



**UNIVERSIDAD DE
ZARAGOZA**

Facultad de Medicina

TESIS DOCTORAL

Características

clínico-epidemiológicas

de la población ingresada

en un Servicio de

Medicina Interna

**Realizada por la Licenciada en Medicina y
Cirugía Doña María Blanca Obón Azuara
para obtener el grado de doctor**

1997

D. Alberto Martínez-Berganza Asensio, Doctor en Medicina y Psiquiatría, Profesor Asociado del Dpto. de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza

CERTIFICA QUE:

Dña. María Blanca Obón Azuara, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, ha realizado bajo mi dirección los trabajos de investigación correspondientes a la realización de la Tesis Doctoral titulada:

“Características clínico-epidemiológicas de la población ingresada en un Servicio de Medicina Interna”

Teniendo en cuenta que el material y la metodología del estudio, así como el procedimiento de análisis de los resultados obtenidos son científicamente válidos, se considera que dicho trabajo posee objetivamente los valores intrínsecos suficientes para optar al grado de Doctor.

Para que así conste y surta los efectos oportunos ante la Autoridad Académica, se firma el presente certificado en Zaragoza, a 15 de mayo de mil novecientos noventa y siete.

Profesor A. Martínez-Berganza Asensio.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Don Pedro Cía quien dirige el Servicio de Medicina Interna “A” y que amablemente me ha permitido realizar este estudio en su servicio.

Al Dr. Don Agustín García Gil que propició mi entrada en esta línea de investigación y me animó a continuar estudiando.

Al Doña María Dolores Guallar por su ánimo y alegría, así como por su colaboración en la recolección de historias clínicas.

A las personas que trabajan en el Servicio de Medicina Interna “A” por el cariño con el que me han tratado.

A Miguel, Amparo, Mari Carmen, Pili, José y Rodolfo, mi familia, que tan estoicamente me han soportado. Por el tiempo que les he robado, y por el que no les he dedicado. Por su incondicional, infinito, paciente y continuo apoyo.

A Esther, y a Pilar y Domingo, por trabajar con red, como en el circo, por arroparme con su amistad. Y en fin, a tod@s l@s amig@s, por los momentos de humor pasados y por los que vendrán.

Al Dr. Don Alberto Martínez-Berganza Asensio por sus enseñanzas en el campo de la Filosofía, Informática y Medicina, así como por su ayuda en la dirección y revisión de esta Tesis, pero sobre todo por su amistad.

“Hoy es hoy con el peso de todo el tiempo ido
con las alas de todo lo que será mañana,
hoy es el Sur del mar, la vieja edad del agua
y la composición de un nuevo día...”

P. Neruda

A Miguel y Amparo,
mis padres.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	16
I. 1. ESTADO ACTUAL DE LA MEDICINA INTERNA	16
I. 2. INGRESO HOSPITALARIO	18
I. 2. 1. Perfil de ingreso	18
I. 2. 2. Reingreso	22
I. 3 MORBILIDAD Y YATROGENIA	27
I. 3. 1. Morbilidad	27
I. 3. 2. Infección hospitalaria	31
I. 4. MORTALIDAD	32
I. 4. 1 Incidencia de la mortalidad	33
I. 4. 2 Mortalidad hospitalaria	35
I. 4. 3. Causas de muerte	36
I. 4. 4 Yatrogenia y mortalidad	38
I. 4. 5. Mortalidad evitable	40
I. 5 GESTIÓN HOSPITALARIA	43
I. 5. 1. Estancia hospitalaria	44
I. 5. 2. Factores que influyen en la estancia hospitalaria	48
I. 5. 3. Factores que influyen en la frequentación hospitalaria	50
I. 6. CALIDAD HOSPITALARIA	53
I. 6. 1. Informática hospitalaria	56
I. 6. 2. Sistemas de clasificación de pacientes	58
I. 7. CALIDAD DE VIDA	60

I. 8. EL INFOME DE ALTA: UTILIDAD Y CALIDAD	63
II. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS	70
II. 1. PLANTEAMIENTO GENERAL	71
II. 2. OBJETIVOS	72
III. MATERIAL Y MÉTODOS	75
III. 1. PARÁMETROS ESTUDIADOS	77
III. 1. 2. PROCEDENCIA	78
III. 1. 3. TRASLADO	78
III. 1. 4. FRECUENCIA DE DISTRIBUCION POR MESES	79
III. 1. 5. ESTANCIA	79
III. 1. 6. MULTINGRESO	79
III. 1. 7. ENFERMEDAD CAUSA BÁSICA DE MUERTE	80
III. 1. 8. CONDICIONANTES MORBOSOS	81
III. 1. 9. NIVEL DE CONCIENCIA	82
III. 1. 10. AUSENCIA DE ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL ALTA	82
III. 1. 11 CALIDAD DE VIDA	82
III. 1. 12. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA	83
III. 1. 13 CALIDAD DEL INFORME DE ALTA	84
III. 1. 14 NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES	86

III. 1. 15. DIAGNÓSTICOS FINALES (CIE-9 ^a -MC)	86
III. 2. MÉTODOS ESTADÍSTICOS	87
III. 2. 1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	87
III. 2. 2. PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS	87
III. 2. 2. 1. Pruebas utilizadas en el análisis entre dos grupos	87
III. 2. 2. 2. Pruebas utilizadas en el análisis entre tres o más grupos	88
III. 2. 2. 3. Regresión lineal y correlación	89
III. 2. 2. 4. Significación estadística	90
III. 3. MATERIAL TÉCNICO	90
IV. RESULTADOS	92
IV. 1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	95
IV. 2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL	106
V. DISCUSIÓN	290
V. 2. SEXO	302
V. 3. EDADES	305
V. 4. PROCEDENCIA	310
V. 5. DESTINO AL ALTA	316
V. 6. FRECUENCIA DE DISTRIBUCIÓN A LO LARGO DE LOS MESES DEL AÑO	319
V. 7. ESTANCIA	320

V. 8. MULTINGRESO	325
V. 9. ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA DE MUERTE”	329
V. 10. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EXITUS	331
V. 11. CONDICIONANTES MORBOSOS	331
V. 12. NIVEL DE CONCIENCIA	334
V. 13. AUSENCIA DE ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL ALTA	334
V. 14. CALIDAD DE VIDA – ÍNDICE DE KARNOSKY	334
V. 15. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA	335
V. 16. CALIDAD DEL INFORME DE ALTA	340
V. 17. NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES	345
V. 18. DIAGNÓSTICOS FINALES (CÓDIGOS CIE-9 ^a -MC)	346
V. 19. HUELGA	351
V. 19.1. ESTANCIA Y HUELGA	352
V. 19. 2. CONDICIONANTES MORBOSOS Y HUELGA	353
V. 19. 3. ÍNDICE DE KARNOSKY Y HUELGA	353
V. 19. 4. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y HUELGA	353
V. 19. 5. CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y HUELGA	355
V. 19. 6. NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA	356
V. 19. 7. DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA	357
VI. CONCLUSIONES	360
VII. BIBLIOGRAFÍA	367

I- Introducción

La Medicina, a diferencia de las demás ciencias experimentales no puede considerarse como una ciencia exacta pues todavía son numerosos los mecanismos biológicos y espirituales del ser humano que son desconocidos o poco conocidos. En consecuencia, los médicos en el ejercicio de su profesión tienen que decidir cuál de las reglas y procedimientos científicos son aplicables a un paciente en concreto cuya salud les ha sido encomendada. La práctica de la Medicina auna Ciencia y Arte¹. El Arte de la Medicina es la combinación de intuición y buen criterio, siendo tan necesarios como una sólida base científica^{1,2}. De acuerdo con esta idea, el fundamento de la Medicina para el Profesor L. Entralgo debe ser conocimiento del Hombre que comprenda y unifique metódicamente lo que acerca de la realidad de éste nos digan la Anatomía y Fisiología, así como la Psicología, Sociología, Historia y Ética. La Medicina según este punto de vista, viene a ser una Antropología médica³.

La Medicina Interna es definida por parte de la Comisión Nacional de esta especialidad como “el ejercicio de una atención clínica completa y científica que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos con los humanos del paciente mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles”⁴.

I.1.- ESTADO ACTUAL DE LA MEDICINA INTERNA

Al revisar la bibliografía se percibe la existencia de una polémica en torno a la difícil situación que actualmente atraviesa la Medicina Interna hospitalaria^{2,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}. Se diría que el desarrollo de las demás especialidades médicas, en un principio incluidas en esta disciplina, han ido despojándola de contenidos científicos, relegándola a un segundo plano^{10,18,19,20}. Esta realidad se hace evidente en la clínica hospitalaria: frecuentemente los servicios de Medicina Interna se encuentran repletos de pacientes ancianos afectos de patologías crónicas que no quieren, ni tal vez saben asumir las especialidades^{7,9}. En muchos casos, se trata de ancianos que han superado la esperanza de vida y, en menos ocasiones, de enfermos terminales que incluso no

debieran encontrarse hospitalizados. En otras ocasiones nutren sus camas pacientes que padecen procesos de difícil valoración inicial^{7,21}.

El progresivo envejecimiento de la población^{7,8,22} conduce a un aumento de los índices de frequentación sanitaria, casi siempre condicionados por una pluripatología difícil de ajustar a una única especialidad médica, y que a menudo, precisan de un obligado enfoque multidisciplinario^{6,7,8,9,19,20,23,24,25,26}. En esta vertiente destacaría la tendencia general a clasificar los pacientes desde su ingreso en función del órgano enfermo de referencia o del síndrome que padecen, siendo derivados sistemáticamente a unidades subespecializadas sin cuestionarse de este modo la necesidad real de atención especializada⁷, y perdiéndose a su vez, la clásica valoración del individuo de un modo unitario^{2,24,27,28}.

Inmersos en esta realidad podría afirmarse de un modo superficial que la Medicina Interna ha sido desplazada de su posición privilegiada y parece no encontrar un lugar adecuado en el mundo de la Medicina actual. Este hecho ha motivado el nacimiento de nuevas corrientes de opinión reclamando otras competencias para esta disciplina que hagan resurgir de nuevo su imprescindible función, no ya únicamente en la labor asistencial hospitalaria y docente^{5,7,19,29,30,31,32}, sino también en importantes propuestas de desarrollo de la Medicina Interna en el ámbito extra hospitalario (centros de salud)^{5,7,6,19,33,34,35,36}, en funciones investigadoras (estudios epidemiológicos, elaboración de protocolos para la mejora de la calidad de las decisiones clínicas)^{5,7,27,29,30,37,38,39}, en labores coordinadoras de las diferentes especialidades médicas^{10,11,19,28,39,40}, y en funciones de gestión en colaboración con los servicios centrales hospitalarios (desarrollando estudios de calidad, coste/efectividad y eficiencia, que ayuden a la evaluación del sistema sanitario)^{2,5,11,12,14,38,32}.

Todas estos proyectos de revalorización de la Medicina Interna se generan con el convencimiento de que el desarrollo de ésta, y el de las especialidades médicas, nunca debieron ser conceptos antagónicos, sino complementarios⁷, no perdiendo así el sentido de la concepción del paciente como una sola biografía con episodios de necesidades asistenciales abordables en diferentes niveles pero con un criterio de integración, reflejo

de la organización integral de la Medicina Interna^{5,24}. Existen por tanto divisiones de las especialidades médicas necesarias por el incremento del volumen de los conocimientos médicos, sin embargo a la hora de enmarcar un paciente con su problemática determinada, se advierte que estas divisiones resultan artificiales, confirmándose la necesidad de una visión global^{2,23,24,27,37,41} ya sea esta ejercida por un médico, o por el concurso de varios especialistas. Esta última opción, sin embargo, resulta tan impersonal como cara^{6,7,28}. En este sentido, diversos factores socioeconómicos se revelan también como fundamentales en el deseable auge de la Medicina Interna: por una parte, la obligación de contener el creciente gasto sanitario^{7,37,42}, por otra, el progresivo envejecimiento de la población con su pluripatología y síntomas atípicos ya comentados.

I.2.- INGRESO HOSPITALARIO

Las peculiaridades de la hospitalización en España y las características de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios vienen determinadas por múltiples factores entre los que probablemente cabría mencionar el envejecimiento progresivo de la población, un cambio social ante la enfermedad, y el reparto desigual de cargas entre el nivel extra hospitalario y hospitalario⁴³. Ya se ha comentado cómo la progresiva especialización ha producido un cambio en el tipo de pacientes asistidos en los Servicios de Medicina Interna hospitalarios⁴⁴, a continuación destacaremos los más notables.

I.2.1.- PERFIL DE INGRESO

Existe la idea generalizada de que con el paso del tiempo los pacientes que ingresan en los Servicios de Medicina Interna en los hospitales son cada vez más viejos y están más crónicamente enfermos^{44,45,46}. El envejecimiento de la población^{22,47,48,49,50,51}, la mayor utilización de los hospitales por parte de las personas ancianas⁵¹, y el mayor nivel de salud del que disfruta la población joven, hace que las personas jóvenes hospitalizadas hayan sido sustituidas por personas de edad avanzada^{47,52,53,54,55} que en la actualidad poseen una edad considerablemente superior que hace una o dos décadas⁴⁷. Así, cuatro de cada diez ingresados en los Servicios de Medicina Interna cuentan con una edad de

más de 75 años^{47,56}. Las personas mayores de 65 años acuden con mayor frecuencia al Servicio de Urgencias de los hospitales^{52,57,58,59,60} y se hospitalizan desde este Servicio más frecuentemente que el resto de la población adulta^{61,62,63}. A su vez estos pacientes requieren una anamnesis y exploración física más detallada y un mayor número de pruebas diagnósticas que el resto de las personas con edad adulta^{59,61,64}. La explicación más probable es la mayor fragilidad que presentan los ancianos en la consulta de Urgencias^{59,61}, la presencia de sintomatología atípica, la pluripatología y la ausencia de signos clínicos. Todo ello se traduce en un mayor énfasis exploratorio y una mayor frecuencia de ingresos^{61,65}. Independientemente de la explicación de este fenómeno, un mayor número de pruebas diagnósticas se acompaña de una estancia más larga y de un mayor coste asistencial⁶¹, así como de una mortalidad más elevada, precisando más revisiones posteriores y presentando un peor pronóstico al alta⁵⁹.

Una mala planificación de la asistencia sanitaria primaria obliga a ingresar para estudio, por ejemplo, a pacientes con enfermedades neoplásicas ya diagnosticadas o por sospecha de las mismas, que podrían estudiarse ambulatoriamente si la lista de espera en la práctica de exámenes complementarios fuera menos prolongada⁶⁶. En muchos casos, se trata de una problemática social la que condiciona el ingreso más que de una patología que precise diagnóstico o tratamiento durante la hospitalización^{45,67,68}. En ocasiones son las limitaciones de los servicios sociales y asistenciales las que pueden indicar ingresos no del todo necesarios⁶⁶. Una vez ingresados, son estos problemas sociales los que pueden dificultar enormemente el alta hospitalaria. Individuos con un bajo índice de Karnosky, avanzada edad, que poseen un tipo de patología que conlleva enormes incapacidades en la persona, un bajo estatus económico, factores de riesgo social... son algunas de las razones que hacen que este aspecto tome grandes proporciones^{51,52,56,59,69,70,71}.

A pesar de los esfuerzos realizados en la implantación y desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria, el gran número de admisiones hospitalarias realizadas a través del Servicio de Urgencias^{29,45,46} sugiere la existencia de, al menos, una mala coordinación entre la Asistencia Primaria y la Hospitalaria^{6,29,45,72,73}. Los casos graves no son valorados por el médico de Asistencia Primaria y son llevados directamente al Centro Hospitalario⁷⁴. Se

estima que sólo el 20% de las urgencias atendidas en los hospitales son generadas por el médico de Atención Primaria, y el 80% restante corresponden a la iniciativa directa de la población^{58,75}. En general, la pobre opinión que merece la Atención Primaria para la población⁷⁴ implica un exceso de demanda de asistencia hospitalaria que suele ser considerada de buena calidad^{58,74}. La Asistencia Primaria parece no cubrir las expectativas que desea la población, traduciendo este hecho una ineeficacia de la atención ambulatoria, así como una deficiencia extrahospitalaria de pruebas complementarias⁵⁸. Todo ello origina que los Servicios de Urgencias Hospitalario constituyan una interfase entre la Comunidad y el Hospital^{59,61}, ejerciendo una función de coordinación entre ambos niveles⁷⁶ y de filtro⁷⁴, asumiendo competencias propias de la Asistencia Primaria al convertirse en primer escalón asistencial para un gran número de enfermos que no se hospitalizan⁶¹, y que por lo tanto, no serán controlados posteriormente por el hospital.

Otros argumentos demuestran también ser causa de frecuente utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios: la facilidad del acceso a éstos^{58,60}, la presencia de tecnología no disponible en Atención Primaria, así como la posibilidad de evitar los largos períodos de espera de las Consultas Externas especializadas^{58,72,74,77}.

Aunque algunos autores afirman que el 50% de los ingresos hospitalarios por cualquier motivo, se originan en la asistencia de urgencias, y el que 20-40% de las urgencias se traduce en ingresos hospitalarios⁶¹, estos porcentajes deben ser mucho mayores en las patologías que implican a la Medicina Interna. A pesar de ello, algunos estudios han podido demostrar que la masificación en el Servicio de Urgencias no conlleva un aumento de ingresos hospitalarios urgentes, aunque sí un deterioro de la calidad asistencial⁷⁸. Otros autores afirman que un gran número de los ingresos realizados desde el Servicio de Urgencias Hospitalario son inadecuados^{58,79} -aproximadamente el 10-35%⁵⁸-, contribuyendo al aumento de la presión asistencial generada desde el propio Servicio de Urgencias Hospitalario, lo que va en detrimento de los ingresos programados^{58,66,74,80}, que son los únicos que se pueden demorar en caso de precariedad de las camas hospitalarias⁷⁸.

Los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna parecen reunir las siguientes características: poseen una edad avanzada, predominando el sexo masculino, cuentan con niveles socioeconómicos y culturales relativamente bajos^{43,44,45,81}. Esta situación puede condicionar alguna de las actitudes respecto a la terapéutica administrada⁴³. Así mismo se ha descrito que los adultos son ingresados más frecuentemente que la población anciana con propósitos diagnósticos^{59,66}.

Una vez ingresado el paciente, los Servicios de Medicina Interna resuelven el 90% de la casuística global de la patología médica, y con el apoyo de algunas técnicas del centro de referencia hasta el 95%⁸². Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y endocrinas presentan fácilmente episodios de descompensación que motivan ingresos adecuados^{59,66}. Mención especial merecen "los procesos mal definidos"^{8,56,83}. Se trata en su mayoría de pacientes que ingresan por síndrome general a estudio, y que a su vez son los que generan estancias más prolongadas⁶⁶ constituyendo quizás, junto con las enfermedades infecciosas, los únicos apartados considerados como específicos de la práctica de la Medicina Interna en un Hospital de Tercer Nivel⁴⁴.

Cinco son los grupos de enfermedades que motivan el 84% de los ingresos en este Servicio. Las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio son comúnmente causa de ingreso en los ancianos^{61,83,84,85}. Las enfermedades infecciosas, las del aparato digestivo y las condiciones mal definidas motivan a su vez el ingreso más frecuentemente en los jóvenes^{59,66}.

Se observa un aumento de la frecuencia de determinados diagnósticos finales a lo largo de los años. Diagnósticos como el SIDA originaron la creación de servicios especializados en su manejo; más recientemente, la prevalencia de la hipertensión arterial ha motivado en algunos hospitales la instauración de Unidades de Hipertensión dedicadas al manejo y control terapéutico de esta patología. Así mismo existen otros tipos de entidades nosológicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el accidente cerebrovascular, la diabetes, demencia y SIDA (ya mencionado) que también han experimentado un importante auge en los últimos años^{25,44,57,75,85,86,87}. Estas patologías

crónicas son responsables del importante papel que puede desarrollar la Atención Primaria, tanto en la prevención de su desestabilización como en su seguimiento, con motivo de evitar futuros ingresos hospitalarios⁸⁸.

I.2.2.-REINGRESO

La medida de los reingresos hospitalarios constituye un indicador clínico y de gestión de recursos. Posee una cuantificación económica que se asocia al impacto que representa el aumento del coste^{83,89,90,91} y el consumo de recursos hospitalarios por parte de los pacientes que vuelven a requerir la utilización hospitalaria^{89,92}. Es un indicador de resultado de nivel de calidad de cuidados de un hospital^{89,90,93}, siendo importante determinar si la readmisión es el resultado provisto de anteriores hospitalizaciones de baja calidad^{53,93}, ya que posibles reingresos pueden producirse por altas inadecuadas (prematuras) debido a la presión constante que sufren los hospitales^{58,94,95}. Sin embargo, algunos autores en sus estudios sostienen la idea de que una estancia media reducida no se encuentra necesariamente asociada a un mayor riesgo de reingreso precoz, y por tanto, a un alta concedida prematuramente^{96,97}.

Se puede llegar a la errónea conclusión de que el alto porcentaje de pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias tiende a indicar una gran incidencia de procesos agudos. Sin embargo, la alta frecuencia de multingresos orienta hacia la idea de que estos procesos son agudizaciones de padecimientos crónicos⁸⁶.

Los pacientes multingresados reúnen con mayor frecuencia criterios de adecuación de ingreso que los no multingresados, posiblemente porque su media de edad es superior y porque poseen una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias descompensadas lo que hace frecuente la presencia de algún criterio de adecuación de ingreso^{66,83,97}.

Existe una clara relación entre el aumento de edad y el reingreso^{67,75,89,96,97,98,99,100}. Algunas investigaciones afirman que el 73% de las readmisiones ocurre en la población mayor de 65 años^{96,98}. Lo mismo ocurre con el sexo masculino^{89,101}.

La mortalidad es una variable relacionada con el reingreso^{86,89,100,102}. Este hecho sugiere un alto porcentaje de patología crónica que comporta una mayor gravedad en los pacientes reingresados en comparación con el resto de los pacientes^{54,89,96,101,102}. Sin embargo en cuanto a la valoración de la gravedad no existe consenso en la literatura^{101,103,104}.

Las readmisiones de urgencia son frecuentes, costosas y pueden ser evitables. Prevenirlas lograría reducir los gastos de salud sin necesidad de sacrificar la calidad de los cuidados¹⁰⁵. Aparentemente, podría parecer deseable guardar los porcentajes de readmisiones tan bajos como fuera posible, sin embargo, esta aproximación podría llegar a ser contraproducente por incrementar la estancia hospitalaria. Cifras en torno al 15,9%⁸⁹, 34%⁸³, y al 25% como en EE.UU.¹⁰⁶ se consideran actualmente cifras aceptables, ya que permiten aumentar la utilización de los recursos del hospital sin poner a los pacientes en un excesivo riesgo de mortalidad. Aún así, existen autores que no se muestran conformes en el establecimiento de límites precisos de aceptabilidad en torno a las cifras de reingreso¹⁰⁷. Muchos de ellos defienden que la política más correcta a seguir trataría de reingresar al paciente las veces que fueran oportunas pero intentando no prolongar innecesariamente su ingreso, de esta forma se conseguiría una aceptable movilidad manteniendo un índice de ocupación hospitalario elevado⁶⁹. Respecto a este argumento hoy en día hay un gran interés por el estudio del porcentaje de pacientes dados de alta prematuramente, ya que supone la existencia de una baja calidad de cuidados médicos, que a su vez someterían al paciente a un excesivo riesgo¹⁰⁶.

La disminución de los reingresos puede realizarse con la incorporación de programas especiales que dependen de las características de cada hospital y de la identificación de grupos de alto riesgo de readmisión^{54,55,89,105,108}. Por tanto, los reingresos podrían ser evitados gracias a una planificación de altas efectivas (desarrollado desde que el paciente es ingresado), que ayudara a pacientes y a hospitales a desarrollar un flexible plan de cuidados pos-hospital (en orden a establecer un plan activo de rehabilitación y reintegración de las personas a su vuelta en la comunidad)^{90,91,93,109,110}, que facilitara al mismo tiempo, el alta de los ancianos⁹³, y el adecuado seguimiento y continuidad de la

asistencia de estos pacientes de alto riesgo por parte de los Servicios Sociales de la comunidad (Asistencia Primaria, Servicios Sociales)^{14,66,89,91,92,99,105,111}, para prevenir la readmisión^{93,105} y reducir los costos^{35,93}, puesto que la readmisión parece ser prevenible si se adecúan correctamente los criterios de ingreso^{89,112}. Así, el destino en el momento del alta podría servir como medida de aproximación de cuidados requeridos tras el alta¹¹³. Por otra parte, sería preciso plantearse alternativas para que el anciano no tuviera que recurrir al Servicio de Urgencias de un hospital, como por ejemplo, facilitando la asistencia en el ámbito extrahospitalario^{47,57,63,68}. Por ello surge la necesidad de centros que se hagan cargo de aquellos enfermos que no precisen técnicas especiales, pacientes crónicos de larga estancia o terminales, así como pacientes que necesiten completar tratamientos o cuidados prolongados en los que no sea necesaria la supervisión diaria del especialista y no se puedan manejar a domicilio. Quizás sea esta una medida para obtener camas libres para aquellos casos que requieran los medios sofisticados de los grandes centros hospitalarios^{69,114}. Alternativas interesantes y válidas al reingreso continuo de pacientes en el medio hospitalario podrían ser la utilización de:

- Unidades de Larga Estancia.
- Servicios de Geriatría.
- Hospitales de Día Geriátricos.
- Unidades Geriátricas de Agudos.
- Unidad de Media Estancia o Convalecencia.
- Unidades para Pacientes Crónicos.
- Hospitalización a domicilio.

Las *Unidades de Larga Estancia* o de Tratamiento Continuado (inadecuadamente llamadas de cuidados mínimos)¹¹⁰, así como el empleo de los *Servicios de Geriatría*^{69,102,105} son medidas favorecedoras para paliar la readmisión del enfermo crónico en Unidad de Agudos y en los Servicios de Urgencias. Se atiende a aquellas personas que, debido a un intenso deterioro físico o mental requieren atención continua médica y de enfermería, intentando proporcionarles una situación de vida digna¹¹⁰. Con los Servicios de Geriatría disminuye el número de enfermos trasladados de otros

hospitales a partir de sucesivos ingresos, aumentando el número de reingresados en medio ambulatorio¹⁰². Ofrecen al paciente la posibilidad de reingresar para estancias relativamente cortas, haciendo que los enfermos puedan regresar a su lugar de origen sin tener que permanecer en el hospital de forma prolongada ocupando camas de larga estancia^{102, 115}. Atienden a un grupo de población que por sobrecarga de la asistencia en los grandes centros queda desatendido⁶⁹.

Los *Hospitales de Día Geriátricos* son centros diurnos interdisciplinarios integrados en un hospital, donde acude el anciano frágil o paciente geriátrico, habitualmente con incapacidades, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica, regresando posteriormente a su domicilio¹¹⁵. Proporciona una asistencia de rehabilitación, mantenimiento físico, controles médicos y cuidados de enfermería. Las ventajas de este tipo de centros son por una parte, la mejoría de la situación funcional y emocional, así como de la calidad de vida o satisfacción del paciente, y por otra, un menor consumo de recursos sanitarios y sociales, al disminuir la utilización hospitalaria (evitan ingresos en camas de agudos, y posibilitan las altas tempranas), la institucionalización crónica y la utilización de los Servicios Sociales Comunitarios^{21,110,115,116}.

Las *Unidades Geriátricas de Agudos* son empleadas por pacientes con pluripatología crónica, con algún grado de incapacidad física, cognitiva y/o social, y algún problema agudo sobreañadido^{52,55,115,117}. En la práctica, en este perfil se encuentra aproximadamente el 10-15% de los pacientes mayores de 65 años que ingresan en un hospital^{51,115}. Estas unidades deben estar localizadas en hospitales generales (ya que éstos disponen de los medios suficientes para el manejo de cualquier enfermo; además, se piensa que la creación de hospitales únicamente con orientación geriátrica representa una desventaja asistencial para el anciano, para el propio hospital, y económica para la planificación sanitaria)¹¹⁰. La utilización de estos centros aporta claros beneficios para el paciente (disminuyendo la mortalidad y las incapacidades funcionales, y aumentando el empleo de la rehabilitación), así como para el sistema sanitario y social (disminución de la estancia media hospitalaria, del número de reingresos y de la institucionalización crónica)^{52,110,118,119}, existiendo una actitud de conocimientos más favorecedores hacia el

paciente geriátrico por el resto de los profesionales del centro y/o área asistencial. Estas unidades constituyen un medio necesario para llevar a cabo una adecuada docencia e investigación acerca de la Geriatría clínica y asistencial^{115,118}.

Unidad de Media Estancia o Convalecencia. Es este un recurso destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas que han sido el resultado de diferentes patologías previas. Se trata de pacientes geriátricos con diferentes enfermedades de base que precisan una recuperación funcional después de procesos médicos, quirúrgicos o traumatológicos^{52,56,115} intentando devolver a la comunidad el mayor número de ancianos con la mayor autonomía posible¹¹⁰. La instauración de este tipo de unidades en los hospitales de agudos permiten una atención progresiva del paciente, siendo a su vez útiles en la prevención de la institucionalización permanente, y en el ahorro de los costes de asistencia (por su capacidad en reducir la carga de enfermedad crónica e incapacidad, al promover y potenciar la prevención secundaria y terciaria, es decir, la rehabilitación e independencia funcional)¹¹⁰.

Unidades para Pacientes Crónicos. Destinada a pacientes geriátricos que precisan cuidados continuados que no puedan ser dispensados en el domicilio. Son niveles asistenciales que proporcionan una atención institucionalizada al individuo con deterioro crónico de sus capacidades funcionales, para que sean mantenidos en un máximo nivel de salud y bienestar mental y social¹¹⁵.

A su vez, los Centros de Salud juegan un papel importante a la hora de seleccionar y adecuar los ingresos. Deberían ser más autónomos, y sería conveniente que contaran con un mayor acceso a tecnologías diagnósticas, considerando a los hospitales como centros dispensadores de recursos altamente especializados. Ambos tendrían que adaptarse a las nuevas realidades sociales (envejecimiento de la población, pacientes crónicos, nuevas enfermedades), resultando imprescindible la coordinación y cooperación¹²⁰ entre los dos niveles asistenciales en base al beneficio del paciente^{5,35,121,122}. En esta dirección se han creado los Centros Sociosanitarios (CSS), que en los primeros estudios han recibido una valoración positiva de forma unánime y se han considerado imprescindibles para la

adaptación del sistema sanitario a estas nuevas realidades sociales. Se considera que cada hospital de agudos debería correlacionarse con un Centro Sociosanitario de referencia. Sería necesario que cada uno de ellos dispusiera de todos los niveles de atención: media y larga estancia, hospital de día, asistencia domiciliaria (PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte) y cuidados paliativos^{5,123,124,125,126,127,128}.

De todos modos, mientras no exista un programa de Atención a Domicilio y Centros de Día que se ocupen de los enfermos crónicos, a su vez coordinados con los servicios de hospitales, será imposible evitar los sucesivos reingresos del tipo de enfermos ya descrito en los hospitales^{47,62,71,102,108,115} debiendo adecuarse al creciente aumento de atención en régimen de urgencias⁴⁷.

I.3.- MORBILIDAD Y YATROGENIA

El estudio de morbilidad hospitalaria resulta una herramienta fundamental para el desarrollo de los futuros planes de salud, para la evaluación de la calidad y eficiencia en la provisión de servicios hospitalarios, y como base de estudios clínicos y epidemiológicos¹²⁹.

Los vastos ficheros informatizados de morbilidad concebidos inicialmente para fines administrativos, presentan un potencial interesante para la investigación evaluativa de los sistemas de salud. Su fácil acceso, su costo reducido, y el gran número de datos que contienen representan condiciones favorables para su utilización¹³⁰. A pesar de todas estas cualidades han demostrado ser inexactos en su contenido, prefiriéndose utilizar en la actualidad para este tipo de estudios las encuestas de morbilidad hospitalaria ya que poseen una mayor exhaustividad^{84,131}.

