
10001 A 35000	200

Fuente: Norma ABC MIL . STD – 105D

EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El instrumento está diseñado para llevar al evaluador a través de una serie de decisiones basados en criterios explícitos, de tal manera que se obtenga validez y reproductibilidad en el análisis, por lo cual debe apegarse a los contenidos de los instructivos de las siguientes páginas, en la secuencia planteada y absteniéndose de agregarle cualquier juicio de valor.

Cuando la metodología se aplica a pacientes consultadores crónicos (siete consultas o mas en el año, no se aplicarán los criterios de utilización y luego de la aplicación de la matriz de análisis se pasará a aplicar las causas de inadecuación.

La secuencia del análisis está planteada en el siguiente gráfico, así:

1. **Identificación del criterio de utilización** de la consulta médica, si cumple mas de un criterio, se seleccionará el que aparezca primero en el listado de criterios de utilización, si no, se aplicará criterio extraordinario.
2. **Establecimiento de la Adecuación Clínica de la consulta**: se considerará adecuada la consulta en la cual el proceso de atención estuvo claramente orientado hacia la obtención de los propósitos arriba planteados y las fases de la atención se dieron con oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad y racionalidad lógico-científica, tal como se plantea en los criterios de la matriz de análisis, se considera adecuada la consulta encontrada clínicamente adecuada y necesaria, en caso contrario, se considerará inadecuada.
3. **Establecimiento de la necesidad de la consulta médica**, llegando a uno de tres conceptos:
    - **Consulta médicamente necesaria:** aquella que agrega valor a la consecución de los propósitos de la atención con una óptima utilización del recurso y un nivel de eficiencia clínica dentro de los criterios de la matriz de análisis

- **Consulta Innecesaria:** de acuerdo con la definición arriba anotada, diferenciando si lo es porque simplemente podría ser suprimida sin generar ningún riesgo al paciente o deteriorar la calidad de atención, o si lo es porque está supliendo una ineficiencia de una atención precedente.
- **Consulta médicamente necesaria pero inadecuada:** aquella que a pesar de ser requerida por el paciente, no esta claramente orientada hacia la obtención de los propósitos de la atención con óptima utilización del recurso y un nivel de eficiencia clínica dentro de la matriz de análisis.

Identificar Causas de Inadecuación: desarrollando el árbol de decisiones indicado abajo.

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN

Tabla 1: Criterios de Utilización

Cód.	**CRITERIO**
1	*Se realiza ajuste de dosis de medicamentos*
2	*Se realiza adición y/o cambio de medicamentos*
3	*Se evalúan resultados de procedimientos terapéuticos*
4	*Se hace evaluación de la evolución del estado clínico del paciente*
5	*Se expide prorroga de incapacidad*
6	*Se monitorizan efectos tóxicos del medicamento*
7	*Se ordenan examen(es) de laboratorio clínico para precisar dx y/o definir conducta*
8	*Se manejan efectos secundarios del medicamento*
9	*Se evalúa iatrogenia*
10	*Se suministra educación terapéutica al paciente.*
11	*Se prescriben medicamentos POS.*
12	*Se remite a urgencias*
13	*Se remite para ser hospitalizado*
14	*Se remite a médico especialista*
15	*Se prescribe terapia no farmacológica*
16	*Se orienta al paciente según el riesgo a valoración por otros profesionales del equipo de salud.*
17	*Se remite a profesional de apoyo*
18	*Se remite a medicina(s) complementaria(s)*
19	*Se prescriben medicamentos para patologías como: Hipertensión arterial, Diabetes.*
20	*Se prescriben medicamentos que corresponden a otro nivel de complejidad*

21	*Se prescriben medicamentos no POS.*
22	*Se remite a medico general*
23	*Se establece un diagnostico definitivo e integral*
24	*Se emite un diagnostico presuntivo*
25	*Se hace evaluación clínica del paciente*
26	*Se ordenan examen(es) de laboratorio clínico I Anexo exámenes Nivel I-II -III*
27	*Se ordena ecografía primer nivel*
28	*Se ordenan RX convencionales*
29	*Se solicita interconsulta a odontología*
30	*Se solicita interconsulta a médico especialista*
31	*Se solicita interconsulta a profesional de apoyo*
32	*Se ordenan examen(es de laboratorio clínico II y III pero del nivel de competencia del médico tratante*
33	*Se ordena nueva realización de exámenes de laboratorio clínico por duda acerca de su confiabilidad por parte del médico tratante*
34	*Se ordena nueva realización de RX convencionales por duda acerca de su confiabilidad por parte del médico tratante*
35	*Se ordena nueva realización de ecografía de primer nivel por duda acerca de su confiabilidad por parte del médico tratante*
36	*Se ordenan exámenes de laboratorio clínico que no son del nivel de competencia del médico tratante*
37	*Se ordena ecografía que no es nivel de competencia del médico tratante*
38	*Se ordenan RX que no son del nivel de competencia del médico tratante*
39	*Se solicita interconsulta a médico general*
40	*Se realiza evaluación de resultados de exámenes paraclínicos sin generar dx*
41	*Se solicita exámenes de laboratorio clínico no POS*
42	*Se hace trascripción de formula(s) médicas*
43	*Se realiza trascripción de examen(es) de laboratorio clínico*
44	*Se realiza trascripción de incapacidad(es)*
45	*Se expide incapacidad*