I.3.1.- MORBILIDAD

En estos últimos años la Medicina ha experimentado un importante desarrollo que se ha caracterizado por la utilización de mejores y más complicados procedimientos diagnósticos así como por el incremento del arsenal terapéutico. Hoy en día se dispone de un mayor número de métodos fiables, las estrategias terapéuticas invasivas han sido sustituidas por

otras más conservadoras, y todo ello ha repercutido en una prolongación de la esperanza de vida de la población general^{82,132}. Este aumento de la cualificación tecnológica supone una mayor cantidad de tiempo que puede ser dedicada a atender a los pacientes en el plano humano⁴⁶. No obstante, en ocasiones, la utilización de estos recientes métodos tiene como contrapartida la aparición de un nuevo tipo de enfermedades llamadas enfermedades yatrógenas o yatrogenia, que a veces pueden ocasionar el fallecimiento del paciente^{82,132,133}, así como un incremento sustancial del coste económico de la práctica clínica^{82,132}.

La patología yatrogénica ha ido mereciendo una atención progresiva por parte de las autoridades y de los profesionales de la sanidad. Sin embargo este interés se ha polarizado de forma predominante hacia la patología yatrogénica originada por medicamentos, mientras que ha sido menor la atención prestada a la originada por otras causas^{134,135}. La incidencia de reacciones adversas a medicamentos tanto a nivel ambulatorio como hospitalario es cada vez mayor. En España, se ha descrito que un 40-45% de la medicación ambulatoria en los ancianos se considera sobreuso¹³⁶. En EE.UU., las reacciones adversas a drogas son las causas más comunes de enfermedades yatrogénicas. Ocurren en el 20-25% de las hospitalizaciones^{52,137,138}, y representan el 3% de las admisiones hospitalarias¹³⁸. Entre los factores determinantes de las mismas hay que destacar la edad avanzada de muchos pacientes. En efecto, la frecuencia de trastornos secundarios de este orden es particularmente alta a partir de los 70 años de edad^{139,140}. A ello contribuye la circunstancia demográfica de que, actualmente en los países desarrollados, la fracción de población por encima de 65 años se incrementa a un ritmo muy acelerado. La comorbilidad y coexistencia de diversas patologías (como enfermedades crónico-degenerativas) es también un factor que habitualmente se encuentra asociado en estos pacientes^{48,52,57,140,141} y que conlleva en muchas ocasiones, a la prescripción plural de fármacos^{138,142}, suponiendo las interacciones de las drogas, factores capaces de acentuar el desarrollo de reacciones farmacológicas perjudiciales¹⁴².

Debido a las múltiples y posibles complicaciones yatrógenas, los hospitales representarían

lugares peligrosos para los pacientes ancianos^{143,144,145,146,147,148}. De este modo, la hospitalización es probable que lleve consigo otras complicaciones que la entidad nosológica por la que el paciente fue admitido¹⁴⁹, existiendo la posibilidad de que éste empeore durante la hospitalización, o incluso comience a ser una "carga" a raíz de ésta^{57,150}. Algunos autores afirman que entre el 20-65%¹⁵¹, ó el 23-60%^{152,153} de ancianos hospitalizados poseen el riesgo de perder la independencia de la función física cuando son tratados por enfermedades agudas. Esta pérdida a su vez, puede ser responsable de la prolongación de la estancia hospitalaria¹⁵¹.

El estado funcional de un paciente en el momento de la admisión supone un importante predictor de pobres resultados hospitalarios¹⁵⁴, y así la presencia de determinados factores como úlceras de decúbito, deterioro cognitivo, dependencia funcional, bajos niveles de actividad sicosocial... en el momento de la admisión, constituyen factores de riesgo de pérdida de la independencia¹⁴³. Una vez ya hospitalizados, la desorientación y el delirium son factores de riesgo de frecuente aparición, predictores de declive funcional, que a su vez implican un aumento de la morbilidad y de la probabilidad de muerte del paciente^{155,156}. Del mismo modo, patologías como enfermedades reumáticas, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y deterioro cognitivo, son patologías asociadas a un aumentado riesgo de perder la independencia por parte de aquellos sujetos que la padecen¹⁴³. Algunos individuos con un crítico nivel de enfermedad son a menudo sometidos a tratamientos inadecuados, prolongando a veces un sufrimiento evitable⁵³. La actitud de los pacientes puede contribuir también a la variación del tipo de servicios prestados. Pacientes que poseen la misma morbilidad y prognosis no buscarán los mismos cuidados según sean sus decisiones¹⁵⁷.

En general, las complicaciones yatrógenas son comunes en pacientes de los Servicios de Medicina con larga estancia hospitalaria¹⁵⁴. Ya se ha comentado lo frecuente que resulta la yatrogenia debida a complicaciones por drogas, que constituye el efecto adverso más comúnmente observado; así, en algunos estudios su frecuencia se cifra en el 19% de los casos. Sin embargo, como representantes de otros tipos posibles de enfermedades yatrógenas conviene destacar la existencia de infecciones nosocomiales, que ocurren en

un 14% de las ocasiones, y la de complicaciones técnicas, en un 13% de los casos¹⁴⁰. Como errores técnicos se incluyen la demora en el momento de establecer un diagnóstico, o en el momento de tomar decisiones a la hora de prescribir un tratamiento, y el fallo en el uso indicado de un *test*, ya que todos ellos pueden suponer el desarrollo de yatrogenia hospitalaria¹⁴⁰.

Otro aspecto cuya valoración sería recomendable a la hora de aplicar una tecnología o procedimiento a un paciente, es que los beneficios que vaya a obtener sean superiores a los riesgos que conlleva el uso de este tipo de técnicas¹⁵⁸. Según algunas publicaciones, en EE.UU. un 20-25% de los procedimientos realizados están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas¹⁵⁹. En España se ha descrito que entre el 20% y el 25% de los servicios prestados en el hospital de agudos al anciano se realizan por razones inapropiadas¹³⁶. El 25-34% de los *test* ordenados en un hospital pueden ser innecesarios y carecer de impacto en los cuidados del paciente o en sus resultados, considerándose por tanto, pruebas innecesarias y contribuyendo al mismo tiempo al aumento de los costes hospitalarios, con el agravante de que, en muchas ocasiones, los *test* realizados en los Servicios de Urgencias vuelven a ser repetidos después de la admisión¹⁶⁰.

A juzgar por algunas investigaciones, los pacientes admitidos en hospitales que cuentan con insuficientes recursos pueden tener un alto riesgo de recibir menos cuidados que los necesarios para lograr una solución de sus problemas¹⁶¹. Cuando un hospital es eficiente se considera que es capaz de proveer a un bajo costo una alta calidad de cuidados de salud¹⁶². Por consiguiente, resulta prioritaria la mejora de la eficiencia clínica y de la calidad del cuidado prestado al paciente. Eliminando procedimientos ineficaces e indicaciones inapropiadas, se podría al mismo tiempo mejorar la salud, y reorientar el gasto sanitario hacia actuaciones que garanticen un mayor retorno en salud^{158,159}. Para ello es conveniente conocer la yatrogenia con el fin de poder reducir los efectos secundarios derivados de la actuación médica mediante la elección de pautas diagnósticas y terapéuticas más adecuadas¹⁶³. De todo lo mencionado se deriva que sería recomendable y ventajoso aunar criterios en una unidad médica hospitalaria en cuanto a la relevancia de la patología yatrógena global y a la evaluación riesgo/beneficio, tanto de la

hospitalización de ciertos pacientes, como de la administración de ciertas pautas terapéuticas y diagnósticas^{134,151}. De gran utilidad es el establecimiento de líneas básicas de un protocolo sobre la patología yatrógena global hospitalaria^{134,159}, así como el desarrollo de métodos que prevengan errores o reduzcan sus efectos¹⁴⁰. El uso innecesario de los servicios hospitalarios podría ser evitado por una mejor organización interna¹⁶⁴. Un escalón importante y decisivo es la identificación de pacientes de alto riesgo¹⁴⁰; la instauración de programas de monitorización en todos los enfermos, y monitorización continua en estos pacientes con alto riesgo de desarrollar patología yatrógena¹³⁴; la aplicación de programas de control de la tecnología aplicada a las personas hospitalizadas⁹⁵; el contaje de número de procedimientos realizados por paciente^{33,64}; la reeducación de los pacientes a la hora de sobrellevar sus síntomas¹⁶⁵, son algunos ejemplos que intentan restringir al mismo tiempo yatrogenia y gastos médicos. Además de estos ejemplos, sería así mismo oportuno motivar al personal sanitario con datos propios en la prevención de la aparición y gravedad de la yatrogenia, al igual que reflexionar sobre el interés de introducir en los programas educacionales médicos un apartado referente a este tipo de patologías^{134,133,166,167}.

I.3.2.- INFECCIÓN HOSPITALARIA

La infección hospitalaria constituye una causa importante de mortalidad y morbilidad en los pacientes ingresados, dando lugar a un considerable incremento del coste social y económico de la asistencia sanitaria^{168,169}. El coste sanitario originado por las infecciones hospitalarias es estudiado a partir de los días adicionales que el paciente que la padece permanece ingresado^{134,169,170}. Este incremento viene a ser de 4^{169,9}¹⁷⁰, ó 5 a 10¹⁷¹ días adicionales de estancia por cada infección¹⁶⁹. Si bien existen otros estudios que afirman no poder comprobar que sea la prolongación de la estancia hospitalaria la que facilite la aparición de patología yatrógena ni a la inversa¹³⁴. Además, por su origen nosocomial, las infecciones hospitalarias han sido utilizadas como uno de los indicadores más pioneros y contrastados de la calidad de la asistencia prestada por los hospitales^{169,172,173}.

El 3-14% de los pacientes ingresados adquieren una infección hospitalaria^{169,171}. En España, la prevalencia de infecciones nosocomiales se calcula que se encuentra alrededor del 8,9%¹⁶⁹. Las cifras de otras investigaciones que estudian la infección hospitalaria en los Servicios de Medicina Interna arrojan unos datos de 5,8%¹⁶⁸ ó 5,9%¹⁶⁹ de incidencia acumulada y de 7,1%¹⁶⁸ ó 7,9%¹⁶⁹ como prevalencia. La infección hospitalaria se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad^{70,169,170}.

Resulta imposible prevenir la totalidad de las infecciones hospitalarias. La eficacia de los programas de vigilancia intensiva y control previene el 32% de éstas¹⁶⁹. La actuación médica sobre el proceso infeccioso representa un factor fundamental en la evolución del paciente¹⁷⁴.

El análisis de los tipos de infección nosocomial en los estudios de incidencia acumulada demuestran que la infección hospitalaria más frecuente es la infección urinaria, seguida de la infección de la herida quirúrgica, la infección respiratoria^{168,169,171}, la bacteriemia primaria y las infecciones clasificadas como otras¹⁶⁹. Estudiando la prevalencia la infección urinaria y la de herida quirúrgica, resultan ser también las más frecuentes, siendo mucho más frecuente la infección urinaria¹⁶⁸. Esta distribución de frecuencias, junto con la probabilidad de prevención para cada tipo de infección y su impacto en cuanto a morbilidad, mortalidad, y coste, deberían constituir los principales puntos de referencia para marcar objetivos y orientar la distribución de recursos en los programas de vigilancia y control de las infecciones hospitalarias¹⁶⁹, con el fin de mejorar la supervivencia de los pacientes¹⁷⁴.

I4.- MORTALIDAD

En general los médicos y administradores de un hospital reaccionan defensivamente frente a la idea de que los resultados de un hospital deban ser medidos, y se inquietan ante las consecuencias de que esos datos puedan ser publicados. Estas inquietudes no son infundadas, pues la percepción de la calidad parece jugar un importante papel a la hora de la elección hospitalaria, adquiriendo un papel discriminatorio¹⁷⁵, siendo la tasa de

mortalidad y morbilidad de indudable trascendencia en el control de calidad, planificación y gestión hospitalarias^{106,100,117,176,177}.

I.4.1.- INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD

La tasa de mortalidad hospitalaria y el análisis de sus causas¹⁷⁸, es un parámetro utilizado en la valoración de la calidad asistencial y empleado como medida de efectividad en sí misma^{179,180}, ya que, por un lado proporciona datos de interés sobre el funcionamiento del propio hospital^{130,179,181}, y además permite evaluar el impacto sanitario de determinados programas tendentes a reducir el gasto sanitario^{100,181}.

Las estadísticas obtenidas acerca de la mortalidad orientan sobre algunos de los problemas de salud y de las necesidades sanitarias de la comunidad. Así mismo, dan lugar a investigaciones epidemiológicas de carácter etiológico mediante la detección de factores de riesgo y permiten comprobar la efectividad de las medidas sanitarias¹⁸².

El estatus socioeconómico parece ser un factor determinante del nivel de salud de la comunidad. Factores de riesgo sociales como el nivel socioeconómico y el soporte social están relacionados con el pronóstico de los enfermos críticos y son factores determinantes en la aparición de ciertas enfermedades y en la mortalidad⁷⁰. Estos hechos hacen suponer que en realidad no existe igualdad ante la salud^{70,131}.

Pese a los sesgos que supone el estudio de la mortalidad de un sector determinado de la población como lo es el medio hospitalario¹⁸¹, y pese a que existan diferencias interhospitalarias porque las tasas de mortalidad no se encuentran ajustadas según la gravedad de la enfermedad^{30,180,181}, todos los datos que se puedan desprender de su estudio son una valiosa fuente de información debido a su gran disponibilidad¹⁸¹. El principal reto ante el que nos encontramos reside en cómo maximizar la utilidad de este recurso^{183,184}.

Se puede plantear la duda de que si la alta mortalidad de un determinado hospital es

consecuencia de una mala calidad de los cuidados médicos que suministra, o se debe a características desfavorables de los pacientes ingresados, dado que se ha señalado que los resultados de los cuidados de un hospital están en función del paciente, la calidad de cuidados y de la casualidad. Cuando se observan diferencias hospitalarias es importante conocer la variación de los resultados en cuanto a la gravedad de las enfermedades, a cuáles son sus cuidados médicos, y los eventos fortuitos. Un hospital con calidad de cuidados media puede tener una alta proporción de mortalidad media debido a que los pacientes se encuentren en peor estado que la media¹⁷⁵. Se aprecia que la variabilidad de la mortalidad en los diferentes hospitales es muy grande, y que ésta no puede ser atribuida únicamente al rendimiento de los centros^{100,130}, debiendo considerar factores entre los que destacan la edad, el sexo y la patología que ha originado el ingreso^{48,100,181,185}. También influyen según diferentes estudios, los factores sociales ya comentados, la proximidad o localización¹⁸⁶ del hospital, y las formas de acceso a los servicios^{70,100}.

Existen diversas investigaciones efectuadas intentando estandarizar las tasas de mortalidad con el fin de poder eliminar esas diferencias interhospitalarias, y lograr así hacer comparables sus tasas de mortalidad, identificando hospitales con potencial de riesgo de proporcionar cuidados de calidad inadecuada. Con esta perspectiva, autores como Roemer et al.¹⁸⁷ en 1968, hacen referencia a la muerte según la patología atendida y promedio de duración de la estancia. Duckett y Kristoferson¹⁸⁸ en 1978, estudian las tasas de mortalidad hospitalarias estandarizadas según la edad de los pacientes para 5 categorías diagnósticas. Los estudios de Dubois et al.^{103,189} en 1987, instauran un modelo de regresión múltiple en el que explican la variabilidad de la muerte interhospitalaria a partir de 4 variables: la edad del paciente (a partir de los 70 años aumenta la mortalidad de los pacientes), la procedencia del ingreso a partir del Servicio de Urgencias, el acceso al hospital desde residencias asistidas, la composición de la patología atendida por el hospital (también llamada case-mix, que es medida mediante los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD))^{190,191}. La valoración de las variaciones de la gravedad de los pacientes al ingreso dentro de cada grupo relacionado con el diagnóstico ha intentado ser

solucionada mediante diversos métodos como el SIL¹⁰⁴, que habla de índices de gravedad (severity illness level); APO¹⁹² o índices de manifestaciones adversas (adverse patient occurrence); MEDSGRIPS^{186,193} que intenta establecer una base clínica para la aproximación a la clasificación de los pacientes según la gravedad en el momento de la admisión hospitalaria.

Con este objetivo existen más estudios pero no se ha logrado resolver adecuadamente el tema hasta el momento^{100,179,194,195,196,197,198}. La evidencia de que existen variables íntimamente relacionadas con el riesgo de fallecimiento puede orientar en la toma de decisiones clínicas con el propósito de reducir la mortalidad en los hospitales¹⁰⁰.

I.4.2.- MORTALIDAD HOSPITALARIA

En España, un tercio de las defunciones se producen dentro de las instituciones sanitarias^{177,179}. El progresivo aumento en la frecuencia de la mortalidad hospitalaria puede ser explicado por la existencia hoy en día de una mayor aceptación social al fallecimiento de los familiares en los hospitales^{48,84,126,180}.

Existe un creciente interés por el estudio de la mortalidad intrahospitalaria, y en especial de la mortalidad existente en los Servicios de Medicina Interna^{130,176,199}. El número de fallecidos en este servicio se sitúa generalmente en primer lugar en cuanto a su frecuencia respecto al resto de servicios hospitalarios¹³⁰. La tasa de mortalidad en un Servicio de Medicina, con arreglo a la bibliografía consultada, viene a oscilar entre el 4,3% y el 18,7%^{44,82,86,130,176,177,180,181,185}.

La mortalidad en mayores de 75 años ya es de por sí mayor que en la población joven. Ante el hecho de que un 20% de los ancianos mueren en las 24 horas tras el ingreso⁴⁷, surgen las siguientes cuestiones: ¿es posible que los ancianos ingresados en el hospital hayan solicitado una asistencia sanitaria excesivamente tarde?, ¿han empeorado excesivamente en sus domicilios?

En el estudio de la mortalidad hospitalaria resulta interesante distinguir la mortalidad

ocurrida dentro de las primeras 48¹⁸¹ ó 72 horas^{88,177} del ingreso, debido a que la mayor parte de estos fallecimientos pueden no ser responsabilidad directa del hospital, sino que estarían relacionados con la extrema gravedad del cuadro que ocasionó el ingreso^{88,181}. Restando esta cifra a la de mortalidad total, se obtiene así otra cifra de mortalidad con mayor valor como indicador de calidad asistencial, al estar menos influida por la gravedad que presentaron las patologías en el área de Urgencias¹⁸¹.

Parece también importante valorar los datos de la mortalidad en los pacientes menores de 65 años. Enfermos cuya mortalidad resulta infrecuente (casi excepcional) y que por ello se deberá especialmente vigilar como uno de los parámetros de control de calidad del Servicio de Medicina Interna, matizando los resultados no sólo con las características propias de los enfermos, sino también con la patología atendida y el deterioro del enfermo a la hora del ingreso¹⁷⁷.

Los índices de mortalidad convencional reflejan la frecuencia de las diferentes causas de muerte pero no dan idea de cuándo ocurren esas muertes, puesto que la valoración social, sanitaria y económica en edades tempranas es diferente de aquellas que ocurren en edades avanzadas. Desde los años 70 se vienen utilizando los años potenciales de vida como indicador de la mortalidad prematura¹⁸². Este indicador engloba el número de fallecidos, la edad a la que mueren y la estructura de edades de la población sobre la cual se trabaja^{182,200}, más adelante hablaremos de él.

I.4.3.- CAUSAS DE MUERTE

La Clasificación Internacional de Enfermedades define el concepto de causa básica de muerte^{69,86,182,201}, como “la lesión o enfermedad que inició la cadena de acontecimientos que llevaron directamente a la muerte del paciente”^{100,182}, o “las circunstancias de accidente o violencia que produjeron una lesión fatal”²⁰².

La causa básica de defunción es el diagnóstico que se codifica en todos los estudios de mortalidad¹³⁰. Aunque a menudo resulte difícil en determinados pacientes establecer la

etología del proceso causal^{100,130}, se debe especificar la causa directa de defunción, porque permite una mejor valoración de las circunstancias en las que se produce la muerte, y establece la secuencia lógica de los acontecimientos. La epicrisis y los diagnósticos referidos en ella no siempre aclaran esta secuencia siendo necesario en estos casos revisar la historia clínica detenidamente¹³⁰. La obtención con certeza de la causa básica de muerte constituye un problema¹⁰⁰, y se hace necesario dar una nueva dimensión a la causa de fallecimiento que reconozca la superposición de varias causas entre sí, ya que actualmente las enfermedades más prevalentes las constituyen los procesos crónicos y degenerativos, que se combinan entre sí, dificultando al médico la selección de la causa o causas de fallecimiento^{100,201}. El modelo unicausal de la causa básica de muerte para algunos autores resulta insuficiente, restrictivo y obsoleto¹⁸². Se pierde información especialmente importante en relación a procesos como la diabetes, hipertensión arterial, artritis, que, sin ser letales, contribuyen al fallecimiento^{85,182,201}. Se han propuesto como solución la creación de modelos que permitan anotar todas las condiciones clínicas sin hacer esfuerzos a la hora de elegir la causa básica de muerte, identificando patrones de causas básicas que conducen al fallecimiento^{182,201,203}.

La causa del fallecimiento en el 7% de los fallecidos se inscribe en el contexto de "signos y síntomas mal definidos" (apartado 16 de la CIE). Este hecho puede deberse a una falta de precisión en la causa real de fallecimiento^{130,181}, puesto que en la codificación CIE-9 se incluye en este grupo entidades tan variadas como parada cardiorrespiratoria, caquexia, shock, síntomas generales...¹³⁰. El tanto por ciento de muertes incluidas en este apartado se utiliza como indicador sencillo de la calidad de certificados de defunción¹⁸².

La media de diagnósticos registrados en los boletines de defunción es de 2-3. Alrededor del 90% de los BED (Boletines Estadísticos de Defunción) tienen más de un diagnóstico registrado, y el número de diagnósticos notificados aumenta con la edad²⁰¹.

Otro aspecto de la mortalidad que merece la pena ser estudiado es la distinta frecuencia entre las patologías de los enfermos ingresados y las de aquellos que fallecieron. En

general el accidente cerebrovascular^{88,100,180}, patología respiratoria (EPOC, neumonía)^{48,88,204}, neoplasias, y cardiopatías condicionan el 70% de todos los fallecimientos hospitalarios^{86,178} y se presentan en mayor medida que en el resto de los pacientes. En los pacientes fallecidos menores de 65 años los diagnósticos más frecuentes son la patología hepática (cirrosis y complicaciones), neoplasias malignas y patología cerebrovascular¹⁷⁷.

La medición de estos factores de riesgo de muerte son un método de predicción de evolución del paciente, de modo que se puede adecuar la intensidad de la actividad diagnóstica y terapéutica a las posibilidades de supervivencia del paciente⁴⁸. Se muestran reveladores los datos que apuntan como posibles factores de riesgo de mortalidad el poseer más de 70 años, una grave afección del estado general al ingreso, y el ser portadores de enfermedades neoplásicas o neurológicas^{82,178,205}.

I.4.4.- YATROGENIA Y MORTALIDAD

Con el fin de valorar la calidad de los cuidados médicos administrados, resulta interesante el estudio de la posible influencia yatrogénica en la causa de muerte¹³⁰. Para ello es necesario identificar factores propios del individuo y de su enfermedad, es decir parámetros inherentes al individuo (como la edad, el sexo, la procedencia, el estado de gravedad, el nivel de conciencia y la enfermedad de base) y aquellos consecuencia de su hospitalización que puedan haber ejercido alguna influencia en dicha mortalidad (medicación, colocación catéteres y exploraciones complementarias... es decir, patología yatrógena propiamente dicha)^{82,100}.

Algunos de estos trabajos no encuentran relación alguna entre la yatrogenia y la mortalidad (pues todos los enfermos que fallecen poseen factores de riesgo de mortalidad: son mayores de 70 años, poseen grave afección del estado general al ingreso, padecen enfermedades neoplásicas o neurológicas)⁸². Otros sin embargo, señalan factores de riesgo concretos, consecuencia de algunos procedimientos (diuréticos, sonda nasogástrica), y de la evolución clínica (infección nosocomial, sangrado, alteraciones

cardíacas)¹⁰⁰.

I.4.4.1.- La muerte por bacteriemia

Un factor de importancia relevante es la relación existente entre hospitalización y el desarrollo de infecciones nosocomiales que pueden desencadenar el fallecimiento del individuo^{169,204}, siendo un excelente indicador de la calidad asistencial en los hospitales¹⁶⁸. La infección hospitalaria aumenta la mortalidad de los pacientes que las padecen^{70,168,169}, atribuyéndosele un riesgo relativo superior al 3%, que en algunos estudios se sitúa en 11%¹⁶⁹. De acuerdo con el National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) en el 0,9% de las infecciones hospitalarias el paciente morirá como consecuencia directa de la infección, y en el 2,9% contribuirá decisivamente a esa muerte^{70,169}, lo que sitúa a las infecciones hospitalarias en la 11^a posición entre las causas de muerte en los EE.UU.^{70,172}.

La bacteriemia es la infección nosocomial que se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad^{168,204}. La sepsis, a pesar de los avances técnicos, sigue siendo un problema importante debido a la supervivencia de enfermedades consideradas hace años como fatales a corto plazo, y al aumento de la longevidad que se traduce en un incremento de las tasas de sujetos con inmunodepresión y de infecciones asintomáticas en ancianos. También la mayor disponibilidad de camas hospitalarias ocasiona un incremento en las infecciones nosocomiales, así como la utilización indiscriminada de antibióticos que induce la aparición de resistencias y cambios en la forma patógena. En un Servicio de Medicina Interna (excluyendo el SIDA y las enfermedades hematológicas malignas) la sepsis posee peor pronóstico vital si se acompaña de insuficiencia renal o si su origen es nosocomial²⁰⁶.

Los factores pronóstico más frecuentes en la evolución de este suceso son: la edad avanzada (mayores de 70 años), la existencia de factores de riesgo hospitalario, el empleo de técnicas terapéuticas y diagnósticas cruentas (ser portadores de catéteres intravasculares, catéteres urinarios)^{204,206}, la etiología de la bacteriemia por microorganismos representativos de la flora nosocomial (*pseudomonas* y *stafilococo*)²⁰⁷, y la utilización de tratamiento antibiótico empírico inadecuado^{204,206}.

I.4.5.- MORTALIDAD EVITABLE

Entre los indicadores de mortalidad desarrollados en los últimos años se encuentran los que estudian la mortalidad evitable. En esta vertiente, Romeder y Whinnie propusieron como indicador los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), que estudia las defunciones ocurridas entre las edades de 1 y 69 años, asumiendo que las muertes ocurridas a partir de los 70 años no pueden ser tan prevenibles como las ocurridas en edades más jóvenes. Este indicador aporta información sobre la mortalidad prematura entre la población, al dar un mayor peso a las muertes en edades jóvenes que en muchos casos podrían considerarse evitables²⁰⁸. Los años potenciales de vida perdidos equivalen a los años que ha dejado de vivir un individuo muerto prematuramente, es decir, antes de los 70 años (así por ejemplo, una persona muerta a los 20 años representaría 50 años de vida perdidos). La principal ventaja de este procedimiento es su simplicidad, su mayor inconveniente consiste en que valora más las causas de muerte predominantes en la primera infancia que las relacionadas con edades avanzadas²⁰⁹. Además, no todas las muertes prematuras pueden ser igualmente prevenibles con los recursos y conocimientos existentes²¹⁰. Por todo ello, algunos autores proponen una aproximación a la evaluación de la efectividad de las intervenciones sanitarias que podría llevarse a cabo mediante la medición de la mortalidad evitable^{100,211}. Inicialmente estudiada por Rustein²¹², y posteriormente desarrollada en otros trabajos, se define como “el episodio cuyo motivo de alta fue una defunción y la causa de la misma mediante el diagnóstico de alta es registrado en la enfermedad causa básica de muerte”¹⁸¹. Hace referencia a las patologías que podrían haber sido prevenidas o retrasadas mediante una adecuada intervención sanitaria (aplicación de los conocimientos sanitarios, gestión de recursos, medidas legislativas, colaboración del propio individuo...)²¹³. Siendo utilizada para determinar la frecuencia de la mortalidad, así como para identificar los factores propios del individuo y su enfermedad, o aquellos consecuencia de la hospitalización (medida de la muerte como efecto de la intervención a la que están sometidos los pacientes hospitalizados^{100,130}), que pudieran haber ejercido alguna influencia en dicha mortalidad⁸². Constituye un indicador aceptable de calidad de los servicios sanitarios^{181,183,211} puesto que no depende de los factores

económicos^{183,214}. Permite a su vez la evaluación de la efectividad de la intervención hospitalaria mediante un índice de la intervención hospitalaria independiente de todos aquellos factores que no tienen que ver con el resultado del hospital¹⁸¹. Igualmente es importante a la hora de desarrollar programas tendentes a reducir el gasto hospitalario, permitiendo evaluar el coste hospitalario consecuencia de las estancias ocasionadas por enfermedades evitables¹⁸¹.

Resulta por tanto de utilidad porque por una parte, nos ayuda a identificar problemas o deficiencias en el funcionamiento de los servicios sanitarios²¹⁵, ya que estas muertes son prematuras y probablemente podrían ser evitadas con el actual desarrollo de los mismos¹⁸¹ y por otra, orienta la asignación de recursos sanitarios reparando los fallos descubiertos en el funcionamiento del sistema sanitario^{183,216}. Se considera que la diferencia entre el descenso de la mortalidad por causas evitables y el resto de las causas, reflejaría el efecto de la mejora en los servicios de salud, ya que la influencia de los factores medioambientales, sociales, nutricionales y genéticos explicaría la mortalidad por causas no consideradas evitables mediante intervención sanitaria. Con esto se asume que todas las defunciones por causas MIPSE (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable) podrían haber sido evitadas por medidas sanitarias²¹⁷.

Existen 20 causas de MIPSE, algunas de éstas son^{181,211,213}:

- Enfermedad hipertensiva
- Enfermedad cerebrovascular
- Cáncer cuello útero
- Neumonía
- Gripe
- Bronquitis crónica y enfisema
- Tuberculosis
- Asma
- Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón
- Enfermedades reumáticas crónicas del corazón
- Enfermedad Hodgkin

-
- Hernia de la cavidad abdominal
 - Colelitiasis y otros trastornos de la vesícula biliar
 - Apendicitis
 - Ulcera gástrica y duodenal
 - Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
 - Anemias carenciales

De estas causas, hoy en día se ha visto que poseen una tendencia a la disminución la neumonía y bronquitis, tuberculosis, enfermedades reumáticas crónicas del corazón, infecciones respiratorias agudas, infecciones bacterianas, hernia abdominal, colecistitis aguda y crónica, apendicitis, causas maternas, anemias carenciales^{46,211}. Mientras que existe una tendencia al aumento en el caso de la enfermedad hipertensiva, cáncer de cuello de útero, enfermedad de Hodgkin y asma^{88,197,211}.

Se considera que el 2,8% de las muertes hospitalarias son causadas por enfermedades prevenibles. Entre ellas, el 60% se atribuye a la hipertensión arterial y enfermedad vascular cerebral en personas de ambos sexos entre los 35 y 64 años¹⁸¹. Existen trabajos que muestran una disminución de la mortalidad por causas evitables, lo que sugeriría que al menos, parte de la disminución de esta mortalidad sería debida a la mejora de los servicios de salud^{211,218}.

Los servicios de Atención Primaria también juegan un importante papel previniendo muchas de estas defunciones (especialmente aquellas debidas a tuberculosis, hipertensión arterial, cáncer de útero)^{181,182,183}. Un inadecuado reconocimiento de los problemas desde estos servicios conlleva al consecuente diagnóstico tardío. Queda patente una accesibilidad insuficiente a los recursos sanitarios, traducida en muchas ocasiones en la no monitorización del grado de cumplimiento con ciertos tratamientos²¹¹. Se aprecia que, si en todos los eslabones de la cadena asistencial se hubiera actuado correctamente, la condición de muerte o enfermedad podría haber sido evitada²¹¹.

En España la cifra de muertes hospitalarias es menor de la esperada por la práctica

habitual de dar altas "in extremis"¹⁸¹. Otro motivo de su bajo índice sería la existencia de un número de altas sin diagnóstico (30%) que es superior entre las altas por defunción que en aquellas por curación, mejoría o traslado¹⁸¹. Sin embargo resulta interesante su conocimiento a la hora de hablar de calidad hospitalaria existiendo programas que la incluyen entre los estudios de mortalidad²¹⁹.

I5.-GESTIÓN HOSPITALARIA

La gestión en las Instituciones Sanitarias fundamenta su funcionalidad en la toma de decisiones encaminadas a obtener logros de salud por parte de la organización sanitaria. Ello implica la adquisición y desarrollo de recursos, el seguimiento y la interacción con los factores del entorno organizacional, y comporta la facilitación del trabajo. Ocuparse de la gestión significa dedicar un tiempo a las labores de identificación y solución de los problemas²²⁰. La gestión está condicionada por el gasto, ya que la asistencia sanitaria consume una gran cantidad de recursos sanitarios²²¹. Los recursos humanos y los materiales son valorados de forma integrada por aquellos que se ocupan de la gestión, es decir, por aquellos que se ocupan de coordinar, asegurar, dirigir y controlar esfuerzos para conseguir una eficiencia y eficacia en las organizaciones de salud^{68,220}.

Sin una Medicina efectiva no puede haber unos servicios sanitarios eficientes. Recíprocamente, una buena práctica clínica requiere de una buena sanidad. La evolución de la Medicina (con su énfasis en la efectividad, eficacia, eficiencia o calidad) ha provocado un aumento en el componente gestor de la actividad clínica, y ha hecho a la calidad de la práctica clínica más dependiente de la virtud de la organización y gestión sanitarias¹⁶⁴.

Los sistemas de información en su vertiente sanitaria permiten conocer con qué eficacia, eficiencia y efectividad se prestan los servicios, e iniciar un proceso de análisis y reflexión de los resultados²²². Estos sistemas de información permiten a los organismos sanitarios

controlar el funcionamiento de los centros o servicios hospitalarios e introducir mecanismos correctores, suponiendo un método de autocontrol. Dentro de las estadísticas asistenciales se encuentran las variables asistenciales y los índices, entre los que se halla la estancia hospitalaria²²².

I.5.1.- ESTANCIA HOSPITALARIA

El conocimiento de los factores y situaciones que influyen sobre la estancia de los pacientes en el hospital es un punto clave para la evaluación de la calidad de la asistencia hospitalaria²²³. La parte más importante del gasto sanitario se consume en asistencia hospitalaria, y a su vez, ésta última, en gastos fijos. Prescindiendo de lo que consume cada paciente, la estancia representa el coste más elevado, próximo al 80% del gasto total. El número de días que el enfermo permanece ingresado, es decir, el número de estancias que origina, repercute por tanto de forma directa en los costes²²². La estancia media se considera el factor limitante más importante en el número de pacientes que pueden ingresar en un centro hospitalario^{92,222}. Dicha estancia media hace referencia al funcionamiento del centro. Puede ser obtenida de 2 modos: dividiendo el número total de estancias por el número de pacientes ingresados en un período de tiempo determinado, o bien, cuando se estudian cortos períodos de tiempo de servicios u hospitales con estancias elevadas, se añade al numerador el número inicial de estancias y al denominador el número inicial de pacientes²²².

A continuación se definen los indicadores asistenciales más frecuentemente utilizados, que a su vez se encuentran también relacionados con la estancia media:

- Estancia media (EM)²²⁴:

Tiempo que por término medio permanece ocupada una cama por el mismo paciente a lo largo del mes.

$$\text{nº total de estancias/nº pacientes ingresados}^{69}.$$

$$\text{total de estancias/total de ingresos}^{69}.$$

- Tasa de frequentación :

Hace referencia a la demanda satisfecha (número de enfermos ingresados) referida a 1000 habitantes/año y depende de la siguiente ecuación²²⁵ :

$$e=c \times t \times lo/em$$

-c= nº camas (oferta)

-t= tiempo considerado, generalmente un año

-lo= índice de ocupación:

% camas ocupadas respecto al total de camas disponibles (promedio de ocupación).

-em o Pe= promedio de ocupación.

•Porcentaje de ocupación (PO)^{69,224,226} :

Nivel de utilización del recurso cama. Fracción porcentual de estancias reales producidas con respecto al máximo de estancias posibles en el mes.

$$\% \text{ ocupación} = \text{estancias totales/nºcamas} \times n^{\circ} \text{ días del período.}$$

•Indice de rotación (IR)^{69,224,226}:

Número de pacientes que pasa por término medio por cada cama en el período de tiempo estudiado.

$$\text{índice de rotación} = (n^{\circ} \text{ de ingresos/nº camas}) \times n^{\circ} \text{ meses}$$

• Camas ocupadas⁶⁹

$$\text{camas ocupadas} = n^{\circ} \text{ estancias período /días período}$$

•Intervalo de sustitución (IS)^{224,226}:

Relaciona la ocupación con la estancia media en que una cama permanece desocupada entre un alta y un nuevo ingreso durante el mes estudiado.

$$em \times (100 - \% \text{ ocupación}) / \% \text{ ocupación}$$

La demanda hospitalaria, que es la necesidad expresada, depende fundamentalmente del tipo de cobertura, de la edad y de la disponibilidad de camas hospitalarias. La oferta hospitalaria se expresa en general con el nº de camas/1000 habitantes. El número de camas está relacionado con el gasto hospitalario. Sabiendo la frequentación hospitalaria, el índice de ocupación deseado y el promedio de estancia óptimo, estamos en condiciones

de conocer el número de camas necesarias mediante la fórmula²²¹:

$$C = e \times Pe / lo \times t$$

siendo :

-c=nº camas (oferta)

-t=tiempo considerado, generalmente un año

-lo= índice de ocupación: % camas ocupadas respecto al total de camas disponibles (promedio de ocupación).

-em o Pe= promedio de ocupación).

Disminuyendo la estancia media se puede conseguir un mayor aprovechamiento de las camas²²². Con igual número de enfermos ingresados, y sin modificar el tiempo ni la ocupación, el número de camas está en relación directa con la estancia media, pudiendo disminuir la lista de espera si no aumenta la demanda²²². Dicho de otro modo, la misma demanda puede ser satisfecha con el 25% de las camas, siempre que el promedio de estancia se reduzca a la mitad²²⁵.

•En Europa²²¹:

La frecuentación hospitalaria es de 150 enfermos/1000 habitantes año.

El índice de ocupación se encuentra en torno al 85% de las camas

El promedio de estancia es igual a 20 días .

•En España^{225,221}:

La frecuentación hospitalaria es de 110 enfermos/1000 habitantes y año.

El índice de ocupación se encuentra en torno al 90% de las camas

El promedio de estancia es igual a 9 días.

nº de camas es de 5,26 camas /1000 habitantes

siendo el país, en Europa con una menor oferta hospitalaria después de Turquía .

Como se puede observar, los índices de ocupación y promedio de estancia para el conjunto del sistema hospitalario español son correctos y comparables con los de los países integrantes de la CE; por el contrario, la frecuentación de admisiones por mil

habitantes es muy inferior. En consecuencia hay necesidades no cubiertas, y con seguridad, existe demanda insatisfecha por falta de camas como lo evidencian las listas de espera²²⁵. El rendimiento de las camas, es decir el número de enfermos que ocupan una cama en un período determinado, está directamente relacionado con el índice de ocupación, e inversamente con su promedio de estancia^{222,225,227}.

$$(c = e \times Pe / lo \times t , \text{ por lo tanto, } e = lo \times t \times c / Pe)$$

c=nº camas (oferta)

t=tiempo considerado, generalmente un año

lo= índice de ocupación:

% camas ocupadas respecto al total de camas disponibles (promedio de ocupación)

em o Pe= promedio de ocupación

siendo ambos determinantes de la cuantía de la lista de espera siempre que no se modifique la demanda ni el número de camas²²⁵.

La magnitud de los factores índice de ocupación y promedio de estancia depende fundamentalmente de la actitud de los médicos, y algunos autores afirman que, especialmente de los Servicios de Medicina Interna²²⁵.

Cuanto mayor sea el índice de ocupación y menor el promedio de estancia, menor será el número de camas para atender a un mismo número de enfermos. Solucionar antes los problemas por menor promedio de estancia hace suponer que el coste por enfermo será muy inferior²²⁷.

Un índice de ocupación deseable y posible para servicios de Medicina Interna es, a tenor de algunos estudios, del 90%²²⁵. Un índice ocupacional cercano al 100% significa que una cama se ocupa prácticamente en el mismo día que se da de alta al paciente anterior. Si ocurre tal situación, implica que existe una excesiva presión de demanda o una lista de espera. Como se trata de un valor promedio anual, índices de 95 % ó 100% traducen la existencia de pacientes en camillas en los pasillos. Para paliar la lista de espera es preciso ajustar los medios naturales (camas, espacios, instrumentos) y organización a la necesidad manifestada, es decir a la demanda²²⁷.

Cuanto mayor es la segmentación interna de un hospital, menor es el grado de utilización. Las camas deben ser utilizadas con gran flexibilidad y polivalencia a efectos de mejorar el porcentaje de ocupación, pero esto tiene el inconveniente de que suele aumentar el promedio de estancia por falta de identificación de las camas con el servicio. Por el contrario, cuando se adjudican camas por servicios, se facilitan ingresos injustificados, ya sean primeros o reingresos²²⁵.

Se debe intentar ingresar en las camas hospitalarias siguiendo un criterio equitativo, es decir, ingresar a quien más se pueda beneficiar de ello. Pudiéndose crear protocolos, priorizar los ingresos y reducir al máximo el promedio de estancia para intentar proveer una calidad de cuidados de salud que sea eficiente, disminuyendo al mismo tiempo la estancia media^{98,225}. Se incide sobre todo en la necesidad de protocolizar el mayor número de enfermedades, particularmente en lo que respecta a criterios de ingreso²²⁵. Para ello sería interesante dirigir el hospital por medio de la dirección participativa por objetivos con asignación de camas, índice de ocupación y promedio de estancia²²⁵.

I.5.2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Se ha descrito la influencia de los siguientes factores sobre los días de estancia hospitalaria 222,225:

- Factores responsables del aumento de la estancia hospitalaria:
 - Mayor número de camas
 - Mayor número de facultativos
 - Programas de docencia
 - Mayor cuento de la investigación
 - Más índice de mortalidad (gravedad de los pacientes)
 - Aumento porcentaje de ingresos procedentes de urgencias (presión de urgencias)
 - Peor estado socioeconómico de la población.
- Factores responsables de la disminución de la estancia hospitalaria:
 - Mayores necesidades sanitarias (aumento de la demanda).
 - Mejor dotación tecnológica.

-
- Mayor actividad desde Consultas Externas.
 - Mayor número de personal no médico.
 - Mejor protocolización del trabajo de enfermería.
 - Más dotación de camas para crónicos.
 - Control administrativo sobre las mismas.

- Factores que modifican la estancia:

- Las preferencias culturales de los usuarios.
- Juicio clínico y hábitos médicos.
- Día de la semana del ingreso.
- Estilo administrativo del centro.

Como se puede observar, el diagnóstico no es por tanto el único factor que influye sobre la estancia media²²². No existe una estancia media idónea, pero se considera que cuanto más baja, pero suficiente, mejor ²²².

La estancia media es un factor que repercute no únicamente sobre los costes hospitalarios sino también sobre otros aspectos del individuo como el impacto familiar, personal, y social, que no deben ser olvidados^{68,225}. Teniendo en cuenta estos aspectos, la implantación de fórmulas alternativas a la hospitalización convencional que no precisen un ingreso continuado podrían solucionar en parte el problema de la estancia hospitalaria, contribuyendo a la reducción de la duración actual de la estancia media hasta conseguir el mínimo indispensable en enfermos con criterio objetivo de ingreso. Estas medidas podrían consistir en :

- La hospitalización durante un período de tiempo menor a 12 horas (Hospitales de Día). Un buen servicio de este tipo en países ricos evita hospitalizaciones, aunque en uno pobre las aumenta, ya que se descubre gran subconsumo sanitario. Los hospitales de día aumentan el rendimiento y establecen una buena comunicación <extra-intra hospitalaria²²⁵.
- Hospitalización a domicilio con supervisión del centro.

-
- Intervenciones quirúrgicas con hospitalizaciones inferiores a 24 horas.
 - El pago por paciente o proceso en vez de efectuarlo por estancia^{222,227}.

I.5.3.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA

Se han descrito varios factores que influyen en la utilización de los servicios hospitalarios por parte de los pacientes^{25,190,221,222,225}:

- Disponibilidad de camas hospitalarias.
- Sistema de pago (el pago por paciente o proceso en vez de por estancia).
- Edad de la población (los primeros y últimos años de la vida son los más vulnerables, y necesitan más cuidados, y en consecuencia, mayor consumo sanitario).
- Situación y distribución geográfica de las camas (el reparto uniforme facilita su utilización y contribuye al mismo tiempo a la equidad. Todo esto viene facilitado por la implantación de áreas de salud).
- Organización de los servicios extrahospitalarios.
- Funcionamiento de los servicios centrales del hospital (un mal funcionamiento alarga el promedio de estancia, disminuyendo el rendimiento y aumentando el costo).
- Hábitos médicos y normas sociales (la deambulación temprana y la eficacia terapéutica han rebajado mucho el promedio de estancia).
- Investigación y enseñanza que se realiza en el centro (los hospitales con este tipo de programas suelen poseer promedios de estancias más largos, porque sus enfermos son más complicados, los departamentos son más especializados, los índices de ocupación son más bajos por la menor polivalencia de sus camas, razones docentes e investigadoras, la tendencia a la utilización de *test* y procedimientos diagnósticos más caros ... Para atender al mismo número de enfermos se precisan más camas, con las mismas camas se atienden menos enfermos, y además éstos suelen permanecer

mayor tiempo ingresados).

-Dependencia patrimonial de la institución.

-Tipo de vivienda y composición familiar.

-Provisión de médicos (si un país posee un número muy bajo de médicos disminuye la utilización hospitalaria por falta de indicación médica. Si dispone de muchos, también disminuye porque los procesos se tratan ambulatoriamente. Con un número intermedio aumenta porque se ven a todos los pacientes pero no se estudian por falta de tiempo. Los hospitales que tienen este tipo de programas son más selectivos en la admisión y alargan el promedio de estancia. También son más caros por la menor dedicación de personal a la asistencia).

-Morbilidad (en nuestro medio los problemas cardiovasculares, digestivos, neoplásicos, respiratorios, accidentes, ginecológicos y partos ocupan la mayoría de camas de los hospitales. Las enfermedades degenerativas tienden a prolongar la estancia en el hospital aumentando la necesidad de las camas, lo que ocurre en las poblaciones cultas, ricas y viejas. Las enfermedades infecciosas generan estancias cortas, disminuyendo la necesidad de camas, lo que es propio de poblaciones pobres y con corta esperanza de vida).

-Organización interna del hospital (un mal funcionamiento de los servicios centrales alarga el promedio de estancia, disminuye el rendimiento y eleva el coste. Ya se ha comentado que, cuanto mayor es la segmentación interna de un hospital, menor es su grado de utilización. Cuando se jerarquizan y racionalizan los hospitales, se evitan duplicidades, se coordinan las posibilidades, aumenta el rendimiento, y disminuyen las necesidades de las camas para la misma demanda. La mala organización produce lo contrario).

Factores como las necesidades, los factores facilitadores de acceso al centro, y los factores predisponentes, con aspectos tales como la clase social o sexo, modularían el uso de los recursos^{68,222}.

De todo lo mencionado hasta el momento se podría extraer como conclusión que la estancia media es el único parámetro relacionado con el buen funcionamiento de un hospital. Sin embargo, la evaluación de los servicios clínicos no puede realizarse a través de un indicador tan simple y economicista, sino a través de la integración de la información obtenida del funcionamiento de los mismos²²⁸. La modificación aislada de la estancia media no debe presuponer "per se" un diagnóstico sobre le funcionamiento del mismo²²⁹.

Existen otros indicadores que modifican el funcionamiento hospitalario, como por ejemplo las modalidades de financiación hospitalaria, que ejercen una fuerte influencia sobre el comportamiento del hospital respecto a variables como el número de admisiones, la intensidad y calidad de los cuidados prestados, los costes y la duración de la hospitalización²³⁰.

La financiación hospitalaria con pago prospectivo por proceso (PRP) de una cantidad fija, trata de maximizar los ingresos con unos costes dados²³¹. Dicho PRP incentiva la reducción de los costes por procesos tanto a través de la reducción de la estancia y de la intensidad de servicios, como de la selección de pacientes con menores necesidades de cuidados, actuando como un estímulo para favorecer el alta rápida y acortar el período de hospitalización^{222,230}. Algunos autores opinan que bajo la óptica de la eficiencia, es probable que este sistema conlleve como resultado una sobreutilización de los recursos²³¹.

Otros sistemas de financiación lo constituyen el sistema de pago por paciente y el de pago por estancia-día. La financiación mediante el primer sistema incentiva a los hospitales que no superen los niveles de estancia que se consideren clínicamente apropiados, ya que de su potencial minoración puede resultar un incremento del índice de rotación, y por tanto, de las admisiones posibles o ingresos. Sin embargo, puede tener efectos negativos en relación a admisiones injustificadas, altas médicas de pronto reingreso o de selección de admisiones. En cuanto al pago por estancia-día, algunos autores sostienen que este

sistema representa un incentivo a la prolongación arbitraria de la estancia hospitalaria, y así, una ineficiente utilización de recursos. La prolongación de la estancia resultaría particularmente rentable para los días finales de la hospitalización (los más baratos, al descender el coste de tratamiento). Al quedar fijado el pago de acuerdo con el coste medio, y al ser este inferior al marginal para el período final de la hospitalización, el alargamiento de la estancia supondría para el centro márgenes adicionales de rentabilidad²³¹.

En general, se piensa que la disminución de la duración de la hospitalización está relacionada con una rápida y extraordinaria capacidad de los hospitales privados concertados para mejorar sus sistemas organizativos (entrega rápida de resultados, realización extrahospitalaria de preoperatorios y acortamiento estancia preoperatoria)²³⁰, así como para influenciar los patrones de estilo de práctica de los clínicos que intervienen en estos centros, aplicando pautas de duración de la hospitalización a los pacientes ingresados que optimizan los beneficios del hospital²³⁰. Esto supone un sorprendente alto grado de implicación de los clínicos con los objetivos económicos del hospital^{221,230}.

I6.- CALIDAD HOSPITALARIA

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es contribuir a mejorar la salud de los individuos^{158,232}. El sistema de salud actualmente en España se apoya en los principios básicos de cobertura universal, financiación pública, equidad en el acceso, provisión mayoritariamente pública y gestión descentralizada^{159,233,234}.

El acelerado avance tecnológico de las últimas décadas obliga al médico a un riguroso ejercicio de razonamiento clínico para elegir de entre lo técnicamente posible, y lo realmente necesario y útil para cada uno de los pacientes^{95,159,164,232}.

Por otra parte, los cambios socioeconómicos están condicionando y modificando la actuación del sistema sanitario en igual o mayor magnitud que los tecnológicos^{163,234}. En los últimos 25 años los países industrializados han visto crecer gasto sanitario el doble que

su riqueza. Estos problemas han hecho que la contención de gasto haya emergido como asunto clave en la política sanitaria¹⁵⁸. Existe una importante presión de los diferentes órganos económicos para que se ejerza un control estricto del vertiginoso incremento del gasto sanitario¹⁶³.

Viendo que en la actualidad no existen bastantes recursos económicos para permitir a la sociedad conseguir todos los objetivos sanitarios posibles, se están realizando un gran número de cambios como trasladar al mundo sanitario el control de la calidad industrial^{179,235}, tratando de proporcionar un conocimiento para que el conjunto de los ciudadanos obtenga el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles^{232,236}. Si bien algunos autores no se muestran de acuerdo con esta adopción²³⁷, y siendo conscientes de que existen excepciones¹⁵⁸ que impiden que la atención sanitaria sea considerada como un "mercado" perfecto, se están desarrollando diversas técnicas de evaluación socioeconómica cuya misión es ayudar a elegir en el proceso de toma de decisiones¹⁵⁸. Así, conceptos como el de eficiencia, (efectividad sanitaria en relación con recursos económicos utilizados)^{158,232,238,239} son utilizados para valorar las actuaciones médicas, y sustituyen a los tradicionales conceptos de efectividad y eficacia^{238,239}. Uno de los retos del sector sanitario público es conseguir la excelencia²⁴⁰, es decir, obtener la mejor calidad al menor coste^{136,158,163,235,240,241} mediante una transformación radical del modo de pensar y de hacer, siendo la calidad una vía para alcanzar ambos objetivos²⁴⁰.

La relevancia del análisis de la eficiencia no se fundamenta únicamente en intentar establecer un ahorro en el gasto sanitario, sino que también se basa en la trascendencia que posee el que los recursos sean limitados, puesto que los dedicados a un paciente no estarán disponibles ni para otro paciente, ni para otra actividad. En consecuencia, la consideración de los costes forma parte de la ética social de todos aquellos que, a distintos niveles, se ven implicados en la toma de decisiones dentro del sistema de salud^{158,232}. Se observa como el médico ha pasado por lo tanto, a ser juez en la asignación de recursos sin dejar su papel tradicional de abogado del paciente, lo que

origina contradicciones y plantea todavía más exigencias al trabajo clínico frente a 2 "amos" con intereses contrapuestos : el "usuario" y la "empresa".

La crisis del crecimiento de la medicina y de la sanidad continúa incorporando criterios de calidad (maximizar la efectividad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios²³⁵ a un coste social razonable) a la práctica clínica^{163,164}, exigiendo una evaluación crítica permanente¹⁵⁹ y un proceso de mejora continua^{228,242}. Pero la escasa capacidad que hasta ahora los sistemas de salud han desarrollado para promocionar la eficiencia, contribuye a explicar la existencia de bolsas de ineficiencia, como por ejemplo la alta proporción de prestación de servicios inapropiados, o la ineficiencia administrativa^{51,136,158}. El intentar evitar esta situación de ineficiencia, e intentar averiguar la razón de la variabilidad de la calidad asistencial ofrecida con los mismos medios, es lo que justifica la necesidad de que todos los servicios o unidades hospitalarias consideren la autoevaluación y mejora de la calidad sanitaria como parte de su actividad^{136,235}, resultando conveniente la planificación de la calidad.

La mejora de la calidad no es la consecuencia del control, sino de la resultante de un proceso que responde a los objetivos fijados en una planificación²⁴⁰. La palabra control queda desechada a la hora de efectuar una valoración de la calidad, y es sustituida actualmente por términos como garantía de calidad, o mejora de política de calidad, que además de la medición del "producto", incluyen acciones correctoras²³⁵.

Se estima imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica ya que no existe un único criterio de conjunto para precisarla, y existen diversas dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad. Con el fin de ofertar servicios de alta calidad, algunos autores consideran que la asistencia institucional debería reunir las cualidades de ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y poseer una continuidad temporo espacial²⁴³.

Se puede intentar juzgar la calidad de un servicio por el número y tipo de diagnósticos y tratamientos que tenga protocolizados. Si se toman las afecciones más frecuentes, o las

más costosas, o ambas, y se escribe previamente^{221,227}:

- Tipo de enfermedad.
- Diagnóstico
- Número y tipo de análisis
- Número y tipo de Rx
- Otros datos complementarios
- Criterios de ingreso
- Posibles complicaciones
- Probables días de estancia
- Tipo de tratamiento
- Medicación
- Dosis
- Tiempo

la garantía de una mejor asistencia está asegurada y además, se puede calcular previamente el coste de cada una de las enfermedades, así como programar el número de enfermos. Conociendo el coste y la epidemiología es posible establecer el tipo y número de ingresos. Siendo este procedimiento, según algunos autores, una forma de motivar al personal médico y controlar la eficacia, asegurando una calidad y costes posibles²²¹. En general, los criterios para mejorar la calidad de los servicios sanitarios pasan por la definición de los grupos de los “clientes” a los que se les presta los servicios, por fijar unos objetivos tanto asistenciales como económicos, y por el establecimiento de unos protocolos asistenciales para obtener la mayor calidad dentro de un coste controlado^{244,245,246}.

I.6.1.- INFORMÁTICA HOSPITALARIA

El desarrollo de la informática constituye un punto importante dentro de la calidad hospitalaria. Desde los años 70, momento en el que la tecnología informática ya está en

condiciones de dar satisfacción a las grandes demandas informativas a un coste asequible, se ha incrementado progresivamente en los hospitales el uso de ordenadores^{137,247,248,249,250,251,252} que casi de forma exclusiva se ha venido utilizando para solucionar las necesidades económico-administrativas o de gestión de los centros^{248,249,250,253}; pero también se está implantando su utilización de acuerdo a las necesidades clínicas²²¹, ya que se ha visto que puede significar una mejora inmediata de la calidad asistencial que reciben los pacientes²⁴⁸.

El apoyo de la implantación de la informática hospitalaria en los hospitales asegura^{221,228,236,246,248,254,255,256}:

- Calidad y volumen de las informaciones
- Mayor precisión y rapidez
- Organización racionalizada
- Identificación correcta de los pacientes atendidos.
- Monitorización cronológica e inmediata de los circuitos asistenciales.
- Disminución de los errores en el manejo de la información asistencial.
- Registro de los signos y síntomas de los pacientes.
- Recordatorio de decisiones asistenciales importantes o protocolizadas, detección de errores y omisiones en el proceso asistencial, e identificación de resultados indeseables.
- Agil recuperación, interrelación, análisis y presentación adecuada de los datos registrados en cualquier punto del proceso asistencial.
- Mejor presentación y prescripción de las instrucciones e informes asistenciales a los pacientes.
- Identificación de grupos de alto riesgo o susceptibles de intervenciones preventivas,

terapéuticas o rehabilitadoras específicas.

- Mayor interrelación entre los profesionales.
- Accesibilidad instantánea a la literatura científica.
- Mayor posibilidad de trabajo cooperativo.
- Creación progresiva de bases de conocimientos médicos a partir de la información propia.

Abarcando los subsistemas relativos a la administración del hospital, diagnóstico y terapia²²¹.

Como se puede observar, la información clínica resulta imprescindible para realizar una asistencia correcta e integral, así como para desarrollar todo el potencial que la epidemiología clínica puede aportar a la mejora de la efectividad, eficiencia y eficacia asistenciales. No siendo deseable un desarrollo informático que no esté integrado en la configuración de un sistema informatización integral²⁴⁸.

I.6.2.- SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

Todos los sistemas de clasificación de pacientes realizan agrupaciones que mantienen una significación clínica, lo que permite su uso a efectos de comparar, presupuestar, facturar, planificar o establecer un pronóstico²⁵⁷. Las aplicaciones de los índices de medida de gravedad son diversas: desde la evaluación de la calidad asistencial, a la estratificación de los pacientes para estudios clínicos, pasando por la ayuda en la decisión a los médicos, y la información a los pacientes y a las familias²⁵⁸.

Los sistemas de medida de la casuística hospitalaria (case-mix) permiten clasificar en grupos a los pacientes. Existen diferentes clasificaciones en función de las distintas variables utilizadas como base clasificadora²⁵⁷; algunas de estas son :

- La gravedad (sistema APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) o SII(Severity of Illness)).

-
- El consumo de recursos (o grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) o patients management categories (PCM)).
 - El estadio de la enfermedad (Clasificación Internacional de Tumores).

Algunos estudios afirman que el sistema de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) permite introducir el criterio económico sin perder de vista la calidad y la demanda que la población hace de la asistencia hospitalaria, y además, permite la homogeneidad a la hora de analizar los datos de los hospitales^{228,259}, con el fin de introducir criterios de competitividad que redundarán en una mejor calidad a más bajo coste²⁵⁹. En este sistema, los pacientes son clasificados en 490 grupos basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9^a-MC (Modificación Clínica), en relación a un consumo de recursos similar que origina su diagnóstico y tratamiento. Cada uno de estos grupos se asocia a una estancia media^{94,260,261}, y a un peso relativo de GRD (PRGRD). Este último es un índice ponderado del coste que origina el diagnóstico, tratamiento y cuidados de un paciente típico incluido en el grupo⁹⁸. Teóricamente debería existir una relación no directa entre PRGRD y la gravedad de la enfermedad, dado que los pacientes más graves suelen requerir mayor cantidad de recursos humanos y técnicos²⁵⁷.

Este sistema que agrupa a los pacientes tras su alta hospitalaria, sin pretender pronosticar su evolución, sino valorar sus costes^{64,257}, está basado en la ponderación del consumo de recursos, midiendo indirectamente la gravedad de los pacientes²⁵⁷.

Han surgido algunas críticas hacia los sistemas de clasificación de los pacientes mediante la utilización de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, pues la descripción de los GRD se ha basado en agrupamientos por costes, pero la existencia de un coste similar en el sistema sanitario americano no tiene por qué forzosamente conllevar un nivel de estancia media similar²²⁹. Por otra parte, existen autores que opinan que los GRD poseen una escasa sensibilidad para medir la variabilidad en el consumo de recursos derivados de la gravedad de los pacientes²⁵⁷. Existe una variabilidad de utilización de recursos intra DRG que puede ser atribuida a problemas en la especificidad clínica del sistema de codificación CIE-9^a-MC , en la diferente severidad de las enfermedades, en errores en los

registros hospitalarios, y obligaciones impuestas en las decisiones intraoperacionales intra DRG^{260,262}. En general, existe la opinión de que este sistema infravalora la severidad de las enfermedades, refleja inequidad en el sistema de financiación de los hospitales que utilizan este método, y resulta discriminativo^{190,196,263}.

Un sistema diferente lo constituye el APACHE que clasifica a los pacientes de acuerdo con la gravedad de su enfermedad en función de su situación inicial²⁵⁷. Está diseñado para estratificar a los pacientes en UCI, proporcionando una estimación de la probabilidad de morir de un paciente^{170,175,258,264,265}. Es un sistema concebido como ayuda al pronóstico¹⁷⁰. Para ello puntúa 14 variables fisiológicas, la edad y el estado de salud previo. De esta forma permite explicar el 85% de la variabilidad evolutiva^{257,263}.

El APACHE se muestra válido para ajustar la gravedad de la enfermedad dentro de cada DRG²⁶³. Es un parámetro útil como potencial índice de calidad genérica correlacionado con el uso de recursos, siendo utilizado en diversos estudios como factor de riesgo para la utilización de cuidados de salud a domicilio^{14,106,263}.

I7.- CALIDAD DE VIDA

Es importante analizar el concepto de calidad de vida sobre todo en pacientes con procesos crónicos o terminales²⁶⁶.

El desarrollo de medidas de impacto subjetivas que atienden a la calidad de vida relacionada con la salud, ha desbordado los tradicionales parámetros fisiológicos. Esto es debido a que los servicios sanitarios en los países desarrollados producen más calidad que cantidad de vida^{164,266}, a que existe una creciente constatación de que las utilidades relevantes son las del paciente, y que en ocasiones, la mejor alternativa de tratamiento depende de la valoración de síntomas que realice el individuo afectado¹⁶⁴, pues en algunos casos se ha asumido erróneamente que una mejoría en los procesos fisiopatológicos de la enfermedad, se acompaña de un mayor bienestar y de salud en general²⁶⁷.

Por consiguiente, es cada vez más frecuente, tanto en la práctica clínica como en estudios de investigación de los servicios sanitarios, la introducción de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs), como medida de resultado, en detrimento de los indicadores clínicos tradicionales^{175,268}, siendo fundamental a la hora de realizar una adecuada asistencia sanitaria no sólo aumentar la cantidad de vida, sino también la calidad de vida^{235,266}. Debiendo efectuar una aproximación razonada a los procesos patológicos que presentan determinados pacientes (sobre todo los que cuentan con edades más avanzadas), tomando en consideración aspectos no específicamente clínicos^{140,269}.

Definir el concepto de calidad de vida no resulta fácil. Es fácil comprender el significado de “calidad de vida” pero difícil el detallar y cuantificarla, y sobre todo, adaptar unos valores comunes y unos parámetros equitativos²⁷⁰. Una definición útil y sencilla de calidad de vida sería “el impacto que causa la enfermedad y su tratamiento sobre la vida del paciente, visto desde su propio punto de vista”²⁶⁷. Se describe calidad de vida como “un conjunto de dimensiones o estados que se relacionan con la esfera psicológico-afectiva, física, social y cognitiva”, pero también existen datos que se correlacionan con conceptos como “pérdida de oportunidad” y pronóstico vital de manera indirecta²⁶⁶. En esta aproximación a la definición resulta conveniente la valoración geriátrica integral como proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y sicosociales, alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos^{65,269}.