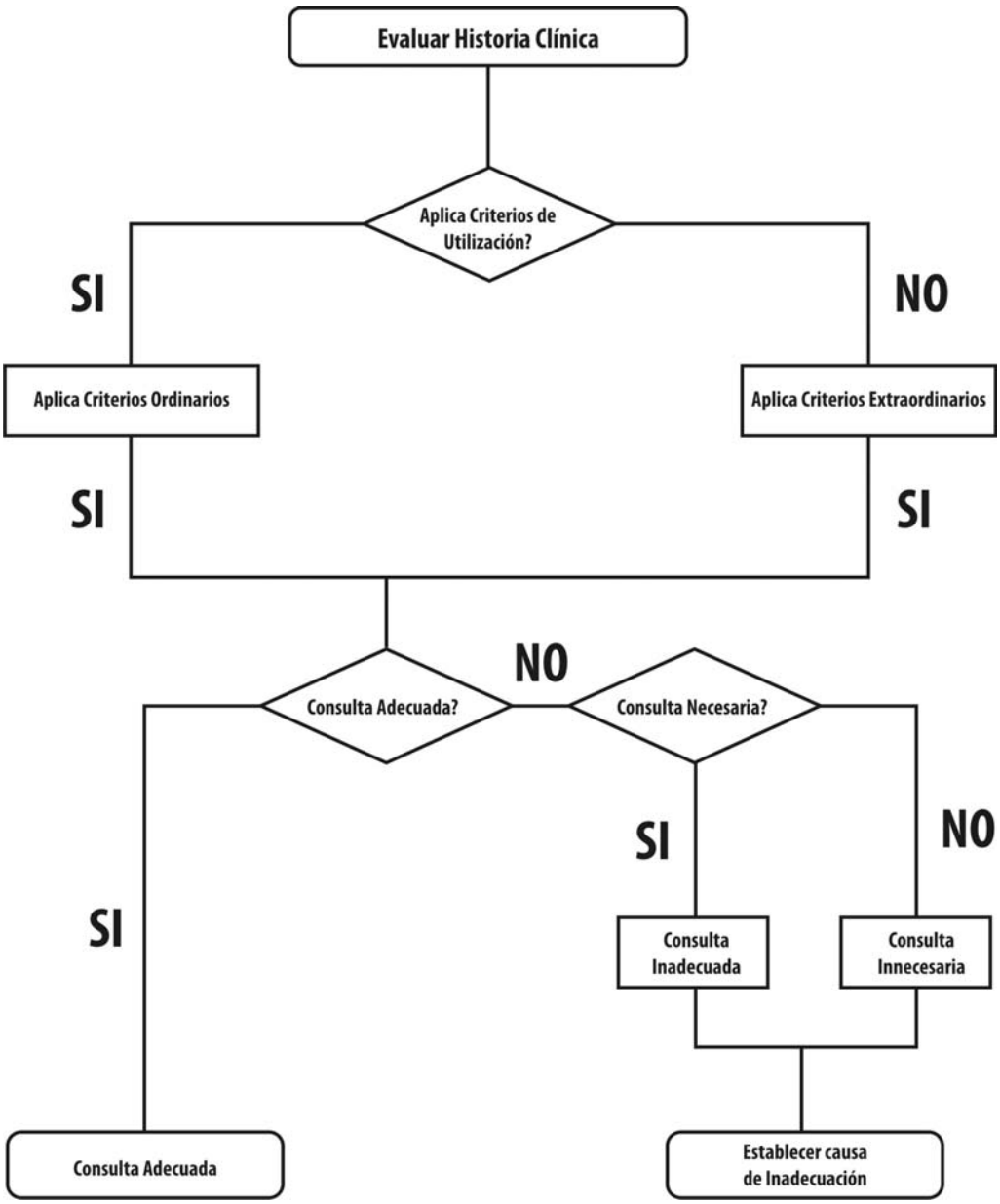
46	*Se realiza evaluación medica del paciente solicitada por instancias administrativas*
47	*Se hace nueva formula médica a causa de la no entrega o entrega incompleta de los medicamentos de la fórmula previa*
48	*Criterio Extraordinario (Explicar cual)*

CAUSAS DE INADECUACIÓN

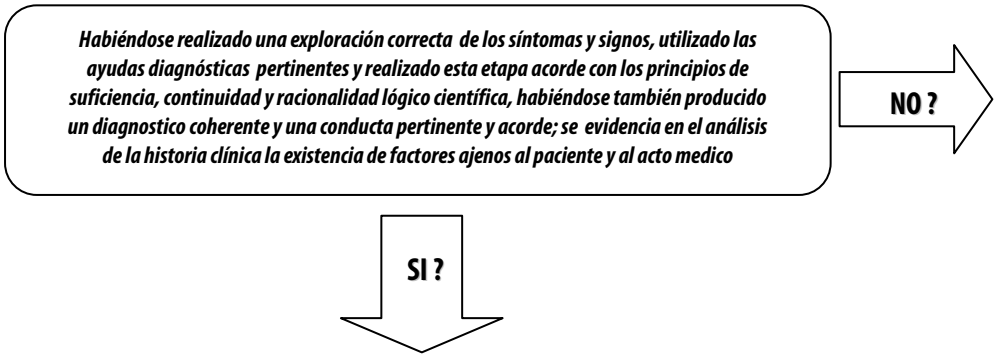
El instrumento esta diseñado de tal manera que los criterios correspondientes a factores comunes están agrupados en una misma sección de este: al iniciar cada sección se encuentra una afirmación ante la cual debe establecerse si refleja o no lo encontrado en la Historia Clínica objeto de análisis, en caso afirmativo, proceder a clasificar el caso de ese paciente en uno de los criterios de esa sección, en caso negativo, pasar a la siguiente y repetir el proceso.

Recordar que el criterio de utilización hace referencia siempre a la consulta evaluada, en tanto que la causa de inadecuación hace referencia al proceso de atención que se ha dado a la condición clínica del paciente, lo cual incluye la secuencia de consultas realizada por el médico general desde que comenzó la enfermedad actual a que hace referencia el criterio de utilización.

DETERMINACIÓN DE LA ADECUACION



SECCIÓN I



FACTORES EXTERNOS AL PACIENTE Y AL ACTO MEDICO

ÍTEM Nº 49 NO HAY ATENCIÓN Y RESPUESTA DE LA ESPECIALIDAD A LA REMISIÓN

En este ítem incluimos los casos en donde generándose oportunamente una remisión a la especialidad no hay atención y respuesta por parte de esta lo cual obliga al paciente a consultar repetidamente

ÍTEM Nº 50 NO OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR LA ESPECIALIDAD

Aun cuando la especialidad responde a la interconsulta esta respuesta no es oportuna haciendo consultar de nuevo al paciente

ÍTEM Nº 51 LA ATENCIÓN POR LA ESPECIALIDAD NO ES ADECUADA

Aun cuando la especialidad responde a la interconsulta esta respuesta no es suficiente, racional o no se completan los actos que rodean el acto médico como ayudas diagnósticas, prescripción, incapacidades, etc. lo cual origina consultas suplementarias para suplirlas llevando a cronificar al paciente

ÍTEM Nº 52 INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

Lo referente al acto médico se ha cumplido correctamente, la prescripción es correcta y se encuentra dentro de los lineamientos establecidos por el POS para la entrega de medicamentos no obstante la no oportunidad en la entrega de medicamentos hace que el paciente consulte repetidamente

ÍTEM N° 53 NO OPORTUNIDAD EN AYUDAS DIAGNOSTICAS

Lo referente al acto medico se ha cumplido correctamente, y se encuentra dentro de los lineamientos establecidos lo evidencia científica y el POS o POS-S , no obstante la no oportunidad en la entrega de los resultados de las ayudas diagnósticas impide definiciones en el proceso asistencial originando que el paciente consulte repetidamente al no ser resuelto su problema de salud

ÍTEM N° 54 FALLAS EN TRAMITES ADMINISTRATIVOS QUE OBSTACULIZAN EL OPORTUNO ACCESO DEL PACIENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD

Aplica cuando los procesos clínicos de atención se han dado de acuerdo a los criterios de la matriz de análisis, y en la historia clínica se encuentra consignado que las fallas en factores administrativos (p. ej., fallas en el comprobador de derechos, etc.) han bloqueado la atención del paciente, favoreciendo el deterioro de su cuadro clínico u obligándolo a consultar repetidamente

SECCIÓN II

La exploración y el laboratorio se encontraron suficientes para evaluar el cuadro clínico, el diagnóstico es integral y encuadrado en una adecuada racionalidad lógico - científica; sin embargo, el análisis de la conducta evidencia que se encuentra comprometida en alguna de sus cualidades, oportunidad, Suficiencia; Integridad o Racionalidad lógico científica

NO ?

SI ?

FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA TERAPÉUTICA

ÍTEM Nº 55 NO RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y LA CONDUCTA

Se desprende claramente que la conducta que se asume es incoherente con el diagnostico que se hace

ÍTEM Nº 56 SE HACE DIAGNOSTICO PERO NO SE ASUME CONDUCTA

No obstante no se registra en la historia ninguna justificación válida para ello, aunque el análisis de los pasos previos sugieren la validez de asumir conducta

ÍTEM Nº 57 SE ASUME CONDUCTA FARMACOLÓGICA DESCUIDANDO OTRAS CONDUCTAS NECESARIAS PARA EL ALIVIO O ESTABILIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Aplica en los casos en los cuales se requiere un tratamiento que integre diversas modalidades de terapia, lo cual no se hace, afectando la resolución del cuadro clínico

ÍTEM Nº 58 DOSIFICACIÓN EQUIVOCADA DE MEDICAMENTOS

La dosificación no corresponde con los parámetros predeterminados de acuerdo con el medicamento formulado, ya sea en relación con el tiempo de tratamiento (antibioticoterapias prolongadas) o con la concentración (subdosificación, sobredosificación) .