La evidente relación entre la morbilidad y edad, junto con el progresivo desarrollo de los derechos humanos en el sentido de no discriminar por razones de edad, supone que el envejecimiento paulatino de las poblaciones más ricas sea considerado como el principal factor aislado que contribuirá al crecimiento del gasto sanitario en el futuro¹¹⁵. Aunque las mejoras en el rendimiento pueden reducir el coste por paciente, no serán suficientes para equilibrar el enorme aumento de la demanda. De ahí la importancia que se concede a este tipo de valoraciones, intentando definir las situaciones de salud, enfermedad, y necesidad,

para poder así facilitar estrategias asistenciales¹¹⁵.

En la actualidad, el análisis de nivel de salud resulta necesario para evaluar el trabajo asistencial (el nivel de salud de un enfermo que ingresa no debe empeorar con la hospitalización, sino mejorar), siendo empleada la calidad de vida para su evaluación económica. También representa un parámetro más a tener en cuenta en el caso de la hospitalización como criterio de adecuación al ingreso (y su orientación hacia hospitales de agudos o crónicos), y de estancia hospitalaria²⁶⁶. Pudiendo ser aplicado tanto en investigación como en la práctica clínica, así como en la toma de decisiones sanitarias en general²⁶⁸.

La calidad de vida estima el nivel de salud de enfermos y sanos permitiendo medir la eficacia y efectividad de las intervenciones médicas, optimizando las decisiones clínicas, estimando las necesidades de la población, permitiendo así, la priorización de necesidades y de los recursos asistenciales²⁶⁶.

En un intento de aproximación al concepto de calidad de vida en diferentes trabajos se utiliza el índice de Karnosky^{69,180,257,271}. Este mide el nivel de actividad del paciente, y posee un alto grado de fiabilidad entre observadores, siendo a su vez un factor clínico importante en la estimación de la supervivencia²⁷². Los valores que toma dicho índice, y la explicación a dichos valores son :

- 100 Normal
- 90 Signos y síntomas menores
- 80 Actividad normal con esfuerzos
- 70 Incapacidad para la actividad normal pero puede ocuparse de sí mismo.
- 60 Precisa asistencia ocasional para sus necesidades personales.
- 50 Precisa considerable asistencia y cuidado médico.
- 40 Inválido.
- 30 Gravemente inválido y hospitalizado.
- 20 Muy enfermo, necesita tratamiento de apoyo.
- 10 Moribundo.
- 0 Muerte.

I8.- EL INFORME DE ALTA : UTILIDAD Y CALIDAD

Algunos autores opinan que un programa hospitalario de control de calidad y registro de altas es preciso que comience por los servicios de Medicina Interna, donde la complejidad de los cuadros clínicos hace más difícil la decisión de determinar cuál es el diagnóstico principal²⁷³.

En España se regula la obligatoriedad de entregar un Informe de Alta Hospitalaria (IAH) por parte de los centros y establecimientos asistenciales públicos o privados, a todos los pacientes ingresados que sean dados de alta y produzcan, al menos, una estancia. El Informe de Alta es un documento necesario y obligatorio cuyo contenido viene especificado por la ley. De esta forma se concreta el conjunto mínimo de datos referidos al centro, datos de identificación del paciente y datos referidos al proceso asistencial que han de constar en dicho Informe^{6,274,275,276}.

El Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD) es utilizado no sólo en la planificación, sino también en la gestión e investigación clínica y epidemiológica^{25,261,228,277}. Los registros que cubren el conjunto mínimo de datos de cada episodio hospitalario permiten caracterizar los episodios de hospitalización en función de los diagnósticos del paciente y los procedimientos realizados; constituyendo un verdadero tesoro de la información médica, por lo que se debe garantizar su calidad y su adecuación.

El objetivo principal del Informe de Alta Hospitalario es el de ser útil para todo aquel profesional que lo utilice^{275,278,279,280}. Estos propósitos no pueden ser alcanzados plenamente si no se añade la necesaria calidad a los registros de altas cuyos datos son extraídos precisamente de los diagnósticos al alta notificados en el Informe de Alta²⁷⁷.

Muchos estudios de revisión de calidad hospitalaria se realizan a partir de la información contenida en los informes de alta, ya que resulta fácil obtener una idea general del motivo de ingreso de los pacientes y de lo sucedido durante la hospitalización²²³. Un registro informatizado de admisión y alta permite conocer la morbilidad hospitalaria, permite la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, el control de calidad, y la confección de una base de datos para la investigación clínica y epidemiológica^{88,281}. La información sobre la utilización hospitalaria (causas de demanda asistencial

hospitalaria)²⁸² revierte por tanto hacia los clínicos, resultando útil que sea el médico quien se encuentre implicado en la selección de la información del registro de patologías o protocolos, participando en la supervisión de la codificación^{273,283}.

Esta información de origen hospitalario constituye una fuente de importantes estadísticas sanitarias en muchos países. Así por ejemplo, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) es la única fuente de datos comparables sobre la mortalidad atendida en centros hospitalarios²⁷⁷. En España, el Instituto Nacional Estadística publica a partir de 1977 y con periodicidad anual, una encuesta de morbilidad hospitalaria que tiene como base el Libro de Registros de Ingresos y Altas de enfermos, cuyo uso es obligatorio en todos los hospitales públicos y privados. La escasa calidad de los datos procedentes de los hospitales ha sido la principal crítica que han recibido las estadísticas de utilización hospitalaria²⁷³.

El tema de la evaluación de la calidad de los informes de alta no es nuevo. Autores como Loocwood en Escocia, en 1971, analizaron 2.515 resúmenes de altas de 38 hospitales, observando que el 55,3% tenía algún tipo de error, siendo éstos más frecuentes en los diagnósticos secundarios e intervenciones quirúrgicas²⁸⁴. Los estudios de Martini et al., efectúan en 1976 una revisión de 739 resúmenes de alta en el que el 29,2% poseían algún dato incorrecto²⁸⁵. Georges y Maddocks , en 1979, valoran 2.151 resúmenes de informes de alta, en los que 19,2% se encontraban codificados de forma incorrecta¹⁴⁹. Demlo et al., en 1978, en EE.UU.²⁸⁶ observaron que el número superior de errores en el diagnóstico se cometía a nivel del 4º dígito (nivel de la patología atendida)²⁸⁷. O'Gorman en Irlanda en 1982, sobre una muestra de 17 hospitales, encontraba que el 5,5% de los diagnósticos principales eran erróneos, en el 1% de los casos no constaban, y en el 0,9% estaban codificados erróneamente²⁸⁸.

Resulta interesante observar si existen deficiencias en la confección del IA^{289,290}. El análisis de los datos contenidos en el IA sirven para valorar la calidad del IA y, al mismo tiempo, constituyen un método de control de calidad del trabajo hospitalario^{130,289,291,292}.

Siendo discutible que los términos considerados como indicadores de calidad del IA lo sean para todo el colectivo médico, y que realmente reflejen deficiencias en la confección

del IA, (sobre todo siendo éste un resumen escrito de datos más significativos de la relación médico-enfermo durante la hospitalización a consideración del médico que lo realiza), existen algunos aspectos que nos deben hacer reflexionar sobre la calidad de los IA²⁹⁰. Así, a la hora de valorar la información clínica (calidad), diversos autores tienen en cuenta los IA que utilizan en el juicio clínico términos como^{176,177,180,235,290,293}:

- abreviaturas (EPOC, HTA...),
- detección de informes incompletos (pendientes de pruebas o resultados emitidos),
- probable,
- no se descarta,
- es posible,
- parada cardiorrespiratoria,
- anotaciones como "los previos o anteriores",
- dificultad de selección de la causa principal,
- no realización del IA.

La utilización de abreviaturas en el IA no resulta conveniente ya que no son similares las siglas para todo el colectivo médico (ni nacional, ni internacional), y resulta todavía más grave si su manejo implica el juicio clínico. Si bien en algunos casos tienen el objetivo de no dañar la sensibilidad del enfermo, este hecho no justifica la gran cantidad de manejo de abreviaturas²⁹⁰. Por otra parte, el carácter universal del lenguaje médico no debería perderse bajo el abuso de este tipo de expresiones²⁹⁴.

Un gran número de siglas son importadas del mundo anglosajón²⁹⁴. La introducción de palabras extranjeras en una lengua es un hecho cultural. Este fenómeno puede suponer, o bien la penetración masiva de términos sin la adaptación a términos de la lengua receptora, o bien el rechazo sistemático y purista de los extranjerismos. En general se considera que deben rechazarse los préstamos innecesarios, es decir, aquellos extranjerismos que designan conceptos para los que la lengua receptora ya posee una palabra propia²⁹⁵.

Los IA en los que se anota pendiente de determinado resultado traduce, no inadecuados IA, sino un insatisfactorio funcionamiento del sistema asistencial para emitir esos

resultados al mismo tiempo que el alta del enfermo. Aunque esta medida permita estancias hospitalarias más cortas, no existe garantía de que sean completados o revisados por el mismo médico que le dio el alta, por lo que sería aconsejable que estos informes fueran evitados²⁹⁰.

Así mismo parece sensato evitar la anotación de términos en el juicio clínico confusos o ambiguos. Es posible que pueda ser justificable su uso pero no deben encontrarse en el juicio clínico, sino en otros apartados del IA²⁹⁰.

El empleo de términos como “probable”, “no se descarta” o “parada cardiorrespiratoria” en los IA de los enfermos fallecidos como diagnósticos finales, supone una falta de rigor científico. La parada cardiorrespiratoria, ¿es un único diagnóstico final, o síntoma final de la causa de muerte?, ¿se ha anotado específicamente en el diagnóstico final la causa de muerte, o es un diagnóstico final más?²⁹³. La parada cardiorrespiratoria es causa inmediata de defunción cuando se trata de una complicación que precede a la muerte²⁰². Sin embargo, en muchas ocasiones, se observa que los términos probable o parada cardiorrespiratoria se utilizan en los enfermos de mayor edad. La utilización de éstos a veces implica una menor estancia media, es decir, que por estancias inferiores se realizan menos pruebas diagnósticas²⁹³.

Tampoco parece racional el manejo del término "los previos" refiriéndose a diagnósticos ya anotados entre los antecedentes personales. No es lógico poner una lista de diagnósticos, y añadir que también los antecedentes personales son diagnósticos, pues resultaría confuso (ya que unos diagnósticos serían previos al motivo de ingreso y pueden no estar en relación con la hospitalización)²⁹⁰.

Existe una importante cantidad de IA sin realizar, teniendo en cuenta tanto los informes de alta no realizados, como los no informatizados¹⁷⁷. Todas las historias clínicas no cuentan por tanto con un IA, lo que puede ser motivo de la introducción de sesgos en las investigaciones realizadas a partir de los datos de los informes²²³. En general, la no realización de los Informes de Alta es considerada como pérdida de información¹⁷⁶. No todos los enfermos fallecidos poseen IA, lo cual viene a decir que los IA no son

confeccionados sistemáticamente en todo enfermo ingresado que fallece. Lo mismo podría decirse de las altas voluntarias^{261,289}.

A veces existen IA poco claros o informes incompletos con falta de información de lo sucedido en el Hospital y en el destino posterior de los pacientes²⁷⁵. La relación médico-enfermo resulta incompleta si no se logra obtener un diagnóstico definitivo, o no se puede ejecutar el tratamiento, o valorar la eficiencia de sus acciones asistenciales (curación-evolución)²⁹⁶. Estos enfermos son de gran importancia como índices de calidad asistencial, ya que existe un número aceptable de relaciones médico-enfermo incompletas por el nivel asistencial²⁹⁶. La precisión diagnóstica es un indicador de la calidad de la asistencia²⁹⁷. Factores como el tipo de diagnóstico, características del hospital o servicio clínico, edad, sexo del paciente pueden influir en la cumplimentación o no del diagnóstico en los diferentes documentos²⁷⁷.

Un punto importante en el análisis del IA lo constituye el IA del enfermo fallecido. El informe de alta y el certificado de defunción son los dos únicos documentos impresos que el enfermo o sus familiares reciben de la actuación médica²⁹⁸. La realización de informes de alta de enfermos fallecidos intentando filiar clínicamente la causa del fallecimiento y aportar estos datos por escrito a familiares, resulta fundamental a la hora de mejorar el único “producto” final de esta actuación²⁹⁸.

Sin embargo, en muchas circunstancias los enfermos fallecidos no cuentan con la realización de IA¹⁷⁸, o no se hace referencia explícita a la causa de su fallecimiento, o no es ésta conocida²⁹⁸, existiendo graves deficiencias en la elaboración del IA o epicrisis¹⁷⁸, lo que sugiere que el enfermo antes de su muerte no alcanzó, en opinión de su médico, un diagnóstico final cierto que pudiera ajustarse a una patología, entidad clínica, o enfermedad dentro de la Clasificación Internacional de enfermedades²⁹³, llegando a la conclusión de que en muchas ocasiones, el alta por fallecimiento empeora la calidad del dato diagnóstico²⁷³.

Si se pretende controlar la calidad de registro de diagnósticos resulta imprescindible poner

especial atención en las altas por fallecimiento²⁷³. Los diagnósticos finales, en el caso del fallecimiento, poseen un papel insustituible como parámetro de calidad hospitalaria^{130, 293}. Las estimaciones que se vayan a obtener de la mortalidad hospitalaria influirán en los programas de control de calidad asistencial²⁷³; resultando necesaria la vigilancia de la confección del IA²⁹⁰ y de la información contenida en él²⁷³, sobre todo a nivel del juicio clínico²⁹⁰, ya que en última instancia, el IA es utilizado por el propio sistema sanitario^{290, 292}.

II- Planteamiento y Objetivos

II.1.- PLANTEAMIENTO GENERAL

Como puede deducirse de lo expuesto durante la introducción, así como de los conocimientos generales sobre el tema, la asistencia sanitaria hospitalaria, especialmente la proporcionada por los servicios de Medicina Interna, plantea una serie de problemas cuyas causas son sólo parcialmente conocidas. Así, hemos percibido la existencia de una creciente preocupación e interés por el conocimiento objetivo de la actividad asistencial desarrollada en el área de hospitalización de los mencionados Servicios^{44,84}. Diferentes estudios realizan un análisis de ésta desde una perspectiva epidemiológica, clínica y de gestión de recursos hospitalarios^{66,71,82,164,232,244,299}, proponiendo algunos parámetros como son la mortalidad de los pacientes durante el período de tiempo que permanecen hospitalizados^{48,82,88,86,100,123,130,176,177,179}, la morbilidad y la calidad de vida de los pacientes^{48,100,266}, la yatrogenia o alteraciones que pueden surgir a lo largo del período de la hospitalización^{82,134,179,185,229,230,299}, el regreso a sus domicilios, o por el contrario, el traslado a otros lugares una vez dados de alta, posibles reingresos posteriores^{83,89...} en un intento de definir el modelo de morbilidad de los pacientes ingresados en dichos Servicios^{52,57}.

De los diversos parámetros mencionados, aún siendo considerados indicadores de la calidad del proceso asistencial, y mostrando su utilidad a la hora de evaluar la supuesta calidad de un servicio, no hemos hallado a lo largo de la literatura revisada, unos límites objetivos que delimiten y valoren el buen o mal funcionamiento de un servicio en función de éstos, sino que en los diferentes estudios se realizan constantes aproximaciones a estos conceptos, comparando los resultados obtenidos con los ya existentes en otras investigaciones, tratando el tema parcelarmente sin poder establecer inferencias entre sí.

En cuanto a la valoración de los informes de alta, los datos derivados del análisis de este documento son de gran utilidad en la planificación y gestión hospitalarias, así como en la investigación clínica y epidemiológica^{132,273,277}. Así mismo, el informe de alta constituye un instrumento para establecer una aproximación al conocimiento y evaluación del nivel de calidad del proceso asistencial hospitalario al que ya hemos hecho referencia^{281,291,293}.

En España existen pocos estudios acerca de los informes de alta y de la validez de los datos contenidos en éstos^{275,281,293}. Los primeros datan de 1987, en los que autores como González y colaboradores ponían en duda la validez de los diagnósticos principales del alta en los diferentes hospitales en los que fue realizado el estudio^{273,281}. Por otra parte, otros estudios abordan el tema de los informes de alta de los pacientes que fallecen mientras se encontraban hospitalizados, subrayando especialmente la deficiente cumplimentación de éstos, sobre todo en cuanto a la calidad de los datos diagnósticos^{273,289,293,296,298}.

Muchos son los parámetros que es posible estudiar en los Servicios de Medicina Interna, pero nos ha parecido que como punto de partida inicial, y basándonos en los hallazgos de investigaciones previas, sería interesante centrarnos en los objetivos que se detallan a continuación.

II.2.- OBJETIVOS

- Conocimiento de la actividad asistencial del área de hospitalización de un Servicio de Medicina Interna de tercer nivel a través del estudio de las diferentes variables epidemiológicas y parámetros de gestión derivados de los datos de filiación (edad, sexo, modo de procedencia, destino al alta, estancia, antecedente de ingreso previo, mes de ingreso y de alta) de los pacientes ingresados.
- Análisis del perfil del paciente ingresado en los Servicios de Medicina Interna, mediante

el estudio de:

- La calidad de vida (índice de Karnosky) de los pacientes cuando realizan su ingreso en dichos servicios.
 - Las posibles complicaciones surgidas a lo largo de la evolución clínica del paciente.
 - El índice diagnóstico, y diagnósticos finales de los pacientes, siguiendo la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9^a-MC).
 - La ausencia o no de la enfermedad responsable del ingreso de los pacientes en el momento del alta.
 - La calidad de los informes de alta realizados.
- Profundizar en el conocimiento de las relaciones que puedan existir entre los diferentes indicadores de asistencia sanitaria y la patología médica, para llegar a establecer relaciones de mutua dependencia, si es que existen, y valorar las posibilidades de ofrecer a nuestros enfermos una asistencia sanitaria óptima.
- Además, con motivo del desarrollo de una huelga de médicos hospitalarios durante parte del período de recogida de datos (9 de mayo - 30 de junio de 1995), tuvimos la oportunidad de plantear posteriormente otros objetivos, como el estudio de la variación de los parámetros anteriormente mencionados a lo largo del desarrollo de dicha huelga.

III- Material y Métodos

El estudio se enmarca en el Servicio de Medicina Interna “A” del Hospital Clínico Universitario. Este Servicio, en su Sección de Hospitalización, cuenta con 32 camas funcionantes, cuya asistencia en el momento del estudio dependía de los siguientes facultativos: un Jefe de Servicio, un Jefe de Sección, dos Médicos Adjuntos, y dos Médicos Residentes.

Se trata de un estudio observacional transversal prospectivo descriptivo en el que se recogieron las variables clínico-epidemiológicas mencionadas más adelante, pertenecientes a todos los pacientes ingresados durante un período de tiempo de un año (1 de septiembre de 1994- 31 de agosto de 1995).

Mientras el enfermo permanecía hospitalizado se obtuvieron los datos a partir de la revisión de los cursos clínicos de los facultativos, así como de los de enfermería y de las propias historias clínicas. Cuando hubo dudas o falta de alguna de las variables, se intentaron obtener por otras fuentes, y fueron comentadas con los médicos responsables del proceso asistencial. También se anotaron las complicaciones acontecidas en el transcurso de la hospitalización. Los datos referidos al informe de alta (calidad de los informes) y a los diagnósticos, se tomaron de un registro informatizado de Historias Clínicas con el que se realizaban los Informes de Alta (desarrollado por el Dr. F. Escolar).

III.1.-PARÁMETROS ESTUDIADOS

Se elaboró un cuestionario (ficha) para introducir los datos de cada paciente en una base de datos informatizada. Dicha ficha contenía los siguientes parámetros:

III.1.1.- DATOS DE FILIACIÓN

Aunque se tuvieron en cuenta todos los datos de filiación (nombre, apellidos, número de historia clínica, edad (fecha de nacimiento), sexo, domicilio) los utilizados en este estudio fueron los siguientes:

II.1.1.a.- Edades

Tomando como referencia la fecha del inicio del estudio, se valoró la edad como una variable continua y se agrupó posteriormente del mismo modo que la Encuesta Estadística de Mortalidad en Aragón²¹³ con el fin de facilitar su manejo :

00-15 años
15-24 años
25-34 años
35-44 años
45-54 años
55-64 años
65-74 años
75-84 años
>84 años

III.1.1.b.- Sexo

III.1.2.- PROCEDENCIA (TIPO DE INGRESO)^{45,46, 84,94,181}

Para clasificar la fuente de ingreso se utilizó la Clasificación Administrativa, tabulando a los pacientes en una de las siguientes categorías:

URGENCIAS
UCI
CONSULTA
OTROS
 Otros Servicios
 Otros Centros Hospitalarios

III.1.3.- TRASLADO (DESTINO AL ALTA)^{69,84,94,114,185}

Los datos referentes al destino de los pacientes fueron también tomados del modelo de la Hoja de Datos Administrativos empleada por el Insalud, que consta de los siguientes apartados:

- DOMICILIO
- HOSPITAL CRONICOS
- EXITUS
- OTROS SERVICIOS

Se consideraron como no fallecidos a los pacientes que regresaron a sus domicilios, a aquellos que fueron trasladados (a Otros Servicios, o a Hospitales para Pacientes Crónicos), así como aquellos que fueron dados de alta voluntariamente¹⁰⁰. Los pacientes "in extremis" fueron excluidos de entre los fallecidos^{89,177}.

Se estudió la mortalidad en las primeras 72 horas del ingreso^{88,123,177,178,181}.

III.1.4.- FRECUENCIA DE DISTRIBUCIÓN POR MESES

De las fechas de ingreso y de alta se tomó el mes con el propósito de estudiar la distribución de los enfermos a lo largo del año.

III.1.5.-ESTANCIA^{69,83,84,86,88,92,94,114,100,129,130,176,300}

Se consideró como días de estancia el período de tiempo que incluye como mínimo el conjunto de una pernocta, y el tiempo que correspondería a una comida principal. En el cálculo de la estancia se excluyó el día del alta hospitalaria (entendiendo por alta hospitalaria cuando el paciente dejaba de ocupar una cama y se realizaba el alta administrativa).

III.1.6.- MULTINGRESO

El estudio de este parámetro resultó interesante para la observación de posibles diferencias en cuanto a los días de estancia y a las complicaciones ocurridas en el transcurso de la evolución en el grupo de los pacientes reingresados y en el de los no reingresados⁸⁹. Así, fueron estudiados el número de ingresos que los pacientes habían

realizado en el Hospital Clínico Universitario, y la fecha en la que tuvo lugar el último ingreso.

El concepto de reingreso hace referencia al ingreso del paciente cuando éste vuelve a ingresar en el mismo servicio por la misma patología, en un período de tiempo inferior a los 6 meses desde la última fecha del alta hospitalaria^{69,89,100}. El concepto de multingreso resulta ser un concepto más amplio. Las diversas investigaciones se refieren a él haciendo alusión a los pacientes que han precisado ingreso hospitalario al menos dos veces en los últimos doce meses, o tres veces en los últimos cinco años, o incluso a aquellos que han sufrido dos o más admisiones en 4 años^{54,66,83,86}. Los límites hallados en la bibliografía con respecto a este parámetro son muy dispares, y así existen autores que estudian el reingreso a

las 48 horas⁹⁸

las 72 horas^{92,93,113}

los 7 días³⁰¹

los 28 días^{106,167,302}

los 30 días^{81,99}

los 60 días³⁰¹

los 3 meses³⁰²

tras el alta hospitalaria para intentar averiguar si las readmisiones tempranas fueron producto de altas prematuras, y ver el porcentaje de readmisiones no planeadas que tuvieron lugar desde la admisión previa.

En el presente estudio hemos considerado como multingreso la existencia de datos de un ingreso previo en la historia clínica, sin adoptar en general ningún límite temporal, si bien, en determinadas ocasiones también se ha estudiado alguno de los límites mencionados.

III.1.7.-ENFERMEDAD CAUSA BÁSICA DE MUERTE ^{69,89,130,182,201}

La Clasificación Internacional de Enfermedades define este concepto como “la lesión o enfermedad que inició la cadena de acontecimientos que llevaron directamente a la muerte del paciente”^{86,100}, o “las circunstancias de accidente o violencia que produjeron

una lesión fatal”²⁰².

La obtención con certeza de la causa “básica” de muerte constituye un problema puesto que a menudo es difícil, en determinados pacientes establecer la etiología del proceso causal¹⁰⁰.

En el estudio se han agrupado las causas “básicas” de muerte en torno a los motivos más frecuentemente encontrados, que fueron siguientes:

- Accidente cerebral vascular
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Neumonía
- Edema agudo de pulmón
- Tomboembolismo de pulmón
- Enfermedades cardiovasculares
- Arritmia cardíaca
- Infarto de miocardio
- Cáncer
- Hemorragia digestiva
- Sepsis
- Insuficiencia renal
- Isquemia mesentérica

III.1.8.-CONDICIONANTES MORBOSOS (antecedentes)

Este apartado incide sobre la patología de base o crónica que presentaron los pacientes ingresados, (puesto que condicionaban la posible aparición de otras patologías más graves), así como sobre los hábitos tóxicos y factores de riesgo^{45,44,84,^{303,304,305}}. En él quedaron incluidos los siguientes datos:

- EPOC
- Enfermedades Cardiovasculares:
 - insuficiencia cardíaca
 - valvulopatías
 - arritmia cardíaca
 - cardiopatía isquémica

-
- Hipertensión arterial
 - Diabetes mellitus
 - Secuelas de tuberculosis
 - Colelitiasis
 - Enfermedades Reumatólogicas
 - Consumo de alcohol
 - 0,8 g./Kg. de etanol/día ó
 - 0,7 g./Kg. por 3 días sucesivos
 - Consumo de Tabaco
 - Historia confirmada de consumo de tabaco superior a medio paquete de cigarrillos al día o el equivalente en otras formas de tabaco, al menos durante un mes.
 - Patología Hipersecretora:
 - úlcera péptica
 - gastritis
 - esofagitis
 - Hepatopatía
 - Demencia

III.1.9.- NIVEL CONCIENCIA

Para el estudio de este dato se dividió el nivel de conciencia en normal o disminuido⁸², valorándose el nivel de conciencia observado en el momento de la exploración inicial de los pacientes una vez ingresados en el Servicio de Medicina Interna.

III.1.10.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL ALTA

Se entendió que existía una ausencia de enfermedad al alta cuando el paciente en el momento de ser dado de alta no padecía la enfermedad que había motivado el ingreso, ni había dejado secuelas incapacitantes⁴⁵. Indicando con este parámetro, la situación al alta del paciente y su posible grado de dependencia¹¹⁴. No se consideró ausencia de enfermedad la resolución de las reagudizaciones de procesos crónicos.

III.1.11.- CALIDAD DE VIDA -ÍNDICE KARNOSKY

El índice de calidad de vida en el estudio vino expresado por el índice de Karnosky^{69,180,257,271}. Los diferentes valores que adoptaba dicho parámetro, en el momento en el que los pacientes realizaban su ingreso en nuestro servicio, fueron:

- 100 Normal
- 90 Signos y síntomas menores
- 80 Actividad normal con esfuerzos
- 70 Incapacidad para la actividad normal pero puede ocuparse de sí mismo.
- 60 Precisa asistencia ocasional para sus necesidades personales.
- 50 Precisa considerable asistencia y cuidado médico.
- 40 Inválido.
- 30 Gravemente inválido y hospitalizado.
- 20 Muy enfermo, necesita tratamiento de apoyo.
- 10 Moribundo.
- 0 Muerte.

III.1.12.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

La patología tenida en cuenta en este apartado fue la siguiente :

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

- infecciones nosocomiales sin foco
- infecciones nosocomiales dérmicas
- infecciones nosocomiales urinarias
- infecciones nosocomiales respiratorias

ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

- insomnio
- ansiedad, depresión

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

ALTERACIONES APARATO LOCOMOTOR

ALTERACIONES DIGESTIVAS

ALTERACIONES APARATO CIRCULATORIO

ALTERACIONES APARATO RESPIRATORIO

HEMORRAGIAS, SANGRADO

ALTERACIONES RENALES

Se determinó que había infección nosocomial si no se encontraba presente, ni en incubación, 72 horas antes del ingreso del paciente, siguiendo los criterios clínicos y microbiológicos del Proyecto SENIC^{89,100,204}.

Se valoraron como alteraciones circulatorias, respiratorias o renales aquellas alteraciones que, tras una observación aparente de mejoría del paciente, de un modo brusco acontecía un episodio de empeoramiento que obligaba a la administración de fármacos a dosis terapéuticas. No se consideró alteración o complicación, el deterioro progresivo del estado general del paciente^{89,100}.

En cuanto al sangrado y hemorragia se incluían como tales la extravasación sanguínea espontánea en un conducto o cavidad del cuerpo, excluyéndose la epistaxis^{82,89}.

III.1.13.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

Con la valoración del informe de alta se pretendió observar la calidad o rigor científico de dichos informes en su apartado de diagnósticos finales, sirviendo a su vez este dato, como control de fiabilidad del estudio. Con estos propósitos fueron estudiados los siguientes datos^{130,176,177,180,290} :

UTILIZACIÓN DE TÉRMINOS COMO

“Posible ...”

“Probable...”

“No se descarta...”

“Los previos”

“Pendiente de ...”

“Parada cardiorrespiratoria”

UTILIZACION DE ABREVIATURAS

DIFICULTAD SELECCION CAUSA PRINCIPAL

INFORMES DE ALTA SIN REALIZAR

Se tuvieron en cuenta tanto los informes de alta no realizados como los no informatizados¹⁷⁷. En general, la no realización de los informes de alta fue considerada como pérdida de información¹⁷⁶.

Con objeto de obtener un valor cuantitativo para evaluar dicho informe de alta, se procedió a medir la calidad diagnóstica global del informe de alta otorgando un valor numérico de una unidad a cada parámetro comentado anteriormente. Los informes que no poseían en su interior ninguno de los términos mencionados, y que se habían realizado, alcanzaban una puntuación máxima de 7 puntos. Conforme alguno de los ítems anteriores hubiera sido empleado en la confección del informe de alta, se iba sucesivamente restando un punto a este valor máximo. En el caso de que el informe de alta no existiera, este parámetro adquiría un valor de 0.

III.1.14.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES

También llamado índice diagnóstico. Es el número de diagnósticos que figuraba en el informe de alta de cada paciente en el momento de ser dado de alta.

III.1.15.- DIAGNÓSTICOS FINALES (CODIGOS CIE-9^a-MC)

Los diagnósticos finales emitidos en el momento del alta del paciente son importantes ya que permiten conocer el motivo del ingreso del paciente⁴⁵. Fueron anotados como diagnósticos finales los que cada médico según sus criterios, anotaba como juicio clínico en el Informe de Alta (a veces los diagnósticos finales representaban patologías agudas, crónicas, motivo de ingreso o causa de defunción o todas a la vez)^{132,177,293}.

A su vez los grupos diagnósticos fueron útiles para estudiar la muerte proporcional por grupos diagnósticos¹⁸⁰, así como el número de diagnósticos finales por enfermo en total (o índice diagnóstico ya comentado)^{57,69,88,114,176,177,185}. Los diagnósticos finales fueron codificados basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC)³⁰⁶, y se agruparon en 14 grupos para facilitar su manejo^{82,130,132}. De estos, los más frecuentes en los pacientes estudiados fueron los siguientes:

-
- 001-139: ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
TBC
- 140-239: TUMORES
T. Digestivos
T. ORL
T. Respiratorios
T. Genitourinarios
T. Sangre
- 240-279: ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO
Patología Tiroidea
Diabetes
- 280-289: ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS TEJIDOS
HEMATOPOYETICOS
- 290-319: TRASTORNOS MENTALES
- 320-389: ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS
ORGANOS DE LOS SENTIDOS
- 390-459: ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
Valvulopatía
Enfermedad hipertensiva
Infarto agudo de miocardio, isquemia
Arritmia cardíaca
Insuficiencia cardíaca
Accidente cerebral vascular
Otros circulatorio
- 460-519: ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
Procesos de vías respiratorias
Neumonía
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis crónica.
- 520-579: ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
Patología hipersecretora
Enfermedades hepáticas
- 580-596: ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
Síndrome Nefrótico
Insuficiencia renal
Litiasis renal
- 680-709: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO
- 710-739: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL
TEJIDO CONECTIVO.
- 780-799: SINTOMAS, SIGNOS Y PROCESOS MORBOSOS MAL
DEFINIDOS
- 800-999: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS

III.2.- MÉTODOS ESTADÍSTICOS

III.2.1.- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Inicialmente, en una primera fase se llevó a cabo un estudio descriptivo de todas las variables con el cálculo del porcentaje y distribución de frecuencias en el caso de las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizaron los índices de tendencia central (media aritmética, mediana y moda), medidas de dispersión (rango, desviación típica y error típico) y medidas de distribución (kurtosis o aplastamiento).