ÍTEM Nº 59 INTERACCIONES POTENCIALES PELIGROSAS DE MEDICAMENTOS

Son los casos en que se prescriben medicamentos cuyas combinaciones pueden generar aumento de la morbilidad o mortalidad en el paciente, por ejemplo Verapamilo más Propanolol o Estatinas más Fibratos

ÍTEM Nº 60 AUSENCIA DE INDICACIÓN PARA EL MEDICAMENTO

En este ítem están los casos en que se prescriben medicamentos sin que la historia clínica registre hallazgos que soporten esta decisión, por ejemplo antibioticoterapia en pacientes con cuadros virales

ÍTEM Nº 61 NO SE PRESCRIBE UN MEDICAMENTO QUE ES NECESARIO

Se omite la prescripción de un medicamento a pesar de existir elementos de juicio que justifican claramente la necesidad de hacerlo

ÍTEM Nº 62 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS

Se prescriben medicamentos a pacientes con antecedentes de alergia u otra contraindicación claramente documentada

ÍTEM Nº 63 PRESCRIPCIÓN DE UN MEDICAMENTO EXISTIENDO OTRO DE IGUAL EFECTIVIDAD

En este ítem se incluyen pacientes, en los que se prescriben medicamentos sin ningún soporte de evidencia que justifique su elección sobre los contenidos en el Plan Obligatorio de Salud por ejemplo: antihistamínicos del tipo Astemizol en lugar de Loratadina o Lanzopresol en lugar de Omeprazol

ÍTEM Nº 64 AL DECIDIR UNA CONDUCTA MEDICA NO SE ASUME COMPLETAMENTE

Se hace diagnostico y se asume la conducta parcialmente; se maneja el paciente a medias, lo cual incide en la prolongación en la resolución del cuadro del paciente

ÍTEM Nº 65 SE DIAGNOSTICA, SE TOMA CONDUCTA, PERO ESTA NO ES ADECUADA

En este ítem incluimos los casos en donde según el diagnóstico la conducta que se toma es inadecuada para este

ÍTEM Nº 66 NO REMISIÓN OPORTUNA

No se produce la remisión a pesar de existir suficientes elementos de juicio que indican la necesidad de hacerlo

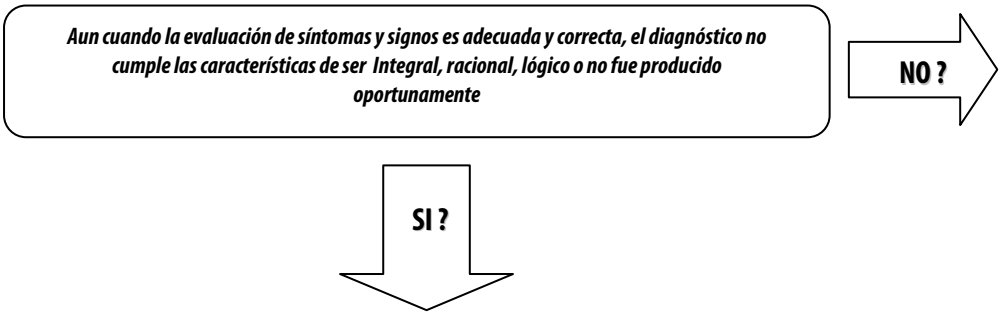
ÍTEM Nº 67 EL EQUIPO DE SALUD NO MANEJA A LOS PACIENTES DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Los casos de pacientes que no obstante cumplir todas las condiciones establecidas en el programa de Promoción y Mantenimiento de la salud, no son evaluados por el equipo de salud de acuerdo con estos lineamientos.

ÍTEM Nº 68 ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA PERO CUYAS CONSULTAS NO SON JUSTIFICADAS

Y no ha sido redirigido de acuerdo con los lineamientos del programa de Promoción y Mantenimiento da la salud o de la instancia administrativa pertinente, si es del caso, y previamente se ha descartado compromiso sicológico o psiquiátrico

SECCIÓN III



FACTORES EN EL DIAGNOSTICO

ÍTEM Nº 69 SE DIAGNOSTICA UNA ENFERMEDAD PERO SE DESCUIDA EL DIAGNOSTICO DE OTRA

Dentro de este ítem están los casos en donde al paciente se le hace un diagnóstico pero se descuidan otros síntomas que configuran otra enfermedad con riesgo de cronificar al paciente

ÍTEM Nº 70 EL CUADRO CLÍNICO CORRESPONDE A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN PERO NO SE HA IDENTIFICADO EL ÁREA DE REMISIÓN

Pacientes que no obstante las claras dificultades por las características del cuadro clínico debe ser manejado en otro nivel, pero no se ha llegado al menos a la definición del área clínica a cuya competencia correspondería el manejo del paciente, lo cual lleva a no definir diagnostico y/o conducta favoreciendo la cronificación por la no resolución de su problema

ÍTEM Nº 71 MANEJO SINTOMÁTICO DE LA ENFERMEDAD PERO NO SE HACE DIAGNOSTICO

Se tratan los síntomas del paciente pero no se le hace un diagnóstico definitivo

ÍTEM Nº 72 SE DA UN DIAGNOSTICO INCORRECTO

Hay elementos suficientes en la Historia Clínica para hacer el diagnóstico pero se da otro que es incorrecto

ÍTEM Nº 73 SE PRESENTA INCOHERENCIA ENTRE LOS SÍNTOMAS Y EL DIAGNÓSTICO

No relación entre los síntomas del paciente y el diagnóstico que se hace

ÍTEM Nº 74 NO SE HACE DIAGNOSTICO Y POR TANTO NO SE TOMA CONDUCTA

Al no llegarse a la producción de un diagnóstico, no es posible instaurar un manejo terapéutico correcto

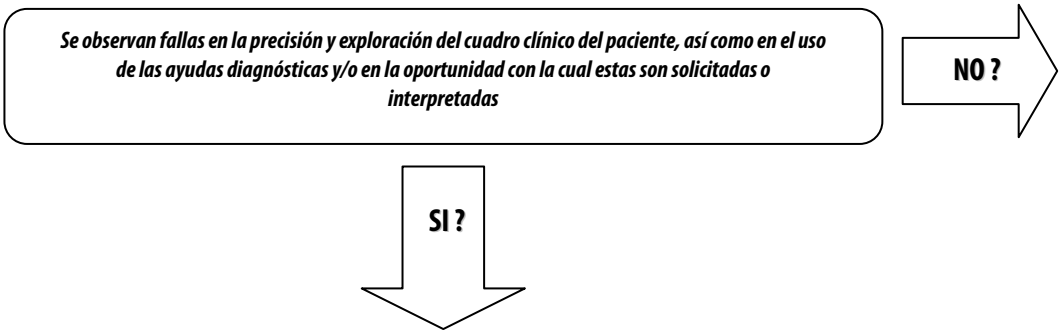
ÍTEM Nº 75 A PESAR DE LA EXISTENCIA DE ELEMENTOS CLÍNICOS NO SE DA UN DIAGNOSTICO

Aun aportando el cuadro clínico elementos claros para un diagnóstico, este no se hace

ÍTEM Nº 76 MÚLTIPLES IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS SIN DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Aún cuando el manejo individual de cada una de las entidades clínicas puede ser correcto, se evidencia a lo largo de la serie de consultas la ausencia de un diagnóstico que las integre

SECCIÓN IV



FACTORES RELACIONADOS CON LA ETAPA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

ÍTEM Nº 77 EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA NO SE DESARROLLA BUSCANDO SISTEMÁTICAMENTE LA CORROBORACIÓN ITERATIVA DE UNA HIPÓTESIS

Aquí incluimos los casos clínicos donde el paciente consulta repetidamente porque no se evalúa la enfermedad de acuerdo al ciclo vital del paciente: edad, sexo, raza y ambiente, no se establece una hipótesis de trabajo y no existe ninguna coherencia entre las acciones definidas para la obtención de información o esta es errática

ÍTEM Nº 78 EXISTE POLI Y PLURI SINTOMATOLOGÍA SIN DIAGNOSTICO INTEGRADOR

Aquellos casos en donde el paciente manifiesta varios y variados síntomas y en el que no se le define un diagnóstico que los integre, ni tampoco se realiza la exploración en forma suficiente, racional y/o oportuna.

ÍTEM Nº 79 AUSENCIA DE INDICACIÓN PARA LA PRESCRIPCIÓN DE UN EXAMEN DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO O DIAGNOSTICO

Se ordena un examen de apoyo diagnostico y/o procedimiento terapéutico o diagnostico sin que existan elementos suficientes de juicio para hacerlo

ÍTEM Nº 80 NO SE PRESCRIBE UN EXAMEN DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO O DIAGNOSTICO QUE ES NECESARIO

Se omite la prescripción de un examen de apoyo diagnóstico y/o procedimientos terapéutico o diagnóstico a pesar de que es clara su necesidad de hacerlo, con base en los hallazgos registrados durante el proceso de atención (consulta).

ÍTEM Nº 81 PRESCRIPCIÓN DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS CONTRAINDICADOS

Se refiere a la prescripción de exámenes de apoyo diagnostico y/o procedimientos terapéuticos o diagnósticos en pacientes con antecedentes de alergia u otra contraindicación claramente documentada en la historia clínica

ÍTEM Nº 82 PRESCRIPCIÓN DE EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS O DIAGNÓSTICOS EXISTIENDO OTROS DE IGUAL EFECTIVIDAD

En este ítem se incluyen pacientes, en los que se prescriben exámenes de apoyo diagnóstico y/o procedimientos terapéuticos o diagnósticos sin ningún soporte de evidencia que justifique su elección sobre los contenidos en el Manual de Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.

SECCIÓN V

FACTORES ASOCIADOS CON EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL ENTORNO SOCIAL

ÍTEM Nº 83 POSIBLEMENTE ES UNA GANANCIA SECUNDARIA DEL PACIENTE

En la historia clínica se percibe que el paciente trata de obtener un beneficio diferente al de mejorar su estado de salud, tales como pacientes que sin existir ninguna indicación orgánica que amerite la formulación exigen la prescripción de droga o la expedición de incapacidades por ejemplo

ÍTEM Nº 84 FALTA DE CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE CON LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR EL EQUIPO DE SALUD, EN LO RELACIONADO CON EL MANEJO DE SU PATOLOGÍA, EN EL CONTEXTO DEL MODELO DE SALUD

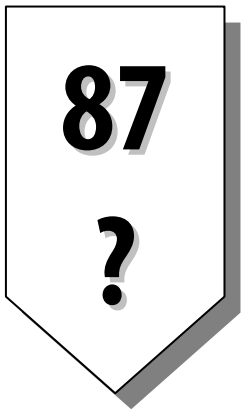
El paciente manifiesta que no quiere o no puede asistir a los controles establecidos por el equipo de salud, sin embargo la atención que recibe en la consulta médica no le aporta nada adicional a lo que recibiría si estuviera en las actividades de Promoción y Mantenimiento de la salud