Algunas variables cuantitativas se categorizaron posteriormente para recibir un tratamiento estadístico como variables cualitativas. Así mismo, se agruparon algunas categorías cuando el número de individuos resultó ser muy pequeño.

III.2.2.-PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS^{307, 308, 309, 310, 311, 312, 313}

III.2.2.1.- PRUEBAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS ENTRE DOS GRUPOS

III.2.2.1.1.- Comparación de proporciones

III.2.2.1.1.1.- Prueba de Chi cuadrado

Se empleó esta prueba cuando se procedió a comparar dos proporciones o porcentajes correspondientes a variables independientes cualitativas o semicuantitativas. En el caso de que alguna de las celdillas de los valores esperados fuese menor de 5 se empleó la prueba exacta de Fisher.

Se calcularon Odds Ratios (OR) para las asociaciones más relevantes y se presentaron con un intervalo de confianza del 95% (método de Cornfield). En caso de existir algún dato inexacto ("confounding") se calculó el OR ajustado de Mantel-Haenszel. Si una variable era dicotómica y otra ordinal, además de la asociación, se estudió si existía tendencia lineal mediante el Chi cuadrado de tendencia.

III.2.2.1.2.- Comparación de medias

III.2.2.1.2.1.- Datos independientes

III.2.2.1.2.1.1.- Prueba t de Student-Fisher

Utilizada en la comparación de medias de variables cuantitativas o diferencias de rangos entre dos grupos en el caso de que las medias no se encontraran apareadas y siguieran una distribución Normal (media=mediana=moda, grado de kurtosis y asimetría entre ± 1). Siempre, antes de su utilización, se comprobaron las condiciones de necesarias para su aplicación: la distribución normal de variables y la homogeneidad o igualdad de varianzas (homocedasticidad). Esta última se comprobó mediante la prueba de F de Snedecor-Fisher.

En caso de que las varianzas fueran iguales se calculó la probabilidad asociada a t separado. Si las variables eran diferentes la "p" era asociada a t pooled.

III.2.2.1.2.1.2.- Prueba U de Man-Whitney

Prueba no paramétrica utilizada en la comparación de dos medias cuando las variables no se ajustaban a la distribución Normal. Se comparaba mediante esta prueba las diferencias de rangos entre los grupos.

III.2.2.1.2.2.- Datos apareados

III.2.2.1.2.2.1.-T Wilconxon

Prueba no paramétrica empleada para la comparación de dos medias para datos apareados cuando no se cumplían las condiciones para la aplicación de la prueba de t Student-Fisher.

III.2.2.2.- PRUEBAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS ENTRE TRES O MÁS GRUPOS.

III.2.2.2.1.-ANOVA

Utilizada para la comparación de medias de dos o más muestras simultáneamente, pretendiendo establecer si una o más variables independientes poseían influencia sobre la variable dependiente. Para ello se determinaban en primer lugar si existían diferencias en el conjunto de medias comparadas. Si la respuesta era positiva, se procedía a comparar los grupos dos a dos mediante pruebas de comparaciones múltiples.

El ANOVA permitió a su vez descomponer la variación de todas las observaciones en dos partes: una, resultado de la variación entre los sujetos dentro de cada uno de los grupos (variación intergrupal), y otra, resultado de analizar la variación entre las medias de cada grupo y la media global (intergrupal). En el análisis de la varianza se utilizó la prueba de la "F" para comparar ambos componentes de la variación. Si se obtenía un resultado estadísticamente significativo, se concluía que no todas las medias eran iguales, pero no se llegaba a conocer cuál o cuáles eran las que diferían, por ello, posteriormente, se requirió la utilización de pruebas que realizaban comparaciones múltiples entre las medias (Scheffé, Dunnett, Tuckey y Fisher).

Para la aplicación de ANOVA se requirió que las observaciones fueran independientes y que siguieran una distribución normal en cada uno de los grupos con varianzas iguales.

En el caso de que las observaciones correspondieran a datos apareados, se utilizó una prueba de ANOVA para medias repetidas, con su prueba no paramétrica correspondiente conocida como prueba de Friedman.

III.2.2.2.2.- Prueba H de Kruskal-Willis

Prueba no paramétrica para la comparación de medias que no seguían una distribución Normal.

III.2.2.3.- REGRESIÓN LINEAL Y CORRELACIÓN

Determinaba si existía asociación entre dos variables cuantitativas, y mediante la correlación se indicaba directamente la cuantía o magnitud de esa relación.

Para predecir un valor de y (variable dependiente) dado un valor de x (variable independiente), se realizó un modelo de regresión simple ($y=a+bx$) que analizaba lo que se denomina intersección, siendo " a " (valor dado de y cuando $x=0$, ó valor de la ordenada en el origen), y pendiente " b " (o tasa de variación de " y " por unidad de cambio " x ").

Para analizar la intensidad o grado de relación entre las dos variables " x " e " y " se aplicó:

- El coeficiente de correlación lineal de Pearson en el caso de datos paramétricos.

-El coeficiente de correlación de rangos de Spearman en el caso de datos no paramétricos.

III.2.2.4.- SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

Obtener una diferencia estadística significativa quiere decir que diferencias tan grandes como, o mayores que, las observadas, podían ocurrir con una probabilidad "demasiado pequeña" bajo hipótesis nula para que fuera razonable atribuirlas al azar.

Por el contrario, una diferencia estadística no significativa indicaba que diferencias tan grandes como, o mayores que, las observadas podían ocurrir con una probabilidad "demasiado grande" para que se pudiera excluir razonablemente la hipótesis nula.

Se escogió en nuestro caso un valor de probabilidad $p < 0,05$, lo que quería decir que las diferencias juzgadas como estadísticamente significativas sólo ocurrirían por azar en menos del 5% de las veces.

III.3.- MATERIAL TÉCNICO

III.3.1.- ORDENADOR

Se utilizó un ordenador Macintosh LC II[®] para el tratamiento de textos. La impresión se realizó mediante una impresora ImageWriterII[®].

III.3.2.- PROGRAMAS

El programa estadístico utilizado para la realización del estudio fue el StatView SE 4.1 (Abacus Concepts)[®]313.

III.3.3.- MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

La obtención de la bibliografía se ha basado en una búsqueda manual realizada en los índices más utilizados (Index Medicus, Excerpta Médica e Índice Médico Español), así como en una búsqueda mediante un programa informático del Servicio Bibliográfico de la

Hemeroteca de la Facultad de Medicina de Zaragoza, que contiene las bases de datos Medline® y Excerpta Medica®. La indicación de las citas se ha realizado por apellidos, siguiendo el orden de aparición en el texto y utilizando los modelos para las referencias bibliográficas desarrollados por el International Committee of Medical Journal Editors³¹⁴.

IV- Resultados

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

IV.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Durante el período de estudio comprendido entre el 1-9-94 y el 31-8-95, ingresaron 838 pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” que constituyeron la muestra total estudiada.

IV.2.- SEXO

Del conjunto total de pacientes, los pacientes del sexo femenino predominaron frente a los del masculino; siendo 469 mujeres y 369 hombres, lo que correspondió a unos porcentajes de 55,96% y 44,03% respectivamente ($p= 0,001$).

IV.3.- EDADES

La media de edad de los pacientes fue de 70,22 años con una desviación típica de 16,78 años. Las edades registradas variaron desde los 15 a los 98 años, incrementándose el número de pacientes ingresados a partir de los 55 años de edad, con un pico máximo en el intervalo de edades de los 75 a 84 años. La distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según sus edades queda reflejada en la tabla IV.1.

Tabla IV.1.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según intervalos etarios.

Grupos edad	pacientes(n)	pacientes(%)
00-15 años	0	0%
15-24 años	22	2,625%
25-34 años	24	2,864%
35-44 años	28	3,341%
45-54 años	55	6,563%
55-64 años	108	12,888%

65-74 años	189	22,554%
75-84 años	269	32,100%
>84 años	143	17,064%

n= número de pacientes; %: porcentaje sobre el total de pacientes.

IV.4.- PROCEDENCIA

De los 838 pacientes estudiados, la mayoría, 757, ingresó en el Servicio de Medicina Interna “A” a través del Servicio de Urgencias del hospital (lo que representó un porcentaje de 90,33%), 44 procedían de la Unidad de Cuidados Intensivos (3,46%), 29 realizaron su ingreso desde las Consultas Externas del propio hospital (5,25%), y el resto, 8, desde Otros Servicios hospitalarios (0,95%). Estos datos se pueden observar en la tabla IV.2.

Tabla IV.2.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según la procedencia del ingreso.

Procedencia	pacientes (n)	%
Urgencias	757	90,33%
UCI	44	3,46%
Consultas	29	5,25%
Otros	8	0,95%

n= número de pacientes. %: porcentaje sobre el total de pacientes. Otros: Otros Servicios, otros Hospitalares.

IV.5.- DESTINO AL ALTA

El destino de los pacientes en el momento de ser dados de alta, fue en su mayoría, 673 casos, el domicilio (80,31%); 45 pacientes fueron trasladados a Otros Servicios del Hospital (5,37%) y 27 pacientes fueron derivados a Hospitales para Pacientes Crónicos (3,22%). Se observó que 93 enfermos fallecieron durante su estancia en el servicio de Medicina Interna “A” (11,09%), lo que constituyó el porcentaje de mortalidad de este Servicio (como se puede ver en la tabla IV.3).

Tabla IV.3.- Distribución de los destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”, entre paréntesis porcentajes.

DESTINO	Nº pacientes (%)
Domicilio	673(80,31%)
Otros Servicios	45(5,37%)
Hospitales Crónicos	27(3,22 %)
Exitus	93(11,09 %)

IV.6.- FRECUENCIA DE DISTRIBUCIÓN A LO LARGO DE LOS MESES DEL AÑO

Se detectó un mayor número de pacientes ingresados durante los meses de setiembre, con 92 ingresos (10,97%), y diciembre, con 85 ingresos (10,14%). El número de altas también fue mayor durante estos meses, alcanzando en setiembre la cifra de 116 (13,84%) y en diciembre la de 92 (10,97%). El porcentaje de ingresos y altas viene reflejado en la siguiente tabla IV.4.

Tabla IV.4.- Distribución del porcentaje de pacientes ingresados y dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” a lo largo del año.

Mes	Nº Ingresos (%)	Nº Altas (%)
Enero	70 (8,35%)	78 (9,38%)
Febrero	76 (9,06%)	67 (7,99%)
Marzo	69 (8,23%)	73 (8,71%)
Abril	64 (7,63%)	72 (8,59%)
Mayo	64 (7,63%)	47 (5,60%)
Junio	35 (4,17%)	49 (5,84%)
Julio	49 (5,84%)	44 (5,25%)
Agosto	74 (8,83%)	51 (6,08%)
Setiembre	92 (10,97%)	116 (13,84%)
Octubre	77 (9,18%)	70 (8,35%)
Noviembre	83 (9,90 %)	79 (9,42%)
Diciembre	85 (10,14%)	92 (10,97%)

%: porcentaje sobre el total de pacientes. N°: número.

IV.7.- ESTANCIA

La estancia media global fue de $13,23 \pm 11,04$ días con un mínimo de un día y un máximo de 145. Apenas se encontraron diferencias de este parámetro con respecto al sexo de los pacientes. Así, las mujeres permanecieron una media de estancia de $15,06 \pm 11,06$ días, y los hombres una de $15,84 \pm 15,36$ días.

Se observó un aumento de la estancia conforme aumentaba la edad, esto ocurría especialmente a partir de los 45 años manteniéndose hasta los 84 años, edad a partir de la cual la media de estancia disminuía.

Las mayores estancias se registraron en aquellas personas con edades comprendidas entre los 65 a 74 años, (media ± desviación estándar de $16,95\pm15,89$ días). Las menores, en los pacientes cuyas edades oscilaban desde los 25 a los 34 años, (con una media ± desviación estándar de $9,86\pm6,35$ días).

La distribución de la media de días que permanecieron los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de la edad y del sexo viene detallada en las siguientes tablas IV.5 y IV.6.

Tabla IV.5.- Distribución de la estancia (media de días) que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según los diferentes grupos etarios.

GRUPOS EDAD	pacientes (n)	Media estancia+D.S.
15-24 años	22	$10,36\pm9,61$
25-34 años	24	$9,86\pm6,53$
35-44 años	28	$12,35\pm11,12$
45-54 años	55	$16,23\pm13,51$
55-64 años	108	$15,18\pm10,56$
65-74 años	189	$16,95\pm15,89$
75-84 años	269	$16,40\pm14,16$
> 84 años	143	$13,60\pm11,21$

n= número de pacientes. D.S.: desviación estándar.

Tabla IV.6.- Distribución de la estancia (media de días) en función del sexo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”.

Sexo	Días estancia(Media+D.S.)
Mujeres	$15,06\pm11,60$
Hombres	$15,84\pm15,36$

D.S.: desviación estándar.

IV.8.- MULTINGRESO

Con respecto a el parámetro multingreso, 422 pacientes había ingresado previamente en

el Hospital Clínico Universitario, lo que representaba un porcentaje del 50,35%; 416 pacientes, es decir, el 49,64%, no lo había hecho nunca. Algunas personas habían realizado ingresos en 17 ocasiones, siendo la media ± desviación estándar de $2,78 \pm 2,28$ ingresos.

El lapso de tiempo (valorado en semanas) transcurrido desde el ingreso anterior hasta el actual, osciló de 1 a 514 semanas, siendo la media de 53,87 semanas.

El período de tiempo transcurrido desde el último ingreso se valoró a su vez considerando otros espacios de tiempo (ver Tabla IV.7).

Tabla IV.7.- Período de tiempo transcurrido desde el último ingreso realizado hasta el actual.

Tiempo	Más	Menos
365 días	270(64,59%)	148(35,40%)
3 meses	138(33,01%)	280(66,98%)
60 días	108(25,83%)	310(74,16%)
30 días	66(15,78%)	352(84,31%)

Más/ Menos: más o menos tiempo del período de tiempo considerado. Entre paréntesis, porcentajes.

IV.9.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA “DE MUERTE

Los porcentajes y número de pacientes fallecidos según la etiología del proceso que les ocasionó directamente la muerte vienen detallados a continuación en la Tabla IV.8. Se observó que las frecuencias más elevados correspondían a las enfermedades cardiovasculares (5,13%), la sepsis (2,62%), el edema agudo de pulmón (2,02%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1,79%).

Tabla IV.8.- Distribución del porcentaje de pacientes fallecidos durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” según la causa “básica” de muerte.

CAUSA MUERTE	n(%)
ACV	9(1,07%)
EPOC	15(1,79%)
Neumonía	9(1,07%)

Edema agudo pulmón	17(2,02%)
Tromboembolismo pulmonar	7 (0,83%)
Arritmia cardíaca	13(1,55%)
Infarto miocardio	4(0,47%)
E. Cardiovasculares	43(5,13%)
Cáncer	8(0,95%)
Hemorragia digestiva	5(0,59%)
Sepsis	22(2,62%)
Insuficiencia renal	5(0,59%)
Isquemia mesentérica	6(0,71%)

n= número de pacientes. Entre paréntesis, porcentajes. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E.: enfermedades.

IV.10.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EXITUS

La media ± desviación estándar de patologías asociadas al éxodo fue de $2,79 \pm 1,33$ con un mínimo de una, y un máximo de 8.

IV.11.- CONDICIONANTES MORBOSOS

Como factores de riesgo, hábitos tóxicos y enfermedades condicionantes de otras patologías más graves, aquellas que mostraron una mayor frecuencia en la muestra estudiada fueron las enfermedades cardiovasculares (33,29%), concretamente la hipertensión arterial (34,84%). También fueron frecuentes las enfermedades reumatólogicas (representando el 20,88%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20,64%), el consumo de tabaco (39,73%) y la diabetes mellitus (17,18%). El porcentaje de pacientes con estas y otras entidades consideradas dentro de este apartado viene detallado en la Tabla IV.9.

Tabla IV.9.- Distribución del porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según sus antecedentes patológicos.

CONDICIONANTE MORBOSO	n(%)
EPOC	173 (20,64%)
E. Cardiovasculares	279(33,29%)
Insuficiencia cardíaca	79(9,42%)
Arritmia cardíaca	55(6,56%)

Cardiopatía isquémica	63(7,51%)
HTA	292(34,84%)
Diabetes Mellitus	144 (17,18%)
Secuelas de la TBC	39 (4,65 %)
Colelitiasis	77 (9,18 %)
E. Reumatólogicas	175 (20,88%)
Consumo de alcohol	88 (10,50%)
Consumo de tabaco	333(39,73%)
Cáncer	94(11,21%)
P.Hipersecretora	58(6,92%)
Hepatopatía	36(4,29%)
Demencia	70(8,35%)

n= número de pacientes. %: porcentaje sobre el total de pacientes. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E.: enfermedades. P.: patología.

IV.12.- NIVEL CONCIENCIA

Los pacientes que presentaron un nivel de conciencia disminuido en el momento de su admisión en el Servicio de Medicina Interna fueron 146, (es decir, un 17,42%). En el resto de los pacientes (el 82,57%), el nivel de conciencia fue normal.

IV.13.- AUSENCIA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO ALTA

En el momento en el que los pacientes fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”, 212 pacientes (un 25,29%) no padecían ninguna enfermedad crónica, ni habían sufrido ninguna enfermedad aguda que hubiera dejado secuelas incapacitantes. En el resto, 626 (74,70%), no se consideró que existiera ausencia de la enfermedad que motivó su ingreso en el momento de abandonar el hospital.

IV.14.- CALIDAD DE VIDA - ÍNDICE DE KARNOSKY

La calidad de vida en este estudio vino expresada por el índice de Karnosky. En la muestra este índice alcanzó una media \pm desviación estándar de $73,69 \pm 17,18$, (es decir, “incapacidad de actividad normal pero puede ocuparse de sí mismo”). El intervalo de valores de índice de Karnosky osciló entre pacientes que presentaron valores de 20, hasta

pacientes que obtuvieron un máximo de 100.

IV.15.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Tabla IV.10.- Distribución del porcentaje de pacientes que presentaron alteraciones surgidas durante el período de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna “A”.

COMPLICACIONES	n(%)
Infección Nosocomial	131(15,632%)
I. N. sin foco	22(2,62%)
I. N. dérmicas	21(2,50%)
I. N. urinarias	47(5,60%)
I. N. respiratorias	62(7,39%)
Alteraciones Psiquiátricas	120(14,32%)
Insomnio	35(4,17%)
Ansiedad, depresión	38(4,53%)
Alteraciones Neurológicas	101(12,05 %)
Alteraciones A. Locomotor	20(2,38%)
Alteraciones Digestivas	115(13,72%)
Alteraciones A. Circulatorio	149(17,78%)
Hemorragias, sangrado	26(6,20%)
Alteraciones Respiratorias	63(7,51%)
Alteraciones Renales	39(4,65%)

n= número de pacientes. %: porcentaje sobre el total de pacientes. I.N.: infección nosocomial. A: aparato.

Durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A”, algunos pacientes presentaron alteraciones propias de su hospitalización. De estas, las más frecuentes fueron las alteraciones del aparato circulatorio que se presentaron en 149 personas (17,78%), las infecciones nosocomiales, en 131 pacientes (15,63%), las alteraciones psiquiátricas tuvieron lugar en 120 pacientes (14,32%), las alteraciones digestivas estuvieron presentes en 115 pacientes (13,72%) y las neurológicas sucedieron en 101 pacientes (12,05%). Todas las posibles alteraciones surgidas durante el período de hospitalización de los pacientes se detallan en la Tabla IV.10.

IV.16.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

Del total de los Informes de Alta realizados por cada médico a su paciente en el momento

de su alta hospitalaria, se encontró que 173 informes presentaban el término “pendiente de” (lo que correspondía al 21,38% de los informes), 64 informes poseían el término “ posible” (7,91%), la palabra “probable” apareció escrita en 38 informes (4,69%), 14 informes contenían en su interior el término de “los previos” (un 1,73% de los informes), y 3 casos el de “no se descarta” (0,37%).

Por otra parte, la utilización de abreviaturas se presentó en 275 informes (33,99%); en 43 se encontraron dificultades en la selección de la causa principal que motivó el diagnóstico (5,31%), y 29 informes de alta no habían sido realizados (3,46%).

En cuanto a la valoración de la calidad diagnóstica global del informe de alta, la media ± desviación estándar alcanzada fue de $6,03 \pm 1,36$. Existieron informes con una puntuación mínima de cero y otros que alcanzaron la máxima de 7. Los datos quedan reflejados en la Tabla IV.11.

Tabla IV.11.- Calidad de los informes de alta. Distribución del empleo de los diversos términos que la evalúan.

Utilización de	n(%)
Possible	64(7,91%)
Probable	38(4,69%)
No se descarta	2(0,37%)
Los previos	14(1,73%)
Pendiente de	173(21,38%)
Parada cardiorrespiratoria	6(0,71%)
Abreviaturas	275(33,99%)
Dificultad selección causa principal	43(5,31%)
IA no realizados	29(3,46%)

n= número de informes de alta. Entre paréntesis, porcentajes. IA= informes de alta.

IV.17.- NUMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES

El número de diagnósticos finales o índice diagnóstico que figuraba en los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” alcanzó una media de $3,40 \pm 1,74$ diagnósticos por paciente.

V.18.- DIAGNÓSTICOS FINALES (CÓDIGOS CIE-9^a-MC)

De los diagnósticos finales agrupados por aparatos según la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-9^a-MC), resulta interesante destacar el alto número de pacientes que padecían “Enfermedades del aparato circulatorio”, 503 personas, lo que constituyó el 60,02% de los diagnósticos. Las “Enfermedades del aparato respiratorio” fueron las segundas más frecuentes, con 291 pacientes, alcanzando un porcentaje del 34,72 %. En tercer lugar, contando con 268 pacientes y en una proporción del 31,98%, se encontraron las “Enfermedades del sistema endocrino”. Los enfermos que sufrían patologías referentes al “aparato digestivo” se situaron en cuarto lugar en cuanto a orden de frecuencia, contando con 232 pacientes, siendo su porcentaje de 27,68%, y la “patología genitourinaria” también mostró frecuencias elevadas, con 180 personas, es decir un 21,48% del total de la muestra.

Por otra parte, los diagnósticos menos frecuentes resultaron ser las “Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo” que se dieron en 26 personas, un 3,10%, y en último lugar, los “Traumatismos y envenenamientos” con 15 pacientes lo que representó un porcentaje del 1,79% de los casos. En la Tabla IV.12 se detallan los porcentajes de todos grupos diagnósticos que fueron motivo de diagnóstico final en los pacientes estudiados.

Tabla IV.12.- Distribución de los diagnósticos finales que figuraban en los informes de alta hospitalaria de los pacientes del Servicio de Medicina Interna “A”, ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC).

Código OMS	GRUPOS DIAGNOSTICOS	n (%)
001-139	I- E.INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	77(9,18%)

	TBC	55(6,56%)
140-239	II- TUMORES	55(6,56%)
	T. Digestivos	16(1,90%)
	T. ORL	3(0,35%)
	T. Respiratorios	11(1,31%)
	T. Genitourinarios	18(2,14%)
	T. Sangre	5(0,59%)
240-279	III- E. ENDOCRINAS	268(31,98%)
	Tiroides	16(1,90%)
	Diabetes	162(19,35%)
280-289	IV- E. SANGRE	51(6,08%)
290-319	V-TRASTORNOS MENTALES	124(14,79%)
320-389	VI-SN Y SENTIDOS	101(12,05%)
390-459	VII- E.APARATO CIRCULATORIO	503(60,02%)
	Valvulopatía	56(6,68%)
	Enfermedad hipertensiva	311(37,11%)
	IAM, isquemia	116(13,84%)
	Arritmia	150(17,9%)
	Insuficiencia cardíaca	167(19,92%)
	ACV	150(17,9%)
	Otros circulatorio	63(7,51%)
460-519	VIII- E.APARATO RESPIRATORIO	291(34,72%)
	VRA	31(3,69%)
	Neumonía	75(8,95%)
	EPOC, asma, BC	182(21,71%)
520-579	IX- E.APARATO DIGESTIVO	232(27,68%)
	Patología hipersecretrora	76(9,06%)
	Enfermedades hepáticas	40(4,77%)
580-596	X- E.APARATO GENITOURINARIO	180(21,48%)
	S. Nefrótico	9(1,07%)
	Insuficiencia renal	74(8,83%)
	Litiasis renal	10(1,93%)
680-709	XII- E.PIEL Y TCSC	26(3,10%)
710-739	XIII- E. M.ESQUELETICO Y T. CONECTIVO	65(7,75%)
780-799	XVI-SINTOMAS MAL DEFINIDOS	64(7,63%)
800-999	XVII- TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS	15(1,79%)

n= nº de pacientes. Entre paréntesis, porcentajes. E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. ACV: accidente cerebro vascular. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC, asma, BC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IAM: infarto agudo de miocardio. E.PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUELETICO Y T. CONECTIVO: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo.

IV.ESTADÍSTICA INFERENCIAL

IV.1.- SEXO

IV.1.1.- EDAD Y SEXO

La media de edad de las mujeres ingresadas en el Servicio de Medicina Interna “A” fue mayor que la de los hombres ($72,34 \pm 16,19$ años frente a $67,53 \pm 16,19$ años), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

La mayor frecuencia de ingresos del sexo masculino tuvo lugar en el intervalo de edad de los 65 a 74 años. Los ingresos de pacientes con edades más jóvenes correspondieron también a pacientes del sexo masculino. Por el contrario, un mayor número de pacientes del sexo femenino se encontraba hospitalizado a partir de los 75 años. Estas diferencias resultaron significativas ($p=0,0004$). Los porcentajes según edad y sexo de los pacientes son mostrados en la siguiente Tabla IV.13 y figura IV.1.

Figura IV. 1.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del sexo y de la edad.

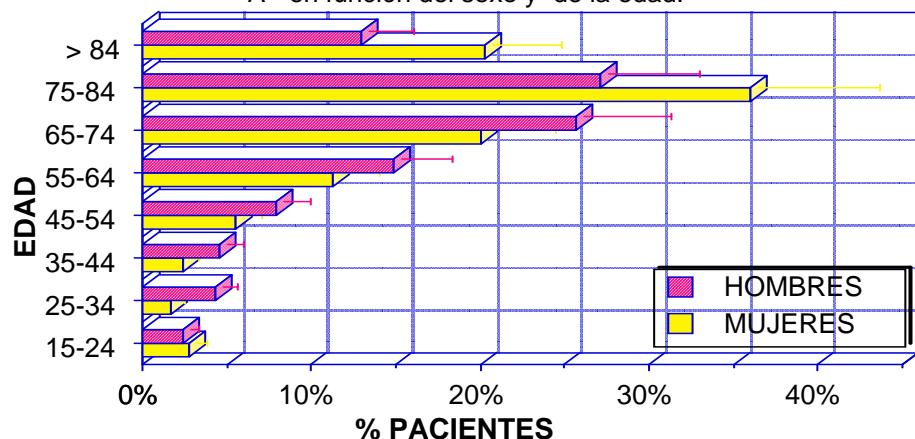


Tabla IV.13.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de la edad y del sexo. (Prueba de Chi cuadrado).

GRUPOS EDAD	Mujer	Hombre	Total (%)
15-24 años	2,77%	2,44%	2,63%
25-34 años	1,71%	4,34%	2,86%
35-44 años	2,35%	4,61%	3,34%
45-54 años	5,54%	7,86%	6,56%
55-64 años	11,3%	14,91%	12,89%
65-74 años	20,04%	25,75%	22,55%
75-84 años	36,03%	27,1%	32,1%
> 84 años	20,26%	13,01%	7,06%

%: porcentaje sobre el total de pacientes.

IV.1.2.-PROCEDENCIA Y SEXO

Se encontraron diferencias al relacionar el sexo de los pacientes con el lugar desde donde habían realizado sus ingresos. Las mujeres ingresaron con una mayor frecuencia que los hombres desde el Servicio de Urgencias del hospital; y el porcentaje de hombres procedentes desde Consultas Externas y UCI fue más frecuente que el de mujeres. Sin embargo estas diferencias observadas no fueron significativas ($p=0,38$) (y se muestran en la Tabla IV.14).

Tabla IV.14.- Distribución de la procedencia de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según su sexo. (Prueba de Chi cuadrado).

PROCEDENCIA	Mujer	Hombre	Total
Urgencias	430 (91,68)	327 (88,62%)	90,33%
Consulta	21 (4,48%)	23(6,23%)	5,25%
UCI	13 (2,77%)	16 (4,34%)	3,46%
Otros	5 (1,07%)	3 (0,81%)	0,95%

%: porcentaje sobre el total de pacientes. Otros: otros Servicios, otros hospitales.

IV.1.3.- DESTINO AL ALTA Y SEXO

Así mismo se encontraron diferencias con respecto al sexo y el lugar de destino de los pacientes en el momento de ser dados de alta. Un mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino regresaba a sus domicilios. Por el contrario, los éxitus y traslados a Otros Servicios correspondían con mayor frecuencia a pacientes del sexo masculino; sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p=0,61$), pudiéndose apreciar en la Tabla IV.15.

Tabla IV.15.- Destino recibido por los pacientes en el momento de su alta hospitalaria en función del sexo. (Prueba de Chi cuadrado).

DESTINO	Mujer	Hombre	TOTAL
Domicilio	81,45%	78,86%	80,31%
Exitus	10,87%	11,38%	11,1%
Otros servicios	4,48%	6,5%	5,37%
H. Crónicos	3,2%	3,25%	3,22%

H. Crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos

Tabla IV.16.- Mortalidad de los pacientes dentro y tras las primeras 72 horas de haber sido ingresado en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del sexo al que pertenecieran.

EXITUS	Mujer	Hombre	TOTAL
< 3 días	18(35,29%)	12(28,57)	30(32,36%)
> 3 días	33(64,71%)	30(71,4%)	63(67,4%)

Entre paréntesis, porcentajes.

Posteriormente, cuando se procedió a relacionar la mortalidad de los pacientes durante las primeras 72 horas de ingreso con el sexo, tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0,49$), (ver Tabla IV.16).

IV.1.4.-ESTANCIA Y SEXO

Las diferencias en cuanto a la media de días estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” con respecto al sexo no fueron significativas ($p=0,89$). Los pacientes del sexo femenino alcanzaron una media \pm desviación estándar de $15,06 \pm 11,60$ días, y los del sexo masculino $15,84 \pm 15,36$ días.

IV.1.5.- MULTINGRESO Y SEXO

Existió un mayor número de pacientes del sexo femenino que habían sufrido ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario, sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,97$). Tampoco existieron diferencias significativas entre el lapso de tiempo transcurrido desde el último ingreso al actual y el sexo de los pacientes ($p=0,53$). Estos datos se puede observar en las tablas IV.17 y IV.18.

Tabla IV.17.- Media de ingresos que los pacientes habían realizado previamente en el Hospital Clínico Universitario según el sexo. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

SEXO	n	Media Ingresos previos	D.S.
Mujer	227	2,79	2,50

Hombre	195	2,78	1,99
--------	-----	------	------

n: número de pacientes. D.S.: desviación estándar.

Tabla IV.18.- Distribución del lapso de tiempo (valorado en semanas) transcurrido desde la realización del último ingreso de los pacientes en el Hospital Clínico Universitario al actual, en función de su sexo. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

SEXO	Media semanas	D.S.
Mujer	55,57	64,14
Hombre	41,84	58,01

D.S.: desviación estándar.

IV.1.6.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE Y SEXO

En cuanto a la enfermedad responsable del fallecimiento en función del sexo de los pacientes, la única diferencia estadísticamente significativa fue la sepsis, que se dio con mayor frecuencia en las pacientes del sexo femenino ($p=0,01$). La distribución de ambos parámetros se puede observar en la Tabla IV.19.

Tabla IV.19.- Distribución de las diferentes causas “básicas” de muerte estudiadas en función del sexo al que pertenecieran de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado). (p : significación estadística).

CAUSA MUERTE	Mujer	Hombre	TOTAL	p
ACV	4(0,8%)	3(1,36%)	1,07%	0,48
EPOC	6(1,28%)	9(2,44%)	1,79%	0,20
Neumonía	7(1,49%)	2(0,54%)	1,07%	0,18
Edema agudo pulm.	7(1,49%)	10(2,71%)	2,03%	0,21
Tromboemb. pulm.	5(1,07%)	2(0,54%)	0,84%	0,40
Arritmia card.	8(1,71%)	5(1,36%)	1,55%	0,68
Infarto mioc.	3(0,64%)	1(0,27%)	0,48%	0,44
E. Cardiovasc.	22(4,69%)	21(5,69%)	5,13%	0,51
Cáncer	5(1,07%)	3(0,81%)	0,95%	0,70
Hemorragia diges.	1(0,21%)	4(1,08%)	0,6%	0,10
Sepsis	18(3,84%)	4(1,08%)	2,63%	0,01
I. renal	4(0,85%)	1(0,27%)	0,6%	0,27
Isqu. mesent.	2(0,43%)	6(1,08%)	0,72%	0,26

n= número de pacientes. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tromboemb. pulm.: tromboembolismo pulmonar. Edema agudo pulm.: edema agudo de pulmón. Arritmia card.: arritmia cardiaca. Infarto mioc.: infarto de miocardio. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. Hemorragia diges.: hemorragia digestiva. I. renal: insuficiencia renal. Isqu. mesent.: isquemia mesentérica.

IV.1.7.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS Y SEXO

De todos los pacientes que presentaron enfermedades asociadas a la patología que

causó su fallecimiento, un 55,42% fueron mujeres y un 44,58% hombres. Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p= 0,88$).

IV.1.8.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y SEXO

El sexo mostró estar significativamente relacionado con determinados factores de riesgo, hábitos tóxicos y enfermedades condicionantes de patologías más graves. Factores como los antecedentes de consumo de alcohol y tabaco, así como la EPOC, (todos con $p=0,0001$), el cáncer, la cardiopatía isquémica, hepatopatías y antecedentes de TBC (con $p=0,01$, $p=0,001$, $p=0,005$ y $p=0,05$ respectivamente) estuvieron asociados con una mayor frecuencia a los pacientes del sexo masculino. Por el contrario, patologías como la hipertensión arterial, colelitiasis, enfermedades reumatólogicas y diabetes mellitus fueron

más frecuentes en el sexo femenino (todas con una $p=0,0001$ excepto la última cuya $p=0,04$). Esta distribución se muestra en la siguiente Tabla IV.20.

Tabla IV.20.- Distribución del porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” con antecedentes patológicos según el sexo. (Prueba de Chi cuadrado). ($p=$ significación estadística).

ANTECEDENTE	Mujer	Hombre	TOTAL	p
EPOC	59(34,1%)	114(65,9%)	100%	0,0001
E. Cardiovasc.	152(54,48%)	127(45,52%)	100%	0,54
Insuf. card.	50(63,29%)	29(36,71%)	100%	0,16
Arritmia card.	31(56,36%)	24(43,64%)	100%	0,95
Cardiopatía isqu.	23(36,51%)	40(63,49%)	100%	0,001
HTA	195(66,78%)	97(33,22%)	100%	0,0001
Diabetes Mellitus	92(63,45%)	53(36,55%)	100%	0,04
Secuelas de la TBC	16(41,03%)	23(58,97%)	100%	0,05
Colelitiasis	63(81,82%)	14(18,18%)	100%	0,0001
E. Reumatólogicas	123(70,29%)	52(29,71%)	100%	0,0001
Consumo de alcohol	7(7,95%)	81(92,05%)	100%	0,0001
Consumo de tabaco	126(37,84%)	207(62,16%)	100%	0,0001
Cáncer	42(44,68%)	52(55,32%)	100%	0,01
P.Hipersecretora	27(5,76%)	31(8,40%)	100%	0,13
Hepatopatía	12(33,33%)	24(66,67%)	100%	0,005
Demencia	46(65,71%)	24(34,29%)	100%	0,08

n= número de pacientes. %: porcentaje sobre el total de pacientes. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. Insuf. card.: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiopatía isqu.: cardiopatía isquémica. E. Reumatológicas: enfermedades reumatólogicas. P.: patología.

IV.1.9.- NIVEL DE CONCIENCIA Y SEXO

El nivel de conciencia en el momento de admisión de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”, no mostró diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes ($p=0,81$). Un 17,7 % de los pacientes del sexo femenino, presentó un nivel de conciencia disminuido, en el caso de los pacientes de sexo masculino el porcentaje fue del 17,07%.

IV.1.10.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y SEXO

Apenas existieron diferencias en cuanto al sexo de los pacientes en relación con la ausencia de la patología responsable del ingreso. En un 26,01% de mujeres se consideró que existía ausencia de la enfermedad que motivó el ingreso en el momento de abandonar el hospital. En el caso de los hombres este porcentaje fue de 24,39%, no siendo significativas tales diferencias ($p=0,59$), la distribución de frecuencias se muestra en la Tabla IV.21.

Tabla IV.21.- Ausencia (sí) o presencia (no) de la enfermedad que motivó el ingreso de los pacientes en el momento de ser dados de alta en función del sexo. (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia enf.	Mujer	Hombre	TOTAL
Sí	122 (26,01%)	90 (24,39%)	212(25,3%)
No	347 (73,99%)	279(75,61%)	626(74,7%)

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad responsable del ingreso. Entre paréntesis, porcentajes.

IV.1.11.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y SEXO

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al índice de Karnosky según los pacientes pertenecieran a uno o a otro sexo ($p=0,42$). La media ± desviación estándar en las mujeres fue de $74,00 \pm 17,08$ y de $73,30 \pm 17,31$ en los hombres.

IV.1.12.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y SEXO

Durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” algunos pacientes desarrollaron diversas alteraciones como consecuencia del período de tiempo que permanecieron hospitalizados.

En ocasiones, existieron diferencias significativas en la frecuencia de su presentación según el sexo al que pertenecieran los pacientes, y así por ejemplo, la infección nosocomial tuvo lugar más frecuentemente en el sexo femenino ($p=0,008$), y la aparición de hemorragias y sangrados apareció con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino ($p=0,001$). Las distribución de frecuencias se muestra en la Tabla IV.22.

Tabla IV.22.- Distribución de la frecuencia de las distintas alteraciones surgidas durante la evolución de los pacientes en función del sexo. (Prueba de Chi cuadrado). (p:significación estadística).

COMPLICACIONES	Mujeres	Hombres	p
Infección Nosoc.	87 (18,55%)	44 (11,92%)	0,008
A. Psiquiátr.	68(14,5%)	52(14,09%)	0,86
A. Neurológicas	64 (13,65%)	37(10,03%)	0,11
A. A Locomotor	9(1,92%)	11(2,98%)	0,31
A. Digestivas	67 (14,29%)	48 (13,01%)	0,59
A. A. Circulatorio	87(18,55%)	62(16,8%)	0,51
Hemorrag., sangr.	18 (3,84%)	34 (9,21%)	0,001
A. Respiratorias	32(6,82%)	31(8,4%)	0,38
A. Renales	22(4,69%)	17(4,61%)	0,95

%: porcentaje sobre el total de pacientes. A.: alteraciones. Infección Nosoc.: infección nosocomial. A. Psiquiátr.: alteraciones Psiquiátricas. A. A.Locomotor: alteraciones aparato locomotor. A. A. Circulatorio: alteraciones aparato circulatorio. Hemorrag., sangr.: hemorragias y sangrados.

IV.1.13.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y SEXO

El número de informes de alta no realizados cuando se procedió al alta administrativa de los pacientes, fue del 3,41% en los pacientes del sexo femenino, y de 3,52% en los de sexo masculino.

De los diferentes parámetros cuya utilidad reside en la medición de la calidad del informe de alta, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de su empleo y el sexo de los pacientes, dicha distribución se puede observar en la Tabla IV.23.

Tabla IV.23.- Calidad de los informes de los pacientes dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. Relación entre el empleo de términos que la valoran y el sexo. (Prueba de Chi cuadrado). (p= significación estadística).

UTILIZACION	Mujeres n(%)	Hombres n(%)	TOTAL n(%)	p
Possible	30 (6,6%)	34 (9,55%)	7,91%	0,12
Probable	18 (3,97%)	20 (5,62%)	4,7%	0,27
No se descarta	2 (0,44%)	1 (0,28%)	0,37%	0,70
Los previos	8 (1,77%)	6 (1,69%)	1,73%	0,93
Pendiente de	96 (21,19%)	77 (21,63%)	21,38%	0,88
PCR	2 (0,43%)	4 (1,08%)	0,72%	0,53
Abreviaturas	143(31,57%)	132 (37,08%)	33,99%	0,10
Dificultad selección c. pral.	25 (5,52%)	18 (5,06%)	5,32%	0,77

n: Número de pacientes. %: porcentaje sobre el total de pacientes. PCR: parada cardiorrespiratoria. Dificultad selección c. pral.: dificultad de la selección de la causa principal .

Tabla IV.24.- Calidad diagnóstica (media) del informe de alta según el sexo de los pacientes. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

SEXO	Calidad diagnóstica ((media)	D.S
Mujer	6,07	1,34
Hombre	5,97	1,38

D.S.: desviación estándar.

En cuanto a la diferente Calidad diagnóstica global que el informe de alta poseía según el sexo al que los pacientes pertenecieran, tampoco se observaron diferencias significativas (p=0,16), (ver Tabla IV.24).

IV.1.14.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y SEXO

No existieron diferencias significativas en cuanto al índice diagnóstico de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” y el sexo. Las mujeres obtuvieron una media ± desviación estándar de $3,47 \pm 1,70$ diagnósticos finales, y los hombres una de $3,31 \pm 1,79$, como se muestra en la Tabla IV.25.

Tabla IV.25.- Número de diagnósticos finales reflejados el informe de alta según el sexo de los pacientes. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

SEXO	Media Nº D.F.	D.S.
Mujer	3,47	1,70
Hombre	3,31	1,79

D.S.: Desviación estándar. Nº D.F.: número de diagnósticos finales.

IV.1.15.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y SEXO

Algunos de los grupos diagnósticos fueron más frecuentes en los pacientes del sexo femenino que en los del masculino. Fue el caso de las “Enfermedades del sistema endocrino” ($p=0,003$), los “Trastornos mentales” ($p=0,05$), “Enfermedades del aparato digestivo” ($p=0,01$). En otros sin embargo, la frecuencia fue significativamente mayor en los pacientes del sexo masculino, se trataba de “Tumores” ($p=0,05$), de “Enfermedades del aparato respiratorio” ($p=0,0001$), y de “Enfermedades del sistema osteomuscular” ($p=0,0002$). Estas y otras diferencias se muestran en la siguiente Tabla IV.26.

Tabla IV.26.- Distribución de los diagnósticos finales clasificados mediante los grupos diagnósticos de la CIE-9, según el sexo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (Chi cuadrado). (p : significación estadística).

DIAGNÓSTICOS	Mujeres	Hombres	TOTAL	p
I.- E. INFECT.	44(9,38%)	33(8,94%)	9,19%	0,82
TBC	21(4,48%)	34(9,21%)	6,56%	0,006
II-TUMORES	24 (5,12%)	31(8,4%)	6,56%	0,05
T. Digestivo	9(1,92%)	7(1,9%)	1,91%	0,98
T. ORL	0(0%)	3(0,81%)	0,36%	0,05
T. Respiratorio	1(0,21%)	10(2,71%)	1,31%	0,001

T. Genitourinario	8(1,71%)	10(2,71%)	2,15%	0,31
T. Sangre	2(0,43%)	3(0,81%)	0,6%	0,47
III- E. ENDOCRINAS	169 (36,03%)	99 (26,83%)	31,98%	0,003
E. Tiroideas	14(2,99%)	2(0,54%)	1,91%	0,01
Diabetes	103(22,01%)	59(15,99%)	19,35%	0,02
IV.- E. SANGRE	34(7,25%)	17(4,61%)	6,09%	0,11
V- T. MENTALES	79(16,84%)	45(12,2%)	14,8%	0,05
VI.- SN/SENT.	56(11,94%)	45(12,2%)	12,05%	0,91
VII.- E.A.CIRCUL.	279(59,49%)	224(60,7%)	60,02%	0,72
Valvulop.	32(6,82%)	24(6,5%)	6,68%	0,85
Enf. HT	206(43,92%)	105(28,46%)	37,11%	0,0001
IAM/Isqu.	54(11,51%)	62(16,8%)	13,84%	0,02
Arrit. card.	94(20,04%)	56(15,18%)	17,9%	0,06
I. card.	103(21,96%)	64(17,34%)	19,93%	0,09
ACV	81(17,27%)	69(18,7%)	17,9%	0,59
VIII-E.A.RESPIRAT.	127(27,08%)	164(44,44%)	34,73%	0,0001
VRA	17(3,62%)	14(3,79%)	3,7%	0,89
Neumonía	43(9,17%)	32(8,67%)	8,95%	0,80
EPOC	66(14,07%)	116(31,44%)	21,72%	0,0001
IX- E.A. DIGESTIVO	134(28,57%)	98(26,56%)	27,68%	0,01
P.hipersecretrora	48(10,23%)	28(7,59%)	9,07%	0,18
P. hepática	18(3,84%)	22(5,96%)	4,77%	0,15
X- E. A. GENIT.URIN.	94(20,04%)	86(23,31%)	21,48%	0,25
GN, S.Nefr.	5(1,07%)	4(1,08%)	1,07%	0,98
I. Renal	37(7,89%)	37(10,03%)	8,83%	0,27
Litiasis	6(1,28%)	4(1,08%)	1,19%	0,79
XII E.PIEL/TCSC	11(2,35%)	15(4,07%)	3,1%	0,15
XIII- E. M.ESQUEL.	31(6,61%)	34(9,21%)	7,76%	0,0002
XVI- ST. MAL DEF.	34(7,25%)	30(8,13%)	7,64%	0,63
XVII- TRAUM., ENVEN.	10(2,13%)	5(1,36%)	1,79%	0,39

Entre paréntesis, porcentajes. E. : enfermedades. E.INFECC.: enfermedades infecciosas. TBC.: tuberculosis. T.: tumores. T.MENTALES: trastornos mentales. SN y SENTIDOS: enfermedades del Sistema Nervioso y de los órganos de los sentidos. E.A.CIRCUL.: enfermedades aparato circulatorio. Valvulop.: valvulopatías. Enf. HT: enfermedad hipertensiva. IAM/Isqu.: infarto agudo miocardio, isquemia. Arrit. card.: arritmia cardiaca. I. card.: insuficiencia cardíaca. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIRAT.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos vías respiratorias altas. E APARATO DIGES.: enfermedades del aparato digestivo. P.: patología. E. APARATO GENIT.URIN.: enfermedades del aparato genitourinario. GN.S.Nefr.: glomerulonefritis, síndrome nefrótico. I.Renal: insuficiencia renal. TCSC: tejido celular subcutáneo. E.M.ESQU. : enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas, signos y procesos morbosos mal definidos. TRAUM., ENVEN.: traumatismos, envenenamientos.

IV.2.- EDAD

IV.2.1.- PROCEDENCIA Y EDAD

Se observaron diferencias a la hora de relacionar la edad de los pacientes con su

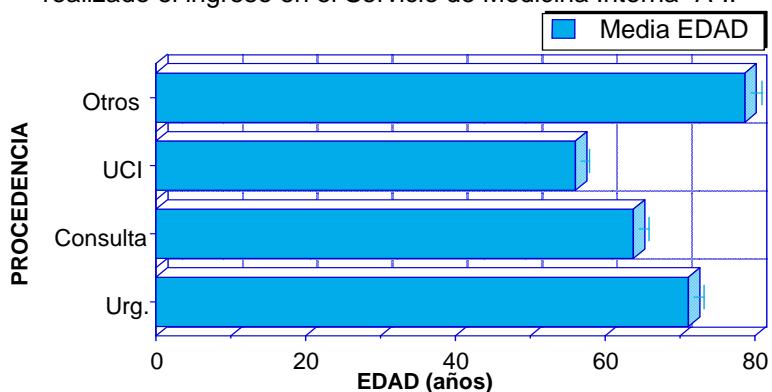
procedencia o modo de ingreso. Así, los pacientes que mayor media ± desviación estándar de edad poseían fueron los que habían realizado su ingreso desde “Otros” (Otros Servicios u otros Centros Hospitalarios) (con $78 \pm 11,05$ años), seguido de los que ingresaron a través del Servicio de Urgencias del propio hospital ($71,05 \pm 16,58$ años). Los pacientes más jóvenes eran aquellos que procedían de la UCI ($56,10 \pm 18,43$). Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$). Viniendo reflejadas en la Tabla IV.27 y figura IV.2.

Tabla IV.27.- Media de edad de los pacientes en función del lugar desde donde hubieran realizado el ingreso en el S. de Medicina Interna “A”. (Análisis de la Varianza ;ANOVA).

PROCEDENCIA	Media de edad	D.S.
Urgencias	71,05	16,58
Consulta	63,79	14,32
UCI	56,10	18,43
Otros	78,62	11,05

D.S.: desviación estándar. Otros Servicios, Otros Hospitales.

Figura IV. 2.- Media de edad de los pacientes en función del lugar desde donde hubieran realizado el ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”..



Al comparar la diferencia de edad de los pacientes en función del lugar de realización del ingreso, las mayores diferencias significativas se obtuvieron entre los pacientes que procedían de la UCI (que contaban con una media de edad de 56,10 años) y aquellos que provenían de Otros Servicios del hospital (cuya media de edad era de 78,62 años); estas y otras diferencias obtenidas se encuentran detalladas en la siguiente Tabla IV.28.

Tabla IV.28.- Diferencias de edad de los pacientes según el lugar desde donde realizaran el ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A". (p:significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza; ANOVA).

PROCEDENCIA	Diferencia de medias	p
Urgencias-Consultas	7,26	< 0,05
Urgencias-UCI	14,95	< 0,05
Urgencias-Otros	-7,57	N.S.
Consultas-UCI	7,69	N.S.
Consultas-Otros	-14,83	< 0,05
UCI-Otros	-22,52	< 0,05

N.S.: no significativa. Otros: Otros Servicios, Otros Hospitales.

IV.2.2.- DESTINO AL ALTA Y EDAD

Existieron diferencias en cuanto al destino recibido por los pacientes en el momento de ser dados de alta y sus edades. Los pacientes de mayor edad fueron los fallecidos ($81,01 \pm 7,81$), seguido de los que fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos ($76,40 \pm 12,82$); los más jóvenes, los trasladados a Otros Servicios del hospital ($65,75 \pm 15,17$ años), así como los que regresaron a sus domicilios ($68,79 \pm 17,32$ años). Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$) pudiendo ser apreciadas en la Tabla IV.29 y figura IV.3.

Al comparar los diferentes destinos de los pacientes según la media de edad que estos poseían, se obtuvieron algunas diferencias significativas. Así, aquellas personas que tras el alta hospitalaria regresaron a sus domicilios (cuya media de edad era de 68,79 años), presentaron 12,22 años menos que aquellos que fallecieron (con media de edad de 81,01 años). A su vez estos últimos poseían una media de 15,25 años superior que aquellos que fueron trasladados a Otros Servicios del hospital (con 65,75 años). Estas y otras diferencias se pueden observar en la Tabla IV.30.

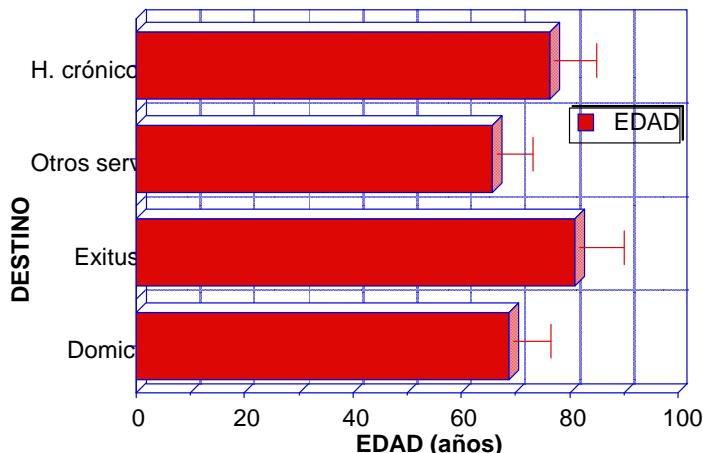
Tabla IV.29.- Edad de los pacientes en función de sus destinos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Análisis de la Varianza; ANOVA).

DESTINO	Media de edad	D.S.
Domicilio	68,79	17,32
Exitus	81,01	7,81
Otros servicios	65,75	15,17

Hospitales crónicos	76,40	12,82
---------------------	-------	-------

D.S.: desviación estándar.

Figura IV. 3.- Media de edad de los pacientes en función del destino recibido en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A".



H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos. Otros Serv.: Otros Servicios. Domic.: domicilio.

Tabla IV.30.- Diferencia de edad según el destino recibido por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (p: significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza; ANOVA).

DESTINO	Diferencia de medias p
Domicilio-Exitus	-12,22 <0,05
Domicilio-Otros servicios	3,03 N.S.
Domicilio-Hospitales crónicos	-7,61 <0,05
Exitus-Otros servicios	15,25 <0,05
Exitus-Hospitales crónicos	4,60 N.S.
Otros servicios-Hospitales crónicos	-10,65 <0,05

Tabla IV. 31.- Porcentaje de pacientes distribuidos según los intervalos etarios en función del destino recibido en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado).

EDAD	Dom.	Exit.	Otros S.	H. Crón.	TOTAL
15-24	3,12%	0%	2,22%	0% 2,63%	
25-34	3,42%	0%	2,22%	0% 2,86%	
35-44	3,71%	0%	4,44%	3,71% 3,34%	
45-54	7,58%	0%	8,89%	0% 6,56%	
55-64	13,37%	1,08%	28,89%	14,81% 12,89%	

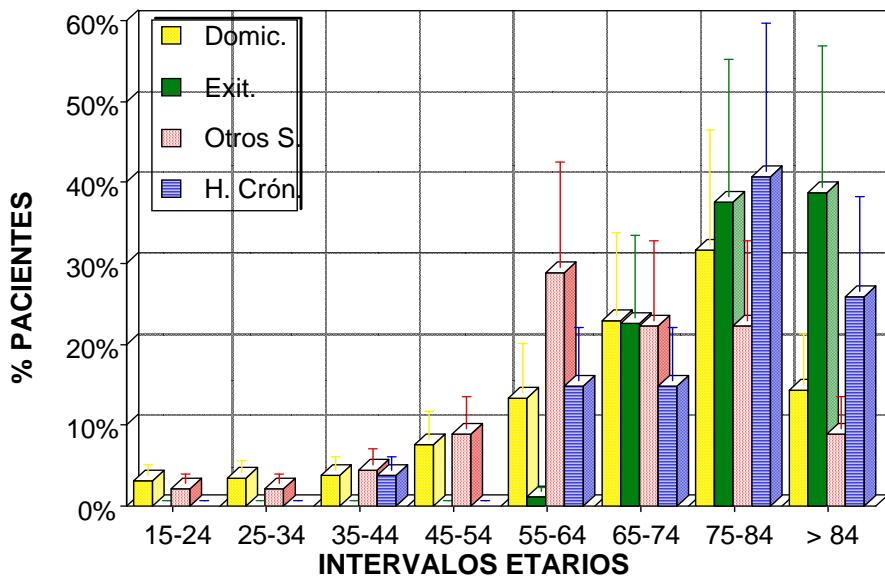
65-74	22,88%	22,58%	22,22%	14,81%	12,89%
75-84	31,65%	37,63%	22,22%	40,74%	32,1%
> 84	14,26%	38,71%	8,89%	25,93%	17,06%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Dom.: domicilio. Exit.: éxitus. Otros S.: otros servicios. H. Crón.: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Posteriormente, se averiguó el porcentaje de pacientes a los que les fue asignado uno u otro destino en función del intervalo de edad al que pertenecieran; así se obtuvo que el destino de los pacientes más jóvenes, (aquellos cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 15 y los 34 años de edad) era sobre todo el domicilio; que los pacientes con edades entre los 35 y los 64 años sufrían más frecuentemente trasladados a Otros Servicios del hospital; que en las personas de 65 a 74 años, los destinos más frecuentes fueron el domicilio, el éxitus, y el traslado a Otros Servicios y, para finalizar, que los pacientes con edades de 75 años a más de 84, el destino a Hospitales para Pacientes Crónicos, o el fallecimiento se revelaron como los destinos más frecuentes (ver Tabla IV.31 y figura IV.4).

Atendiendo únicamente a los pacientes fallecidos, la media de edad de los pacientes fallecidos fue superior a la media de aquellos que no fallecieron, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.32).

Figura IV. 4.- Distribución del porcentaje de pacientes según la edad y el destino recibido en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”.



Domic.: domicilio. Otros Serv.: Otros Servicios. Exit.: exitus. H. Crón.: hospitales para Pacientes Crónicos.

Tabla IV.32.- Comparación de la edad de los pacientes fallecidos y los no fallecidos durante el período de tiempo que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

EXITUS	Media de edad	D.S.
Sí	81,01	7,81
No	68,88	17,12

Tampoco existieron diferencias significativas entre la media de edad de los pacientes fallecidos durante las primeras 72 horas de haber tenido lugar sus ingresos en el Servicio de Medicina Interna “A” con la de los fallecidos posteriormente ($p=0,92$), viniendo mostradas tales edades en la Tabla IV.33.

Tabla IV.33.- Diferencia de edad de los pacientes que fallecen antes y después de las 72 horas de haber sido ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (p : nivel de significación). (t-Test para datos no apareados).

EXITUS	Media edad	D.S.
< 3 días	80,9	8,63
>3 días	81,06	17,12

D.S.: desviación estándar.

IV.2.3.- FRECUENCIA DE DISTRIBUCIÓN POR MESES Y EDAD

En cuanto a la distribución por edades de los pacientes según el mes en el que hubieran realizado el ingreso y posteriormente el alta, existieron diferencias, y así la mayor media ± desviación estándar de edad se registró durante el mes de diciembre ($73,55\pm16,21$ años) en cuanto al ingreso se refiere, siendo el mes de junio el mes en el que menor media ± desviación estándar se alcanzó ($65\pm21,21$ años). Por otra parte, cuando se valoró el mes en el que los pacientes fueron dados de alta, la mayor media ± desviación estándar de edad tuvo lugar en el mes de enero ($73,41\pm14,74$ años), siendo noviembre el mes con menor media de edad ($67,73\pm18,37$ años). Sin embargo dichas diferencias no fueron significativas ($p=0,22$) y ($p=0,56$), pudiéndose observar en la Tabla IV.34 y figura IV.5.

Tabla IV.34.- Distribución de la media de edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del mes en el que realizaron el ingreso y alta. (Análisis de la Varianza; ANOVA).

Mes	INGRESO (Media de edad ± D.S.)	ALTA (Media de edad ± D.S.)
Enero	$70,81\pm15,74$	$73,41\pm14,74$
Febrero	$71,75\pm17,53$	$72,04\pm15,99$
Marzo	$71,55\pm12,85$	$72,50\pm16,53$
Abril	$71,15\pm05,86$	$71,26\pm13,93$
Mayo	$72,14\pm12,98$	$70,10\pm17,30$
Junio	$65,00\pm21,21$	$68,73\pm15,87$
Julio	$69,75\pm16,05$	$68,72\pm19,29$
Agosto	$68,16\pm18,32$	$70,23\pm16,16$
Setiembre	$68,66\pm18,21$	$68,17\pm18,47$
Octubre	$71,05\pm15,55$	$70,60\pm15,05$
Noviembre	$67,01\pm19,50$	$67,73\pm18,37$
Diciembre	$73,55\pm16,21$	$69,62\pm18,12$

D.S.: desviación estándar.

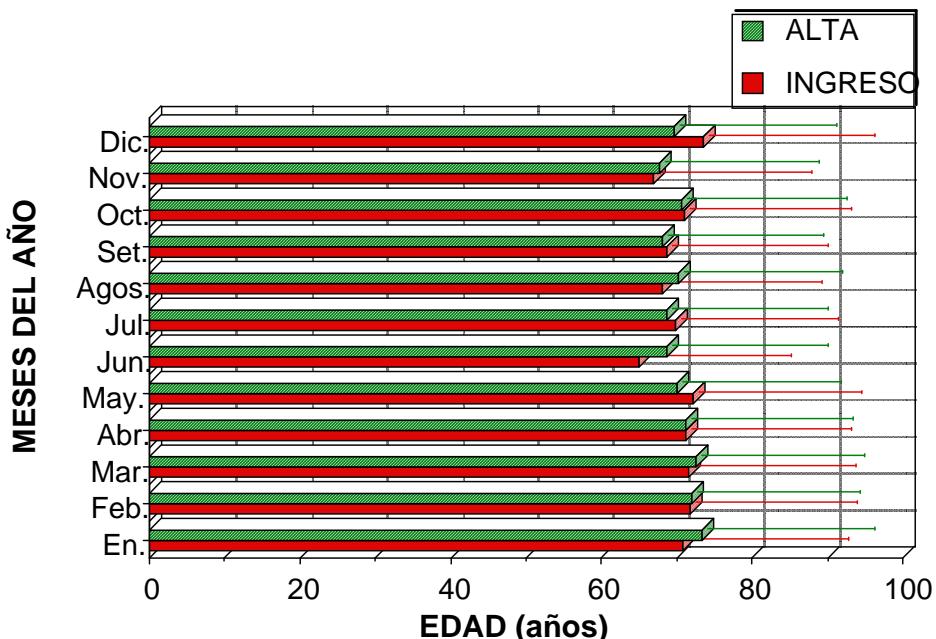
Al comparar la media de edad de los pacientes ingresados a lo largo de los diferentes meses del año, se encontraron algunas diferencias significativas. De estas, la mayor diferencia se obtuvo al comparar la media de edad que poseían los pacientes ingresados durante el mes de junio con la media de edad de los ingresados durante el mes de diciembre, (con diferencias de 8,55 años a favor de los segundos). Estas y otras diferencias se muestran en la Tabla IV.35.

Tabla IV.35.- Diferencias obtenidas al comparar la media de edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del mes en el que realizaron

sus ingresos. (p : significación estadística). (Prueba F de Fisher. Análisis de la Varianza; ANOVA).

MES INGRESO	Diferencia de medias	p
Febrero-Junio	6.75	< 0,05
Mayo-Junio	7.14	< 0,05
Junio-Diciembre	-8,55	< 0,05
Agosto-Diciembre	-5,23	< 0,05
Noviembre- Diciembre	-6,54	< 0,05

Figura IV. 5.- Media de edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según el mes en el que realizaron su ingreso y alta.



IV.2.4.- ESTANCIA Y EDAD

En general se pudo observar como la media de días de estancia que los pacientes permanecían hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A” mostraba un aumento paralelo a la edad de estos, obteniéndose dos picos máximos entre los 65 y 74 años de edad ($16,95\pm15,89$ días), así como entre los 45 y 55 años ($16,23\pm13,51$). También se apreció que a partir de los 84 años de edad la estancia descendía considerablemente. Estas diferencias fueron significativas ($p=0,02$). Todas las medias de estancias generadas por los pacientes distribuidas en función de sus edades vienen detalladas a continuación en la Tabla IV.36, pudiendo ser observadas en la figura IV.6.

Tabla IV.36.- Distribución de la media de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según los intervalos etarios en los que se dividía la muestra. (Análisis de la Varianza ; ANOVA). (Prueba de Kruskal- Wallis).

Grupos edad	Media días estancia	D.S.
15-24 años	10,36	9,61
25-34 años	9,87	6,53
35-44 años	12,53	11,12
45-54 años	16,23	13,51
55-64 años	15,18	10,56
65-74 años	16,95	15,89
75-84 años	16,40	14,16
>84 años	13,60	11,21

D.S.: desviación estándar.