ÍTEM Nº 85 REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES PARA CONTROLAR EL TRATAMIENTO

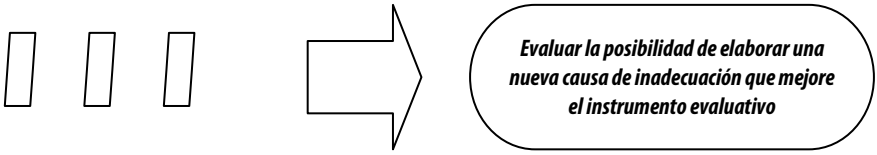
Se incluyen acá las situaciones en las cuales el paciente debe regresar para completar actos administrativos o asistenciales que pudieron ser completados en anteriores consultas, como por ejemplo repetir formulación por razones diferentes a las necesidades clínicas o expedir incapacidades para las cuales había criterios claros desde las anteriores consultas, etc.

ÍTEM Nº 86 APOYO A PACIENTES PARA LA EVOLUCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales el paciente colabora, su manejo clínico es correcto pero por carencia de apoyo familiar y/o incapacidad del paciente se hace necesaria las evaluaciones periódicas y constantes para asegurar el éxito en el manejo y definición de su cuadro clínico



SI DEFINITIVAMENTE NO SE ENMARCARE EN NINGUNO DE LOS CRITERIOS ANTERIORMENTE DESCRITOS:



MONITORÍA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MÉDICO (MED)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha de Evaluación mm/dd/aa

Nº	**Número de Historia Clínica**	Tipo de **Consulta**	**UTILIZACIÓN**		**ADECUACIÓN**			**OBSERVACIONES**
			Número de Consultas/año	Criterio	Clínica	Necesidad	Causa	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Formulario GNC-005

EXPERIENCIA DE MEJORAMIENTO

DISMINUCIÓN DE ESTANCIAS INACTIVAS

En una Clínica de Envigado, Antioquia

A continuación relatamos los logros exitosos que se han conseguido en la Clínica Santa Gertrudis en Envigado mediante la aplicación del Protocolo de Revisión de la utilización (PRU): ejemplo significativo de mejoramiento, aún en medio de las dificultades; digno de resaltar

La Clínica Santa Gertrudis, IPS de segundo nivel con un área ambulatoria de consulta externa con las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología y Dermatología y un área hospitalaria donde ofrece servicios de: **Hospitalización** en Medicina Interna (53 camas), cirugía general (3 camas) y urología (6 camas); **Cirugía** en Oftalmología, cirugía general, urología y otorrinolaringología; **Urgencias médicas** y **Apoyo diagnóstico y terapéutico**: laboratorio clínico, Rx , EKG, endoscopia digestiva, ecografía abdominal, nutrición y dietética y farmacia.

LA SITUACIÓN INICIAL

El primer contacto con el PRU se produjo en Octubre de 2000 cuando los funcionarios del Departamento de Calidad de la EPS iniciaron la aplicación del instrumento en las camas de Medicina Interna. Como generalmente ocurre al iniciar nuevos procesos, se presentó resistencia en algunos profesionales que cuestionaron el objetivo del proyecto, la metodología del PRU y algunos simplemente lo consideraron como otro proyecto más de auditoría

La evaluación inicial identificó una inadecuación en el 23.0% de los ingresos y en el 35.0% de las estancias, lo cual significa que el 33.5% de las estancias eran inactivas, o dicho de otra manera, en uno de cada tres días que permanecía hospitalizado el paciente solamente recibía cuidados de hotelería que no agregaban valor significativo a su proceso de recuperación.

Mejorar esta situación es prioritario para la EPS que necesita con urgencia estos recursos utilizados inadecuadamente para atender a pacientes que están represados en espera de que haya disponibilidad para atenderlos o que se encuentran en las áreas de urgencias esperando ser trasladados a piso. Para la IPS también es importante porque las estancias inactivas implican que facturan menos que si la inadecuación no existiera y porque afectan su competitividad en relación con las otras IPSs de la competencia. Para el paciente porque su estancia prolongada lo somete a riesgos evitables (como las infecciones intra hospitalarias) y puede disminuir su satisfacción con los servicios recibidos.

EL PROCESO DE MEJORAMIENTO

Cuando el Departamento de Calidad le informó al Gerente de la situación encontrada, este aceptó el protocolo y ha dado todo el respaldo para su aplicación, considerándolo "una herramienta administrativa con validez comprobada que arroja resultados positivos respecto a los indicadores y a la calidad de la atención", lo cual permitió el trabajo mancomunado entre EPS e IPS que llevó a impactar el problema.

Desde entonces se desarrollaron las siguientes actividades:

1- **Lista de Chequeo:** la Gerencia realiza un censo cada 3 días del paciente hospitalizado para detectar !as estancias prolongadas e informa a la EPS Seccional las ayudas diagnósticas y terapéuticas que requiere el paciente con prioridad.

2- **Liderazgo de la Gerencia de la Clínica**: De común acuerdo entre el Departamento de Calidad y la clínica, el equipo evaluador expuso en el Comité Técnico de la IPS, las generalidades sobre el estudio y sus ventajas y el Gerente de la clínica enfatizó la importancia del Protocolo como herramienta administrativa para hacer a la clínica más competitiva, eficiente y rentable, lo cual fue de gran trascendencia, pues transmitió a la organización la idea de la importancia y urgencia del cambio.