Figura IV. 6.- Media de días de estancia que permanecieron ingresados los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”.



Cuando se comparó la media de días de estancia de los diferentes intervalos etarios entre sí, las mayores diferencias fueron las obtenidas como resultado de comparar los pacientes con edades entre los 25-34 años, que permanecieron una media de estancia de 7,08 días menos que aquellos que poseían edades comprendidas entre los 65-74 años.

Otra diferencia notable surgió a la hora de comparar los pacientes de 15 a 24 años de edad, que permanecieron una media de estancia de 6,59 días menos en el hospital que el

grupo de pacientes de 65 a 74 años.

La media de estancia de los pacientes con edades de 25 a 34 años de edad fue de 6,53 días menos que el grupo de pacientes que contaban con una edad de 75 a 84 años.

Los pacientes con edades de 15 a 24 años de edad permanecieron una media de 6,04 días menos en el hospital que el grupo de pacientes que contaban con una edad de 75 a 84 años. Lo comentado, así como otras diferencias estadísticamente significativas se muestran en la siguiente Tabla IV.37

Tabla IV.37.- Diferencias significativas obtenidas al comparar la edad y la estancia de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna "A". (p: significación estadística). (Prueba F de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Comparación	Diferencia de medias	p
15-24 vs. 65-74	-6,59	< 0,05
15-24 vs. 75-84	-6,04	< 0,05
25-34 vs. 65-74	-7,08	< 0,05
25-34 vs. 75-84	-6,53	< 0,05
65-74 vs. > 84	3,34	< 0,05
75-84 vs. > 84	2,80	< 0,05

vs.: versus.

IV.2.5.- MULTINGRESO Y EDAD

Los pacientes que habían sido ingresados en el Hospital Clínico Universitario durante alguna ocasión anterior, poseían mayor edad que aquellos que no habían realizado ningún ingreso previo. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0009$), pudiéndose observar en la Tabla IV.38.

Tabla IV.38.- Comparación entre la media de edad de los pacientes según hubieran o no realizado algún ingreso previo en el Hospital Clínico Universitario. (Análisis de la Varianza ; ANOVA). (Prueba de Kruskal- Wallis).

INGRESO PREVIO	Media de edad	D.S.
Sí	72,38	14,05
No	68,04	18,93

D.S.: desviación estándar.

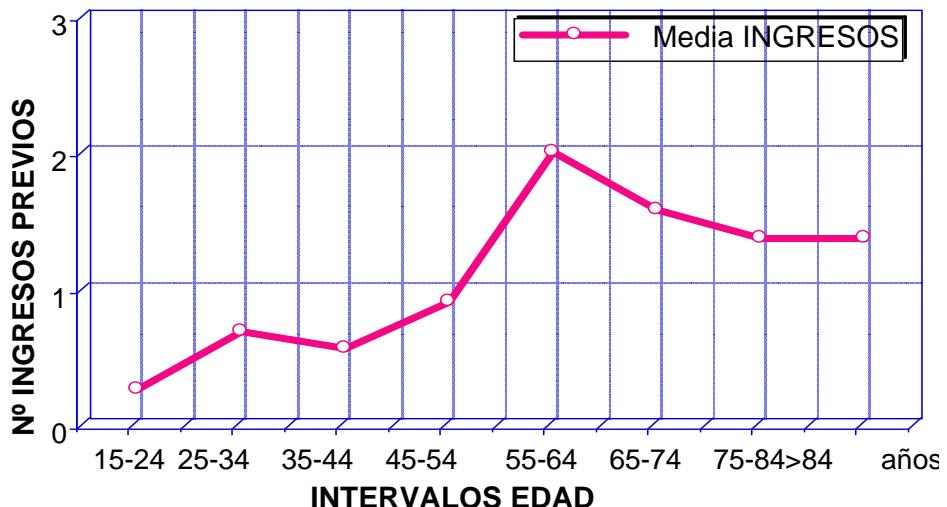
Además se observó que conforme aumentaba la edad de los pacientes, se incrementaba el número de ingresos previos realizados, existiendo un pico máximo en los pacientes con edades comprendidas entre los 55 y 64 años de edad (que habían realizado una media de $2,009 \pm 3,48$ ingresos). A partir de esta edad, fue disminuyendo el número de ingresos anteriores aunque sin alcanzar cifras tan bajas como las de los pacientes más jóvenes. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0005$) pudiendo ser apreciadas en la Tabla IV.39, figura IV.7.

Tabla IV.39.- Distribución del número de ingresos previos al actual en función de la edad de los pacientes. (p : significación estadística). (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

GRUPOS EDAD	Media Ingresos previos	D.S.
15-24 años	0,273	0,63
25-34 años	0,708	1,54
35-44 años	0,571	1,06
45-54 años	0,909	1,68
55-64 años	2,009	3,48
65-74 años	1,587	1,96
75-84 años	1,379	1,82
>84 años	1,385	1,95

D.S.: desviación estándar.

Figura IV. 7.- Número de ingresos previos realizados por los pacientes en función de sus edades.



También se encontraron diferencias significativas como resultado de comparar dicha media de ingresos previos realizados entre los diferentes intervalos de edad, (ver Tabla IV.40).

Tabla IV.40.- Comparación de la media de ingresos hospitalarios previos realizados por los pacientes en función de sus edades. (p: significación estadística). (Prueba F de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Comparación	Diferencia de medias	p
15-24 vs. 55-64	-1,73	< 0,05
15-24 vs. 65-74	-1,31	< 0,05
15-24 vs. 75-84	-1,10	< 0,05
15-24 vs. > 84	-1,11	< 0,05
25-34 vs. 55-64	-1,30	< 0,05
35-44 vs. 55-64	-1,43	< 0,05
35-44vs. 65-74	-1,01	< 0,05
45-54 vs. 55-64	-1,1	< 0,05
45-54vs. 65-74	-0,67	< 0,05
55-64 vs. 75-84	0,63	< 0,05
55-64 vs. > 84	0,62	< 0,05

vs.: versus.

IV.2.6.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE Y EDAD

Tabla IV.41.- Media de edad de los pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna “A” según la causa “básica” de muerte; comparación con la edad de fallecimiento por el resto de causas. (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

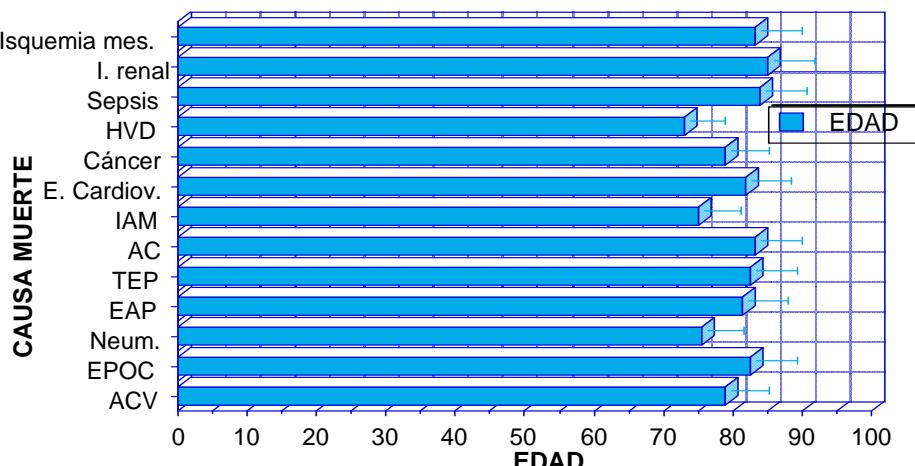
CAUSA MUERTE	Media Sí	Media No	D.S. SíNo	p	
ACV	78,88	81,23	10,77	7,47	0,39
EPOC	82,64	80,84	6,53	7,99	0,64
Neumonía	75,50	81,28	8,06	7,77	0,30
EAP	81,37	80,86	5,55	7,97	0,71
TEP	82,57	80,8	6,82	7,90	0,58
Aritmia card.	83,22	80,78	7,51	7,87	0,49
Infarto mioc.	75,00	81,14	5,29	7,84	0,43
E. Cardiovasc.	81,86	80,28	8,07	7,58	0,33
Cáncer	78,87	81,21	9,64	7,65	0,42
Hemorragia dig.	73,00	81,46	4,79	7,71	0,01

Sepsis	83,84	80,50	5,16	8,21	0,26
I. renal	85,00	80,78	7,71	7,79	0,24
Isquemia mesent.	83,33	80,85	9,95	7,87	0,45

D.S.: desviación estándar. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EAP: edema agudo pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. Infarto mioc: infarto miocardio. Arritmia card.: arritmia cardiaca. E.cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. Hemorragia dig.: hemorragia digestiva. I. renal: insuficiencia renal. Isquemia mesent.: isquemia mesentérica.

De entre las patologías que causaron el fallecimiento de los pacientes ingresados y su relación con la edad, únicamente la hemorragia digestiva mostró ser causa de fallecimiento en edades más jóvenes que el resto de las causas (media de $73 \pm 4,79$ años de edad frente a los $81,46 \pm 7,71$ años de edad por el resto de patologías), siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,01$). Las diferentes medias de edad a las que los pacientes fallecieron según las entidades que les ocasionaron la muerte vienen detalladas en la Tabla IV.41 y figura IV.8.

Figura IV. 8.- Media de edad de los pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de la "causa "básica" de muerte.



Isquemia mes.: isquemia mesentérica. I. Renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiov.: enfermedad cardiovascular. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. ACV: accidente cerebro vascular. TEP: tromboembolismo pulmonar. Neum.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A la hora de establecer comparaciones entre las diversas entidades responsables del fallecimiento de los pacientes con respecto a la edad, únicamente se encontraron algunas diferencias significativas al ser comparadas con la edad de los pacientes no fallecidos

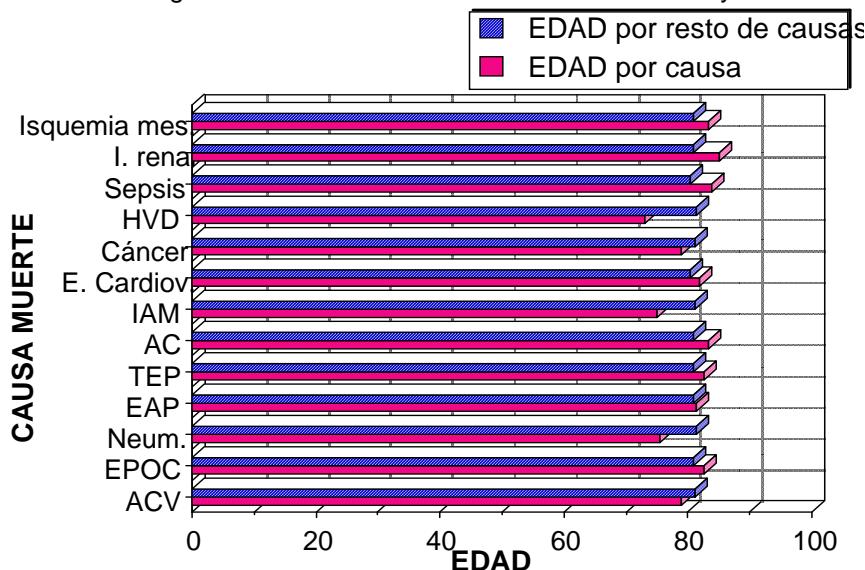
(que era de $68,88 \pm 17,12$ años), (ver Tabla IV.42 y figura IV.9).

Tabla IV.42.- Comparación de la media de edad de los pacientes entre las diferentes causas responsables sus muertes. (p : significación estadística). (Prueba F de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Comparación	Diferencia de medias	p
EPOC- No éxitus	13,76	< 0,05
EAP- No éxitus	12,49	< 0,05
Arritm.- No éxitus	14,33	< 0,05
Sepsis- No éxitus	14,96	< 0,05
I. renal- No éxitus	16,11	< 0,05
Isq.mesent.- No éxitus	14,45	< 0,05
TEP - No éxitus	13,68	< 0,05

EAP: edema agudo pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. Arritmia card.: arritmia cardiaca. I. renal: insuficiencia renal. Isq. mesent.: isquemia mesentérica. No éxitus: no fallecidos.

Figura IV. 9.- Comparación de la media de edad de los pacientes fallecidos en el S. de Medicina Interna “A” según las diferentes causas “básicas” de muerte y el resto de causas.



Isquemia mes.: isquemia mesentérica. I. Renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiov.: enfermedad cardiovascular. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. ACV: accidente cerebro vascular. TEP: tromboembolismo pulmonar. Neum.: neumonía.

IV.2.7.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS Y EDAD

La edad de los pacientes fallecidos con diversas patologías asociadas a la de la muerte fue de 3,47 años menos que la de aquellas personas cuyo fallecimiento fue debido a una única patología, sin embargo esta diferencia no fue significativa ($p=0,18$),(ver Tabla IV.43).

Tabla IV.43.- Comparación de la media de edad de los éxitus según presentaran o no enfermedades asociadas en el momento de su fallecimiento. (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados).

ENF. ASOCIADAS	Media edad	D.S.
Sí	80,63	7,74
No	84,1	8,04

D.S.: desviación estándar. ENF. ASOCIADAS:enfermedades asociadas al éxitus.

IV.2.8.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y EDAD

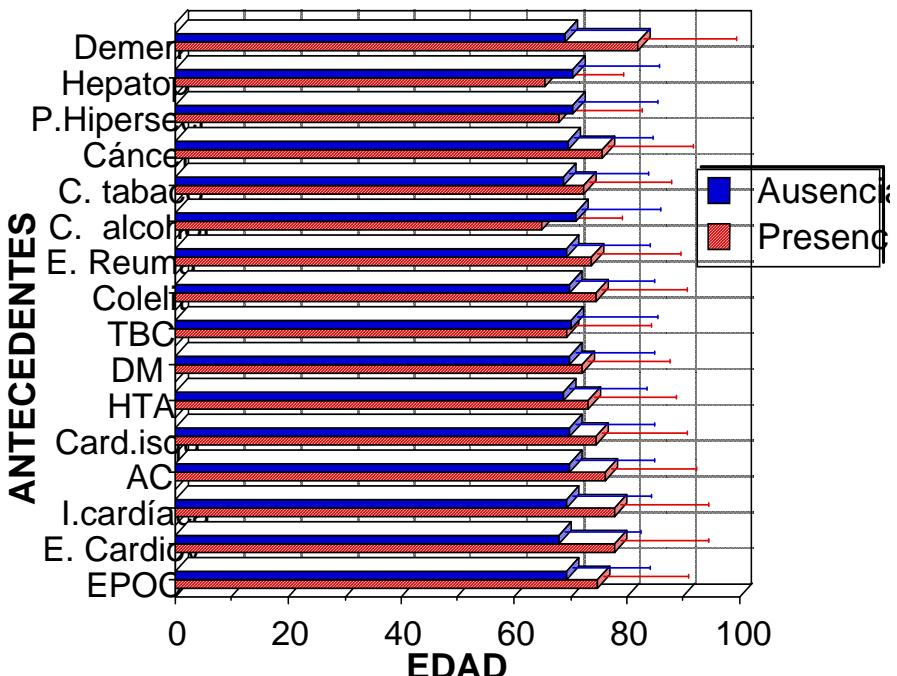
Al relacionar la edad de los pacientes con la existencia de enfermedades, hábitos tóxicos o factores de riesgo estudiados que podían condicionar la aparición de otras patologías más graves, se observó que la EPOC, las enfermedades cardiovasculares, las reumatológicas, el cáncer y la demencia tenían lugar en los pacientes con mayor media de edad. Sin embargo, el consumo de alcohol y la patología hipersecretora fueron más frecuentes en los pacientes más jóvenes. Estas diferencias significativas, así como otras que no lo fueron se pueden observar en la tabla IV.44 y en la figura IV.10.

Tabla IV.44.- Comparación entre la media de edad de los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna “A” según contaran o no con antecedentes patológicos. (p: nivel de significación estadística). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

C. MORBOSOS	SI		NO		P
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	74,14	12,03	69,20	17,68	0,01
E. Cardiov.	74,91	11,51	67,89	18,44	0,0001
I.cardíaca	77,81	8,44	69,44	17,24	0,0001
Arritmia card.	76,10	10,71	69,81	17,06	0,01
Cardiopatía isqu.	74,57	12,27	69,87	17,06	0,06
HTA	73,17	11,07	68,65	18,96	0,13
Diabetes	72,14	11,76	69,77	17,63	0,8
TBC	69,43	12,27	70,26	16,98	0,21
Colelitiasis	74,55	12,05	69,79	17,14	0,06
E. Reumatal.	73,80	12,71	69,28	17,59	0,02
C. de alcohol	65,03	15,06	70,83	16,88	0,001
C. de tabaco	72,31	13,71	68,85	18,42	0,12
Cáncer	75,52	9,72	69,56	17,36	0,02
P.Hipersecr.	68,07	11,84	70,34	17,09	0,03
Hepatopatía	65,41	17,42	70,44	16,37	0,07
Demencia	81,98	8,09	69,15	16,96	0,0001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiov.: enfermedades cardiovasculares. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card. : arritmia cardíaca. Cardiopatía isqu.: cardiopatía isquémica. HTA: hipertensión arterial. E.: enfermedades. C.: consumo. P.: patología.

Figura IV. 10.- Comparación entre la media de edad de los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna “A” según contaran o no con antecedentes patológicos.



Demen.: demencia. Hepatop.: hepatopatía. P. Hipersec.: patología hipersecretrora. C.: consumo. E. Reuma.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. Card. isqu.: cardiopatía isquémica. AC: arritmia cardíaca. I. Cardiaca: insuficiencia cardíaca. E. Cardiov.: enfermedad cardiovascular.

IV.2.9.- NIVEL DE CONCIENCIA Y EDAD

Existieron diferencias en cuanto a la edad de los pacientes según el nivel de conciencia presentado en el momento de ingresar en el Servicio de Medicina Interna "A". Así, las personas con nivel de conciencia disminuido poseían una media ± desviación estándar de edad mayor ($75,58 \pm 15,79$ años) que la de los pacientes cuyo nivel de conciencia era normal ($69,1 \pm 16,78$ años), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

IV.2.10.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y EDAD

La edad de los pacientes con ausencia de la enfermedad responsable de su ingreso en el momento de ser dados de alta, era menor ($64,66 \pm 19,79$ años) que la de aquellos que, en el momento de abandonar el hospital, no se consideró que existiera tal ausencia ($72,11 \pm 15,20$ años), siendo estas diferencias muy significativas ($p=0,0001$) como muestra la Tabla IV.45.

Tabla IV.45.- Media de edad de los pacientes según presentaran la enfermedad que

motivó su ingreso en el momento de ser dados de alta. (p : nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Ausencia de enfermedad	Media edad (años)	D.S.
Sí	64,66	19,79
No	72,11	15,20

D.S.: desviación estándar. Sí : ausencia de enfermedad en el momento del alta. No: presencia de enfermedad en el momento del alta.

IV.2.11.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y EDAD

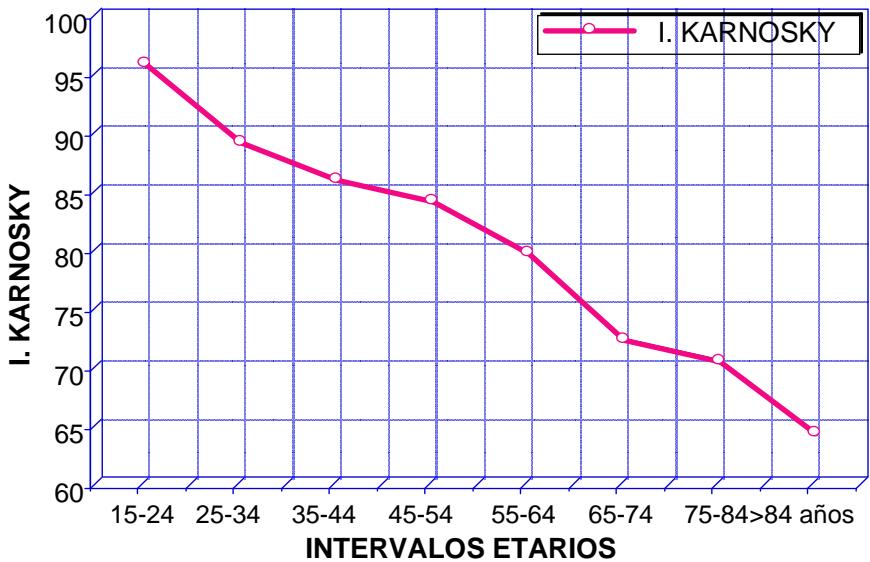
Tabla IV.46.- Índice de Karnosky de los pacientes según sus edades (distribuidas en intervalos etarios). (Análisis de la Varianza, ANOVA). (Prueba de Kruskal- Wallis).

GRUPOS EDAD	Media de I. Karnosky	D.S.
15-24 años	95,90	9,08
25-34 años	89,16	11,38
35-44 años	86,07	9,94
45-54 años	84,17	9,56
55-64 años	79,72	11,87
65-74 años	72,38	16,82
75-84 años	70,52	16,26
>84 años	64,40	18,63

D.S.: desviación estándar. Media de I. Karnosky: media de índice de Karnosky.

En cuanto a la relación existente entre estos dos parámetros, se observó que el índice de Karnosky disminuía a medida que la edad de los pacientes aumentaba. Las puntuaciones más elevadas fueron alcanzadas por los pacientes más jóvenes (con una media de 95,99 en pacientes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años). Los menores índices correspondieron a los pacientes de mayor edad (los mayores de 84 años, cuyo índice de Karnosky fue de 64,40); estas diferencias fueron muy significativas ($p= 0,0001$), y se reflejan en la Tabla IV.46 y figura IV.11.

Figura IV. 11.- Índice de Karnosky alcanzado por los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según el intervalo etario al que pertenecieran.



I. Karnosky: índice de Karnosky.

Las mayores diferencias a la hora de comparar la media de índice de Karnosky alcanzada por los diferentes grupos etarios, fueron las obtenidas como resultado de comparar los índices pertenecientes a los pacientes más jóvenes con los de los más ancianos (diferencia de 31,50). En cualquier caso, se obtuvieron diferencias significativas al ser comparados los pacientes de edades comprendidas entre los 65 y los 84 años con los demás grupos de edad. Estas y otras diferencias significativas se pueden ver en la Tabla IV.47.

Tabla IV.47.- Diferencias SIGNIFICATIVAS resultado de comparar la media de índice de Karnosky alcanzada por los pacientes según sus edades. (p: nivel de significación).
(Análisis de la Varianza, ANOVA).

GRUPOS EDAD	Diferencia de medias	p
15-24 vs. 35-44	9,83	< 0,05
15-24 vs. 45-54	11,72	< 0,05
15-24 vs. 55-64	16,18	< 0,05
15-24 vs. 65-74	23,52	< 0,05
15-24 vs. 75-84	25,38	< 0,05

Tabla IV.47.- (CONTINUACIÓN). Diferencias SIGNIFICATIVAS resultado de comparar la media de índice de Karnosky alcanzada por los pacientes según sus edades. (p: nivel de significación). (Análisis de la Varianza, ANOVA).

GRUPOS EDAD	Diferencia de medias	p
15-24 vs. >84	31,50	< 0,05
25-34 vs. 65-74	16,78	< 0,05
25-34 vs. 75-84	15,55	< 0,05
25-34 vs. >84	24,76	< 0,05
35-44 vs. 65-74	13,69	< 0,05
35-44 vs. 75-84	15,55	< 0,05
35-44 vs. >84	21,66	< 0,05
45-54 vs. 65-74	11,80	< 0,05
45-54 vs. 75-84	13,66	< 0,05
45-54 vs. >84	19,77	< 0,05
55-64 vs. 65-74	7,34	< 0,05
55-64 vs. 75-84	9,20	< 0,05
55-64 vs. >84	15,31	< 0,05
65-74 vs. >84	7,97	< 0,05
75-84 vs. >84	6,11	< 0,05

vs.: versus.

IV.2.12.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y EDAD

Algunas de las alteraciones surgidas durante el período de tiempo que los pacientes permanecieron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A”, se presentaron en los pacientes de mayor edad, siendo el caso de las infecciones nosocomiales, alteraciones siquiátricas, circulatorias, respiratorias, digestivas y renales, alcanzando diferencias significativas ($p=0,0001$; $p=0,005$; $p=0,0001$; $p=0,004$; $p=0,02$ y $p=0,001$ respectivamente). Sin embargo, otras alteraciones como las referentes al aparato locomotor tuvieron lugar en pacientes más jóvenes ($p=0,04$). Estas y otras diferencias aparecen en la Tabla IV.48. Las diferencias significativas se pueden apreciar en la figura IV.12.

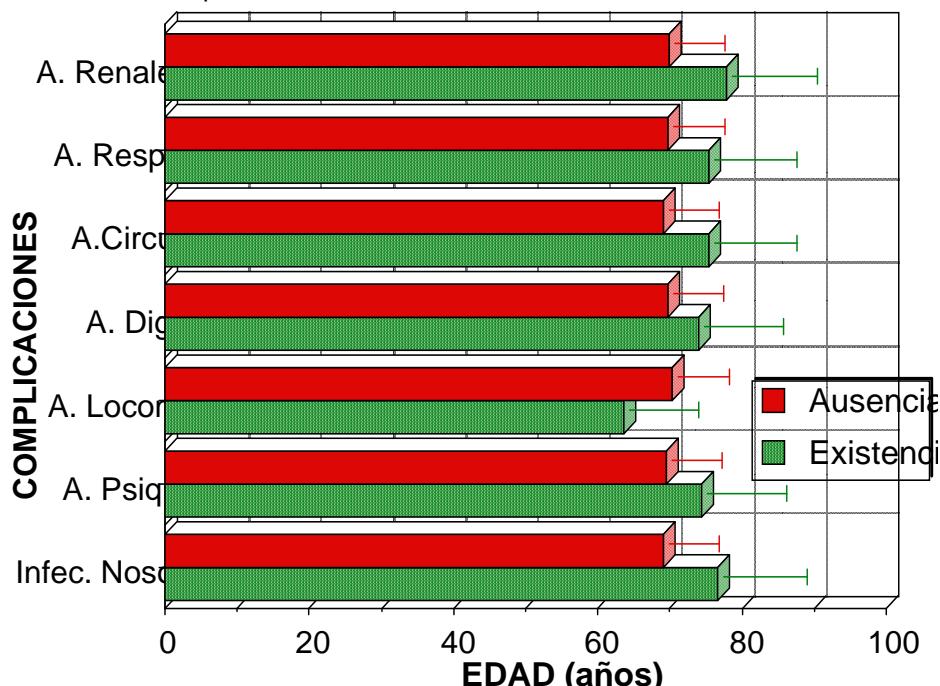
Tabla IV.48.- Media de edad que poseían los pacientes según desarrollaran o no alteraciones durante el período de tiempo que permanecieron ingresados. (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

COMPLICACION	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	76,67	12,16	69,03	17,25	0,0001
I. N. sin foco	78,72	10,08	70	16,87	0,02
I. N. dérmicas	76,09	13,79	70,07	16,83	0,05
I. N. urinarias	77,31	11,01	69,08	16,98	0,001
I. N. respiratorias	75,22	12,64	69,83	17,01	0,03
A. PSIQUIÁTRICAS	74,29	13,82	69,55	17,14	0,005
insomnio	75,4	1	1,71	70,04	16,94
ansiedad, depresión	69,18	16,64	70,27	16,80	0,58
A. NEUROLÓGICAS	72,96	15,32	69,85	16,95	0,08
ACV	82,71	18,44	70,12	16,80	0,04
Cefalea	68,37	15,24	70,29	16,84	0,55
A. N.conciencia	81,8		10,50	70,15	16,69
A. AP. LOCOMOTOR	63,7		17,85	70,38	16,74
A. DIGESTIVAS	73,93	13,25	69,63	17,21	0,02
A.AP.CIRCULATORIO	75,42	13,06	69,10	17,29	0,0001
Edema, ins. venosa	73,44	9,61	70,15	16,90	0,87
HTA	74,6		13,88	70,16	16,82
tromboflebitis	75,41	13,94	69,43	17,05	0,0004
Hemorragias, sangrado	74,48	12,07	69,94	17,02	0,10
HVDA	77,12	11,06	70,09	16,86	0,08
HVDB	78,46	11,49	70,07	16,83	0,02
A. AP. RESPIRATORIO	75,47	13,98	69,80	16,93	0,004
Tromboemb. pulmonar	81,16	7,91	70,06	16,82	0,07
edema agudo pulmón	79,12	7,23	70,05	16,87	0,02

A. RENALES	77,948,13	69,85	17,010,01
I. renal aguda	80,237,25	70,02	16,860,008

I.N.: infección nosocomial. A.: alteraciones. AP.: Aparato. ACV: accidente cerebral vascular. A.N. Conciencia: alteraciones en el nivel de conciencia. Ins. venosa: insuficiencia venosa. HVDA: hemorragia digestiva alta.HVDB: hemorragia digestiva baja. Tromboemb. pulmonar :tromboembolismo pulmonar. I. renal aguda: insuficiencia renal aguda.

Figura IV. 12.- Diferencias significativas en la media de edad de los pacientes según la aparición o no de alteraciones a lo largo del período de tiempo que permanecieron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A”.



A.: alteraciones. A. Respir.: alteraciones respiratorias. A.Circul.: alteraciones circulatorias. A. Dig: alteraciones digestivas. A. Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Psiqu.: alteraciones psiquáticas. Infec. Nosoc.: infecciones nosocomiales.

IV.2.13.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y EDAD

En el momento de comparar la calidad diagnóstica global del informe de alta según las edades de los pacientes, no se encontraron diferencias significativas ($p=0,89$), (ver Tabla IV.49, figura IV.13).

Tabla IV.49.- Calidad diagnóstica global del informe de alta según la edad de los pacientes (distribuída en intervalos etarios). (Análisis de la Varianza. ANOVA).

GRUPO EDAD	Media Calidad diagnóstica	D.S.
15-24 años	6,09	1,50
25-34 años	6,33	0,70
35-44 años	5,78	1,75
45-54 años	6,14	0,87
55-64 años	5,98	1,29
65-74 años	6,01	1,47
75-84 años	6,03	1,34
>84 años	6,05	1,45

Cuando se valoró el empleo de los términos que valoraban la calidad del informe de alta de cada paciente en relación con sus edades, únicamente mostraron diferencias significativas la utilización de “pendiente de”, que aparecía en pacientes más jóvenes ($p=0,0001$), y de abreviaturas, más frecuentemente difundidas en los informes de los pacientes de mayor edad ($p=0,03$). Estas y otras diferencias se pueden observar en la Tabla IV.50; figura IV.14.

Tabla IV.50.- Calidad del Informe de Alta: relación entre la utilización de los términos que la valoran y la media de edad de los pacientes. (p : nivel de significación). (t-Test para datos no pareados. U de Mann-Whitney).

Utilización	Si		No		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Possible	71,60	17,34	70,03	16,72	0,23
Probable	69,51	19,31	70,19	16,56	0,87
No se descarta	73	11	70,14	16,78	0,96
Los previos	64,28	22,46	70,26	16,65	0,34
Pendiente de	63,49	17,84	71,97	16	0,0001
Abreviaturas	73,21	13,63	68,58	17,98	0,03
Difícil selección C.P.	72,18	13,38	70,04	16,93	0,80
PCR	80,33	8,09	70,08	16,79	0,26

D.S.: desviación estándar. Difícil selección C.P.: difícil selección de la causa principal.

La utilización del término “parada cardiorrespiratoria” (PCR) se realizó en el 0,71% de los informes de alta, y en el 3,46% de informes sin realizar, siendo más frecuente su aparición en los informes de las personas de mayor edad. En el caso de los informes de alta no confeccionados, también su empleo tuvo lugar en los informes de pacientes de mayor edad. Sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p=0,26$), (ver Tabla IV.51).

Posteriormente se valoraron tan sólo aquellos informes de alta correspondientes a

pacientes fallecidos, sin encontrar diferencias significativas con respecto a la edad y realización o no del mismo ($p= 0,17$), así como con respecto a la utilización de los diferentes parámetros que pretendían evaluar la calidad del los informes de alta. Estos datos vienen reflejados en las tablas IV.52 y IV.53.