3- **Prevención:** El Coordinador de Hospitalización evalúa la pertinencia de la hospitalización y autoriza el ingreso del paciente al servicio, evitando desde la entrada el riesgo de hospitalización innecesaria o no justificada.

4- **Internalización**: la clínica conformó un grupo de trabajo encargado de capacitarse, realizar el análisis de la ruta causal de las estancias inactivas y retroalimentar el trabajo que realizan los funcionarios de Calidad. Han tenido reuniones y están conociendo todos los detalles del instrumento.

5- **Participación de los clínicos:** Al tiempo que se examinan las estancias, el equipo de calidad hace retroalimentación sobre los hallazgos, criterios, causas y resultados de la inadecuación en la utilización de la estancia hospitalaria, obteniendo una actitud positiva de los médicos, quienes comprueban que los análisis que se realizan no afectan para nada la práctica clínica, que incluso contribuyen a mejorarla y que las medidas correctivas no son punitivas. Por estas razones los galenos han ido eliminado las resistencias iniciales y se han ido involucrando en el proceso, lo cual le ha impartido un mayor dinamismo a la rotación de la estancia.

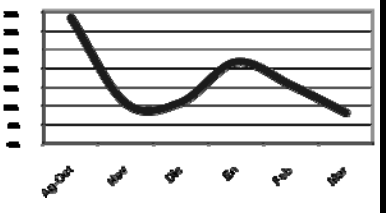
Durante el mes de enero se trasladaron masivamente pacientes y médicos desde otra clínica de la ciudad en donde no se desarrollaba con igual intensidad el programa, lo cual produjo un incremento en la inadecuación que rápidamente fue controlado, logrando recuperar rápidamente la tendencia alcanzada al mejoramiento.

RESULTADOS

1- **En la cultura organizacional:** la principal estereotipia que halló el equipo revisor en el área asistencial de la Clínica fue la idea comúnmente difundida que las estancias inactivas se debían solamente a la situación económica de la institución, la cual fue rápidamente desvirtuada al conocerse los resultados del estudio que evidenciaron que el problema tenía componentes que debían ser mejorados en la EPS como los relacionados con las ayudas diagnósticas, pero que también había factores que podían ser impactados por los clínicos y no necesitaban recursos adicionales (ver graficuadro)

Graficuadro 1: Comportamiento de las Estancias Inactivas en Medicina Interna Período Agosto 2000 - Marzo 2001

Período		Ingresos Inadecuados	Estancias Inadecuadas	Estancias Inactivas
2000	Ag.-Oct.	23.0%	35.0%	33.5%
	Noviembre	3.8%	11.5%	10.6%
	Diciembre	3.0%	12.0%	10.9%
2001	Enero	4.2%	24.5%	21.7%
	Febrero	3.1%	17.8%	15.5%
	Marzo	3.6%	8.7%	8.1%



2- **En la utilización de los Ingresos y Estancias:** Se consiguió un mejor uso de la cama hospitalaria, las estancias inactivas en la Clínica Santa Gertrudis se han reducido como consecuencia de la aplicación del PRU. En la tabla, se observa el impacto alcanzado, lo cual ha liberado días estancia que pueden ser utilizados para evacuar represa quirúrgica u hospitalizar pacientes que ingresaron por urgencias.

3- **En la optimización de los recursos:** en un cálculo realizado, se estimó que el valor del recurso liberado durante el tiempo de la aplicación del PRU y hasta el mes de marzo/2000 ascendió a una suma aproximada de $ 191.562.522, lo cual justifica ampliamente los esfuerzos realizados

4- **En mejores servicios al paciente:** según el director de la clínica los pacientes se benefician de esta metodología porque:

- "Se mejora la rotación de la cama hospitalaria haciendo más oportuno el servicio.
- Se disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria.
- Se tiene una herramienta que demuestra a la EPS como a la IPS su responsabilidad en las estancias prolongadas ya sea por falta de ayudas diagnósticas y terapéuticas o por manejo inadecuado del paciente.
- Descongestiona el servicio de observación disminuyendo la hospitalización del paciente en sillas"

- Tabla: Causas de Inadecuación
Medicina Interna
Período Marzo 2001

DE INGRESOS	
Las pruebas diagnósticas y/o tratamiento(s) necesario(s) pueden realizarse como paciente externo	100%
DE ESTANCIAS	
Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario pueden realizarse como paciente externo	42.8%
Pendiente de prueba(s) diagnóstica(s) o interconsulta(s) para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas	35.0%
No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de atención domiciliaria	8.8%

CONCLUSIÓN

La experiencia de la clínica es un ejemplo del proceso que se está dando en las diferentes IPSs que constituyen la red de prestación de servicios de la EPS y confirman la propuesta del nuevo modelo de calidad en el sentido de orientarse hacia la obtención de resultados en un enfoque funcional, basado en la evidencia y desprovisto de elementos punitivos, lo cual contribuye a la viabilidad de la EPS y mejora su capacidad competitiva. Estos logros iniciales nos demuestran que el cambio si es posible en nuestras condiciones específicas y con los recursos con que contamos, sin embargo también es importante tener en cuenta, que solo constituyen el primer paso de una larga marcha de miles de pasos más, por lo cual es fundamental mantener la continuidad en el mediano y largo plazo, así como profundizar en la identificación y mejora de procesos, que es lo que permitirá el éxito estratégico."[1]

[1] Reproducción del reporte que ejemplifica el mejoramiento obtenido a través de la aplicación de la metodología del Protocolo de Revisión de la Utilización en Colombia, incluido como un anexo del taller ("workshop") **"Design of a quality system focused to outcomes and based on evidence"** desarrollado el día 4 de octubre de 2001 dentro de la programación oficial de la 18ª Conferencia de la Internacional Society for Quality in Healthcare (ISQua), realizado en la ciudad de Buenos Aires

BIBLIOGRAFIA

[1] Peiró S. y Meneu R., Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos, Institu Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP), Valencia.

[2] Donabedian A., Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality (Vol II), Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982

[3] McGlyn EA, Asch SM, Adams J, Hicks J, DeCristofaro A, and Kerr EA, "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", New England Jouirnal of Medicine, Vol. 348, N° 26, June 26, 2003, pp. 2635-2645.

[4] Kerr EA, McGlynn EA, Adams J, Kessey J. and Asch SM, "Profiling the Quality in Communities: Results from Community Quality Index Study", Health Affairs, Vol. 23, N° 3, May/June 2004, pp. 247-256

[5] Bengstson, A., J. et al, " The Appropriateness of Performing Coronary angiography and Coronary Artery Revascularization in a Swedish Population", JAMA. 1994 Apr 27;271(16):1260-5.

[6] Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Calidad de la Utilización de la Cama Hospitalaria en el ISS, Temas de Calidad, N° 7, Julio 1988

[7] Oficina Nacional de Evaluación de Calidad, Informe de Resultados de los Estudios Ambulatorios 1991, Seguro Social, Bogotá 1992

[8] Restrepo FR, "'Monitoría del Paciente Consultador Crónico': Reducing demand for physician visits through the quality improvement in the ambulatory care setting", 17th International Conference of The International Society for Quality in Healthcare (ISQua), Dublin, September, 2000

[9] S Lorenzo, R Beech, T Lang, and B Santos-Eggimann, An experience of utilization review in Europe: sequel to a BIOMED project, Int. J. Qual. Health Care, Feb 1999; 11: 13 - 19.

[10] Michel P. Kossovsky, Pierre Chopard, Filippo Bolla, François P. Sarasin, Martine Louis-Simonet, Anne-Françoise Allaz, Thomas V. Perneger, And Jean-Michel Gaspoz, Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use, Int. J. Qual. Health Care, Jun 2002; 14: 227 - 232.

[11] Oliver Sangha, Sebastian Schneeweiss, Manfred Wildner, E. Francis Cook, Troyen A. Brennan, Jens Witte, and MATTHEW H. LIANG, Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data, Int. J. Qual. Health Care, Dec 2002; 14: 483 - 492.

[12] Sidika Kaya, Gülsen Vural, Kafiçye Erogælu, Gülay Saiçn, Hakan Mersin, Meliçh Karabeyogælu, Kerem Sezer, Bektas Türkkani, and Joseph D. Restuccia, Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey, Int. J. Qual. Health Care, Aug 2000; 12: 325 - 329.

[13] G. Fellin, G. Apolone, A. Tampieri, et al., Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies, Int. J. Qual. Health Care, Sep 1995; 7: 219 - 225.

[14] Restuccia, J.D., Apprpriateness Evaluation Protocol Manual para la Revisión, Fundación Avedis Donabedian, Barcelona, 1996

[15] Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ., Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria, Med Care. 1990 Feb;28(2):95-111.

[16] República de Colombia, decreto 2309 de 2002, artículo 37

[17] Patrick M. J. H Smeets, Frank W. S. M Verheggen et al., Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: how strong is the evidence to proceed, International Journal for Quality in Health Care 12:483-493 (2000)

[18] Restrepo, FR, "Design of a Quality System focused to outcomes and based on evidence", 18th International Conference of The International Society for Quality in Healthcare (ISQua), Buenos Aires, October, 2001

[19] Vardi A., Modan B. et. Al., A Controlled Intervention in Reduction of Redundant Hospital Days, International Journal of Epidemiology, 1996 Jun;25(3):604-8.

[20] Ministerio de la Protección Social, Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud, Nuevas Ediciones Ltda., Bogotá, 2004

[21] Vuori HR., El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios, MASSON S.A., Barcelona, 1991

[22] Cutler P, "Problem solving in clinical medicine: from data to diagnosis", Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore, 1998

La aplicación de metodologías contenidas en este documento, permite a las instituciones evaluar donde existe una utilización inadecuada de los recursos hospitalarios, siendo esto una de las fuentes más importantes de incremento de los costos de la atención en salud y son de gran utilidad tanto para el prestador como para el asegurador, como herramienta de mejora continua.

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Dirección General de Calidad de Servicios
Carrera 13 No. 32 - 76 piso 18, Bogotá - Colombia
Teléfono: 330 5000 Ext: 1800
Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 330 5000 Exts: 3380 - 3381
Resto del país: 01 8000 910097
Página web: www.minproteccionsocial.gov.co