Tabla IV.51.- Empleo del término “parada cardiorrespiratoria” en los informes de alta realizados y no, según la media de edad de los pacientes. (t-Test para datos no apareados).

PCR	Media de edad	D.S.
Existe	80,33	8,09
No existe	70,08	16,79
IA sin realizar	72,20	17,51

D.S.: desviación estándar. IA: informes de alta. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Figura IV. 13.- Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según sus edades.

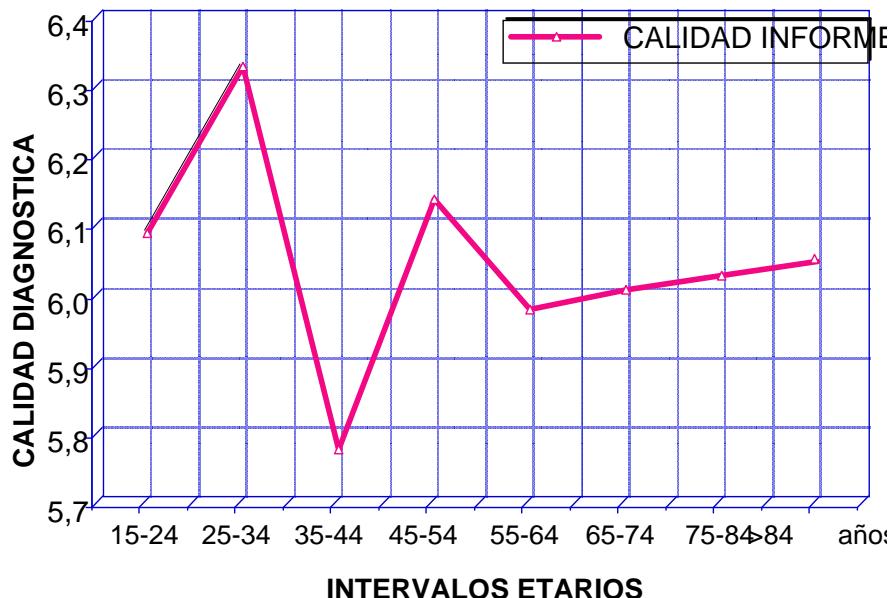


Tabla IV.52.- Realización o no del informe de alta en función de la media de edad de los pacientes fallecidos durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

INFORME ALTA	Media edad éxitus	D.S.

Existe	81,52	7,89
No existe	78,70	7,21

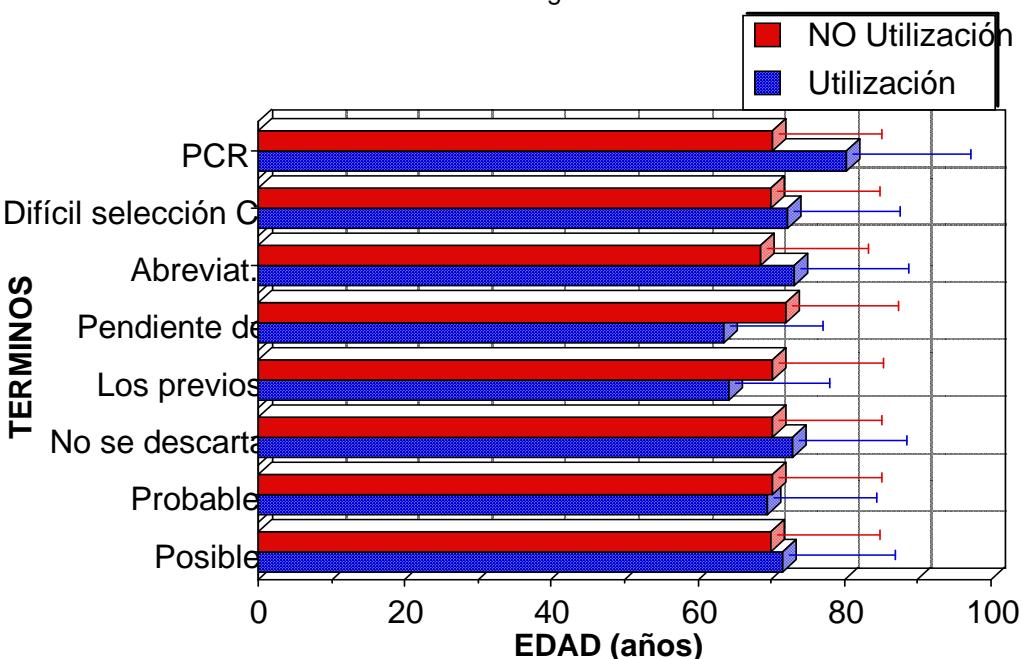
IA: informe de alta. D.S.: desviación estándar. Media edad éxito: media de edad de los pacientes fallecidos.

Tabla IV.53.- Calidad del Informe de Alta de los pacientes fallecidos: relación entre la utilización de los términos que la valoran y media de edad de estos pacientes. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Utilización	Si		No		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Possible	80,88	9,70	81,61	7,69	0,79
Probable	83,22	8,13	81,29	7,89	0,49
No se descarta	738,05	81,64	7,88		0,27
Los previos	64,28	22,46	70,26	16,65	0,18
Pendiente de	699,03	81,69	7,80		0,11
Abreviaturas	81,3	8,09	81,67	7,84	0,84
Difícil selección C.P.	77,25	9,23	82,02	7,63	0,10

D.S.: desviación estándar. p: nivel de significación. Difícil selección C.P.: difícil selección C.P.: difícil selección de la causa principal que motivó el diagnóstico.

Figura IV. 14.- Calidad del informe de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según sus edades.



Dificultad selección c. p.: dificultad de la selección de la causa principal. PCR: parada

cardiorrespiratoria.

IV.2.14.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y EDAD

El número de diagnósticos finales se incrementaba con la edad de los pacientes, alcanzando un pico máximo en el intervalo de edad correspondiente a los 75-84 años. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$) viéndose detalladas en la siguiente Tabla IV.54; figura IV.15.

Tabla IV.54.- Número de diagnósticos finales (media) según la edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A. (Análisis de la Varianza, ANOVA).

GRUPOS EDAD	Media Nº DF	D.S.
15-24 años	1,68	0,83
25-34 años	2,04	1,12
35-44 años	2,57	1,42
45-54 años	2,96	1,72
55-64 años	3,22	1,76
65-74 años	3,41	1,83
75-84 años	3,77	1,71
>84 años	3,65	1,56

D.S.:desviación estándar. Media Nº DF: media de número de diagnósticos finales.

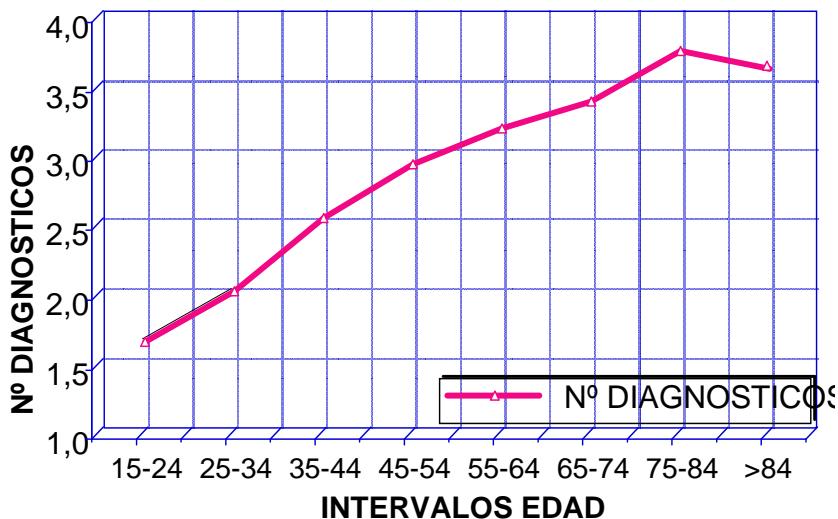
Al realizar comparaciones entre el número de diagnósticos finales en función de la edad de los pacientes, las principales diferencias se encontraron en el grupo de pacientes más jóvenes, que presentó una media de 2,08 diagnósticos menos que el grupo de pacientes de 75 a 84 años de edad; así mismo, este primer grupo de pacientes poseía una media de 1,96 diagnósticos menos que el grupo de pacientes mayores de 84 años. Estos y otros datos referentes a las diferencias estadísticamente significativas encontradas vienen reflejados en la Tabla IV.55.

Tabla IV.55.- Diferencias SIGNIFICATIVAS resultado de comparar el número de diagnósticos finales entre la edad de los pacientes ingresados. (ANOVA).

GRUPO EDAD	Diferencia de medias	p
15-24 vs. 45-54	-1,28	< 0,05
15-24 vs. 55-64	-1,54	< 0,05
15-24 vs. 65-74	-1,73	< 0,05
15-24 vs. 75-84	-2,08	< 0,05
15-24 vs. > 84	-1,96	< 0,05
25-34 vs. 45-54	-0,92	< 0,05
25-34 vs. 55-64	-1,18	< 0,05
25-34 vs. 65-74	-1,37	< 0,05
25-34 vs. 75-84	-1,72	< 0,05
25-34 vs. > 84	-1,60	< 0,05
35-44 vs. 65-74	-0,84	< 0,05
35-44 vs. 75-84	-1,19	< 0,05
35-44 vs. > 84	-1,07	< 0,05
45-54 vs. 75-84	-0,54	< 0,05
45-54 vs. > 84	-0,42	< 0,05
65-74 vs. 75-84	-0,35	< 0,05

vs: versus.

Figura IV. 15.- Número de diagnósticos finales de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de sus edades.

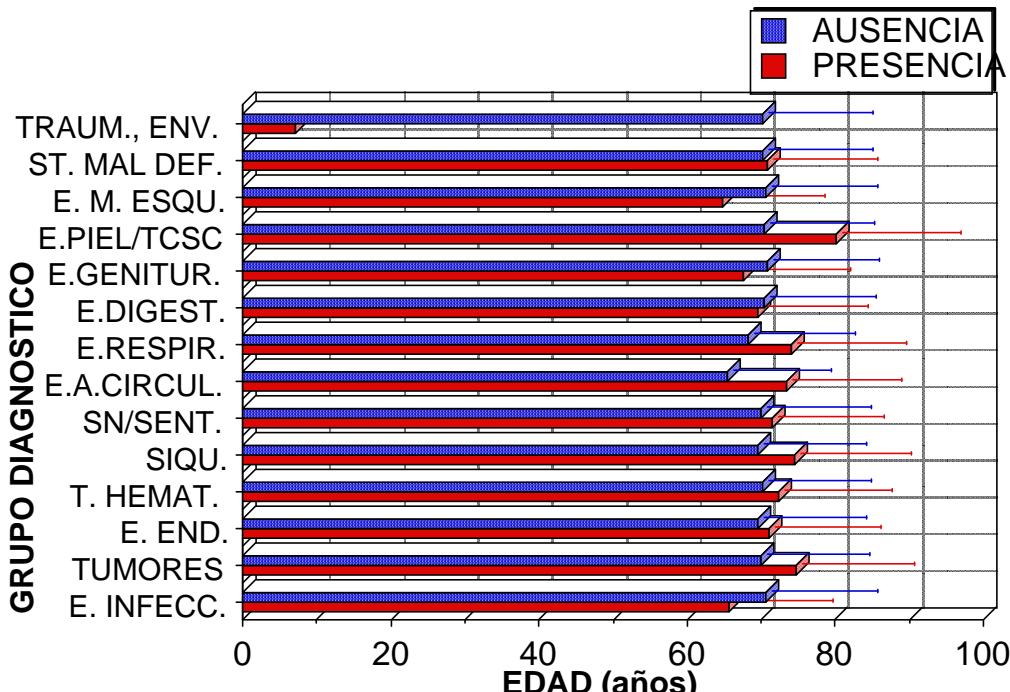


IV.2.15.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y EDAD

Determinados diagnósticos finales se dieron más frecuentemente en torno a una determinada media de edad. Los pacientes que poseían menor media de edad, fueron los diagnosticados de “Enfermedades músculo-esqueléticas” ($64,8 \pm 19,46$ años), junto con los pacientes cuyos diagnósticos se englobaron bajo el epígrafe de “Enfermedades infecciosas y parasitarias” (que resultaron poseer una media de edad de $65,64 \pm 19,29$), (ambos con $p=0,02$).

Por el contrario, aquellos con “Enfermedades del aparato respiratorio”, así como los que presentaron “Enfermedades del aparato circulatorio”, fueron los que mayores medias de edad alcanzaron ($74,03 \pm 14,00$ y $73,39 \pm 12,72$ respectivamente), (ambos con $p=0,0001$). Estas diferencias entre los diversos diagnósticos finales y la edad de los pacientes fueron estadísticamente significativas, existiendo otras que no lo fueron; todas vienen señaladas a continuación en la siguiente Tabla IV.56; figuralV.16.

Figura IV. 16.- Distribución de los grupos diagnósticos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de sus edades.



E. INFECC.: enfermedades infecciosas. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T.ORL: tumores otorrinolaringológicos. E.ENDOCRINAS: enfermedades endocrinas. E. SANGRE: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos SN: sistema nervioso. E. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HT: enfermedad hipertensiva. HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebral vascular. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. Patol. hipersecreto.: patología hipersecretora. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico: síndrome nefrótico. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas, signos y estados morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos

Tabla IV.56.-Media de edad a la que se presentaron las diferentes enfermedades agrupadas siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A". (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

DIAGNÓSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
I.- E. INFECC.	65,64	19,29	70,69	16,42	0,02
TBC	66,76	14,95	70,47	16,89	0,01
II.- TUMORES	74,83	11,07	69,90	17,07	0,11
T. Respiratorios	73,09	10,94	70,19	16,85	0,93
T. ORL	80,66	13,79	70,19	16,85	0,21
T. Digestivos	74,5	8,54	70,14	16,9	0,61
T. Genitourinarios	75,44	11,03	70,11	16,87	0,23
T. sangre	72,8	12,45	70,21	16,81	0,86
III.- E. ENDOCRINAS	71,05	14,42	69,56	17,96	0,74
Patología tiroidea	75,62	9,35	70,12	16,88	0,30
Diabetes	72,04	11,90	69,79	17,75	0,91

IV.- E. SANGRE	72,33	17,87	70,09	16,71	0,20
V.- T. MENTALES	74,57	17,42	69,47	17,75	0,001
Demenzia	82,07	8,38	68,89	16,97	0,0001
Depresión	59,61	20,43	70,39	16,68	0,0001
VI.- SN Y SENTIDOS	71,46	15,68	70,06	16,93	0,02

D.S.: desviación estándar. E. INFECC.: enfermedades infecciosas. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T.ORL: tumores otorrinolaringológicos. E.ENDOCRINAS: enfermedades endocrinas. E. SANGRE: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos SN: sistema nervioso.

Tabla IV.56 .-(CONTINUACIÓN).Media de edad a la que se presentaron las diferentes enfermedades agrupadas siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A". (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
VII.- E. A. CIRCULAT.	73,39	12,72	65,48	20,61	0,0001
Enf. HTA	72,73	11,68	68,75	19,02	0,28
HTA	69,29	13,93	70,33	17,09	0,13
Enf. cardiaca HT	75,70	8,81	69,99	17,00	0,21
Enf. renal HT	7115,43	70,22	16,79	0,73	
Enf. cardiorrenal	68,6	17,41	70,23	16,82	0,79
HTA secundaria	69,72	14,56	70,23	16,82	0,73
IAM	6814,49	70,25	16,81	0,48	
IAM, isquemia	73,15	12,55	69,75	17,33	0,16
Insuf. cardiaca	78,01	8,67	68,29	17,73	0,0001
Arritmia	75,91	10,80	68,99	17,59	0,0001
FA	75,88	10,80	69,19	17,47	0,0002
V. Mitral	71,07	10,04	70,20	16,96	0,55
V. aórtica	70,23	12,78	70,22	16,88	0,64
Valvulopatía	70,5	10,67	70,21	17,14	0,98
ACV	75,42	10,64	69,09	17,65	0,0008
VIII.- E. A. RESPIR.	74,03	14,00	68,20	17,77	0,0001
VRA	69,25	20,14	70,26	16,65	0,84
Neumonía	72,92	15,99	69,96	16,85	0,07
EPOC	73,27	12,43	69,57	17,52	0,19
EPOC, asma, BC	74,55	11,16	69,02	17,86	0,2
IX.- E. A. DIGESTIVO	69,59	17,19	70,47	16,63	0,59
Patol. hipersecreto.	70,11	17,03	70,24	16,77	0,92
Isquemia intestinal	81,27	7,66	70,08	16,82	0,01
Patología hepática	63,37	18,18	70,57	16,65	0,004
X.- E. A. GENITOURIN.	67,61	18,71	70,94	16,16	0,01
S. Nefrótico	60,66	22,62	70,33	16,70	0,13
Insuficiencia renal	68,12	20,28	70,43	16,41	0,77
Litisasis	6425,61	70,30	16,62	0,76	
XII.- E. PIEL Y TCSC	80,03	13,65	70,36	16,79	0,09

XIII.- E. M. ESQU.	64,8	19,46	70,68	16,47	0,02
XVI.- ST. MAL DEF.	70,82	18,10	70,18	16,68	0,44
XVII.- TRAUMAT., ENV.	73,2	17,96	70,17	16,77	0,26

D.S.: desviación estándar. E. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HT: enfermedad hipertensiva. HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebral vascular. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. Patol. hipersecreto.: patología hipersecretora. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico: síndrome nefrótico. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas, signos y estados morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos

IV.3.- PROCEDENCIA

IV.3.1.- DESTINO AL ALTA Y PROCEDENCIA

El destino recibido por los pacientes en el momento de abandonar el hospital fue distinto en función del lugar desde donde hubieran realizado el ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. Así, la mayor parte de los pacientes que regresaron a sus domicilios procedía de las Consultas Externas del propio hospital (95,45%). Por el contrario, el mayor porcentaje de éxitus se registró entre los pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias (12,15%). Una elevada proporción de pacientes trasladados a Otros Servicios del hospital había sido ingresada desde la UCI (13,79%), y la mayoría de las personas cuyo destino en el momento del alta fue un Centro para Pacientes Crónicos, había realizado su ingreso desde Otros Servicios (12,5%). Estas diferencias fueron significativas ($p=0,01$) viéndolo detalladas en la Tabla IV.57; figura IV.17.

Tabla IV.57.- Relación destino- procedencia : distribución de los destinos según el lugar desde donde hubieran realizado su ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado).

PROCEDENCIA:	Urg.	C. Ext.	UCI	Otros	TOTAL
--------------	------	---------	-----	-------	-------

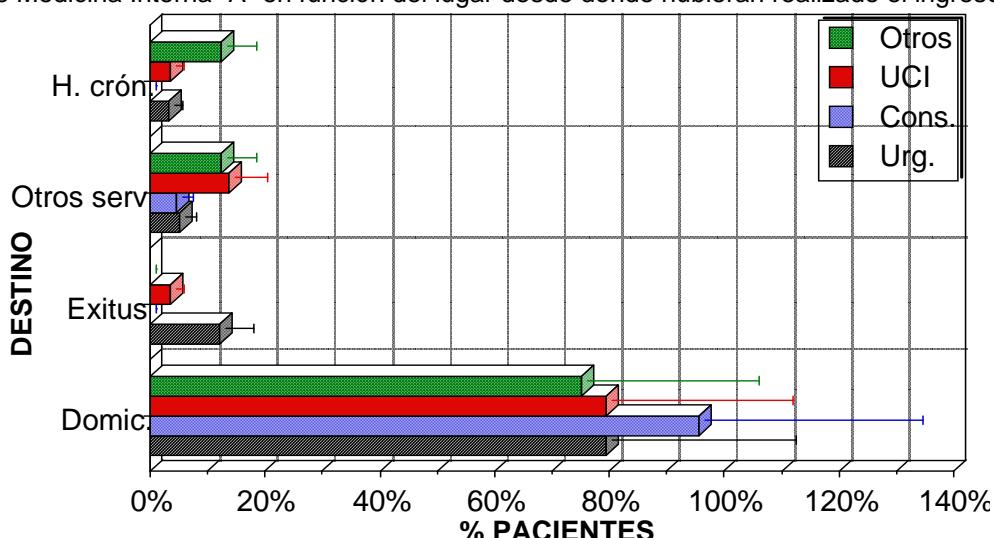
ALTA

Domicilio	79,52%	95,45%	79,31%	75%	80,31%
Exitus	12,15%	0%	3,45%	0%	11,1%
Otros serv.	5,02%	4,55%	13,79%	12,5%	5,37%
H. crónicos	3,3%	0%	3,45%	12,5%	3,22%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

H.crón.: hospitales para pacientes crónicos. Otros Serv.: otros servicios. Domic.: domicilio. Cons.: Consultas Externas. Urg.: Urgencias. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

La mayoría de los pacientes fallecidos durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” procedían del Servicio de Urgencias del propio hospital (12,5%) o de la UCI (3,45%). Ningún paciente ingresado desde el Servicio de Consultas Externas falleció. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,02$), pudiendo ser observadas en la Tabla IV.58.

Figura IV. 17.- Destino de los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” en función del lugar desde donde hubieran realizado el ingreso.



H.crón.: hospitales para pacientes crónicos. Otros Serv.: otros servicios. Domic.: domicilio. Cons.: Consultas Externas. Urg.: Urgencias. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.58.-Porcentaje de pacientes fallecidos y no fallecidos en el Servicio de Medicina Interna “A” según su procedencia . (Prueba de Chi cuadrado).

PROCEDENCIA:	Urg.	C. Ext.	UCI	Otros	TOTAL
EXITUS					
Sí éxitus	12,5%	0%	3,45%	0%	11,1%
No éxitus	87,85%	100%	96,55%	100%	88,9%

Urg.: Urgencias. Cons.: Consultas Externas. Otros: Otros Servicios, otros Hospitales.

IV.3.2.- ESTANCIA Y PROCEDENCIA

Los pacientes que mayores estancias generaron fueron los que provenían de Otros Servicios del hospital, seguido de los que realizaron su ingreso a través del Servicio de Urgencias; los que menos tiempo permanecieron ingresados fueron las personas que procedían de las Consultas Externas. Estas diferencias fueron significativas ($p=0,04$), y se pueden observar en la siguiente Tabla IV.59.

Tabla IV.59.- Estancias generadas por los pacientes (media de días de estancia) en función del lugar desde donde habían realizado su ingreso a este Servicio. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

PROCEDENCIA	Media estancia (días)	D.S.
Urgencias	15,48	12,80
Consulta	12,11	10,39
UCI	14,17	10,95
Otros	30,37	47,43

D.S.: desviación estándar. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Al comparar entre sí las diferentes estancias generadas por los pacientes en función del lugar desde donde realizaron su ingreso en el Servicio de Medicina Interna, las mayores diferencias se obtuvieron al comparar los pacientes que procedían desde las Consultas Externas con aquellos que lo hicieron desde Otros Servicios. Todas las diferencias significativas vienen detalladas en la Tabla IV.60.

Tabla IV. 60 .- Comparación entre las diversas medias de estancia de los pacientes en función del lugar desde donde realizaran su ingreso en este Servicio. (Análisis de la Varianza ; ANOVA). (Prueba de Fisher). (p : significación estadística).

PROCEDENCIA	Media estancia (días)	p
Urgencias-Otros	-14,89	<0,05
Consulta -Otros	-18,26	<0,05
UCI -Otros	-16,20	<0,05

Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

IV.3.3.- MULTINGRESO Y PROCEDENCIA

Algunos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” ya contaban con ingresos anteriores en el Hospital Clínico Universitario. El porcentaje de estos variaba en función del lugar de realización del ingreso actual. La mayoría de los pacientes con

ingresos previos fueron los que en esta ocasión realizaron su ingreso a través de las Consultas Externas del propio hospital (68%). Por otra parte, más de la mitad de los pacientes procedentes de UCI nunca habían sido ingresados con anterioridad (65,52%). Estas y otras diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0,03$), viniendo detalladas a continuación en la siguiente Tabla IV.61.

Tabla IV.61.- Porcentaje de pacientes con ingresos previos en función del lugar por el que realizaran el ingreso actual. (Prueba de Chi cuadrado).

INGR. PREVIO	Urg.	Cons.	UCI	Otros	TOTAL
Sí	49,93%	68,18%	34,48%	50%	50,36%
No	50,07%	31,82%	65,52%	50%	49,64%

%. porcentaje sobre el total de pacientes. Ingr. previo: ingreso previo. Urg.: Servicio de Urgencias. Cons: Consultas Externas. Otros : Otros Servicios, otros Hospitales.

IV.3.4.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE Y PROCEDENCIA

Todos los pacientes fallecidos por las diferentes entidades responsables estudiadas, procedían mayoritariamente del Servicio de Urgencias del Hospital. Ninguno de los fallecidos realizó su ingreso a través de las Consultas Externas del hospital. De los ingresados desde la UCI, únicamente falleció una persona debido a embolismo pulmonar. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas al relacionar ambos parámetros, (ver Tabla IV.62).

Tabla IV.62.- Nivel de significación (p): relación entre las diversas causas de fallecimiento de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” y el lugar desde donde realizaron el ingreso en este Servicio. (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística).

CAUSA MUERTE	p
ACV	0,80
EPOC	0,65
Neumonía	0,80
Edema agudo pulmón	0,60
Tromboembolismo pulmonar	0,41
Aritmia cardíaca	0,68
Infarto miocardio	0,94
E. Cardiovasculares	0,35
Cáncer	0,84
Hemorragia digestiva	0,91
Sepsis	0,49
Insuficiencia renal	0,91

Isquemia mesentérica	0,88
----------------------	------

ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E.: enfermedades.

IV.3.5.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS Y PROCEDENCIA

Ningún paciente ingresado desde el Servicio de Consultas Externas del hospital ni desde Otros Servicios, presentaron enfermedades asociadas en el momento de su fallecimiento ($p=0,05$). Estas diferencias se pueden observar en la siguiente Tabla IV.63.

Tabla IV.63.- Porcentaje de pacientes que presentaron enfermedades asociadas a la causa del fallecimiento en función de su procedencia. (Prueba de Chi Cuadrado). (p : significación estadística ; $p=0,05$).

Enf. asociadas	Urg.	Cons.	UCI	Otros	TOTAL
Sí	10,83%	0%	3,45%	0%	9,8%
No	89,17%	100%	96,55%	100%	90,1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Urg.: Servicio de Urgencias. Cons: Consultas Externas. Otros : Otros Servicios, otros Hospitales.

IV.3.6.- CONDICIONANTES MORBOSES Y PROCEDENCIA

Determinados antecedentes patológicos que poseían los pacientes estuvieron relacionados con el origen de su ingreso. Aquellos pacientes con antecedentes de hipertensión arterial fueron ingresados más frecuentemente desde el Servicio de Consultas Externas (52,27%), así como desde el Servicio de Urgencias del hospital (34,35%). Por otra parte, ninguno de los pacientes con antecedentes de enfermedades reumatólogicas realizó su ingreso desde la UCI. La gran mayoría de pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica fueron ingresados desde la UCI (20,69%). Estas diferencias fueron significativas ($p=0,05$, $p=0,0007$ y $p=0,02$ respectivamente), y se pueden apreciar en las tablas IV.64- IV.67 y figura IV.18.

Tabla IV.64.- Nivel de significación (p): relación entre los antecedentes patológicos que presentaban los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” y el origen de su ingreso. (Prueba de Chi cuadrado). (p :significación estadística).

ANTECEDENTE	p
EPOC	0,52
E. Cardiovasc.	0,84
I.cardíaca	0,52
Arritmia card.	0,17
Cardiopatía isqu.	0,02
HTA	0,05

Diabetes	0,52
TBC	0,47
Colelitasis	0,68
E. Reumatol.	0,0007
C. de alcohol	0,10
C. de tabaco	0,74
Cáncer	0,31
P.Hipersecr.	0,86
Hepatopatía	0,3
Demenzia	0,06

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. I.cardiaca: insuficiencia cardiaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiopatía isqu.: cardiopatía isquémica. HTA: hipertensión arterial. TBC: tuberculosis. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.65.- Porcentaje de pacientes con antecedentes de HTA según el origen de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,05).

HTA	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	260 (34,4%)	23(52,3%)	7(24,2%)	2 (25%)	34,84%
No	497(65,65%)	21(47,73%)	22(75,9%)	6(75%)	65,16%

HTA: hipertensión arterial. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.66.- Porcentaje de pacientes con antecedentes de Enfermedades reumatólogicas según el origen de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p=0,0007).

REUMAT.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	163 (21,5%)	7(15,9%)	0 (0 %)	5 (62,5%)	20,88%
No	594 (78,45%)	37(84,1%)	29(100%)	5(37,5%)	79,12%

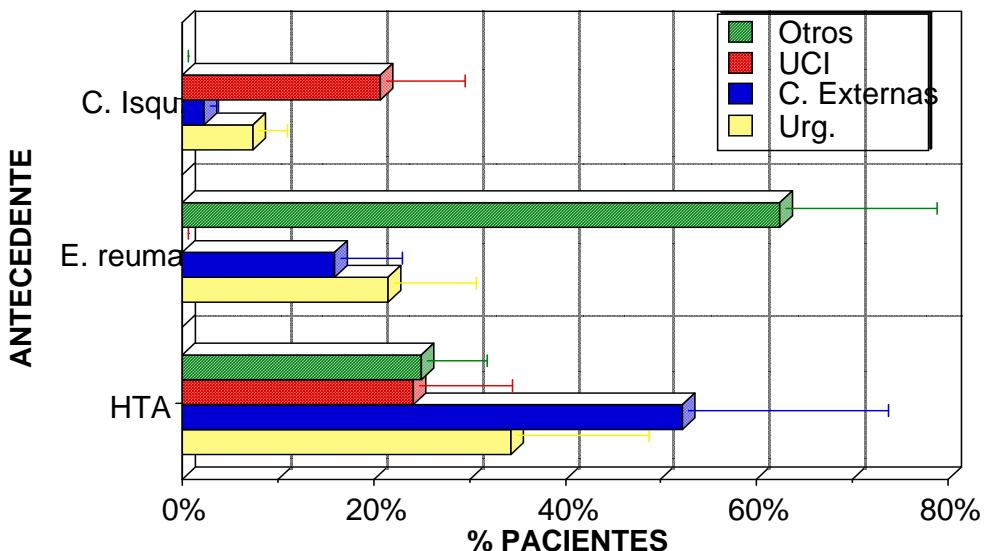
Reumat.: enfermedades reumatólogicas. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.67.- Porcentaje de pacientes con antecedentes de Cardiopatía Isquémica según el origen de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado).(p: significación estadística ; p =0,02).

C.I.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	56(7,4%)	1(2,3%)	6(20,7%)	0(0%)	7,5%
No	701(92,6%)	43(97,7%)	23(79,3%)	8(100%)	92,5%

C.I.: cardiopatía isquémica. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Figura IV. 18.- Origen de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de sus antecedentes patológicos. Resultados SIGNIFICATIVOS.



C. Isq.: cardiopatía isquémica. E. reuma.: Enfermedades reumáticas. HTA: Hipertensión arterial. C. Externas.: Consultas Externas. Urg.: Urgencias. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

IV.3.7.- NIVEL DE CONCIENCIA Y PROCEDENCIA

El porcentaje de pacientes con nivel de conciencia disminuido fue mayor entre las personas ingresadas desde la UCI y el Servicio de Urgencias del Hospital. Por el contrario, los mayores porcentajes de pacientes con niveles de conciencia normales fueron aquellos que ingresaron desde las Consultas Externas y Otros Servicios. Estas diferencias fueron significativas ($p=0,05$), y se pueden ver en la Tabla IV.68.

Tabla IV.68.- Nivel de conciencia de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del lugar donde se realizó su ingreso. (Prueba de Chi cuadrado).

N. Conciencia	Urg.	Cons.	UCI	Otros	TOTAL
Disminuido	18,23%	2,27%	20,69%	12,5%	17,42%
Normal	81,77%	97,73%	79,31%	87,5%	82,58%

N. Conciencia: nivel de conciencia. Otros: Otros Servicios, otros hospitales. Urg.: Urgencias. Cons.: Consultas Externas.

IV.3.8.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y PROCEDENCIA

La frecuencia con la que los pacientes presentaron ausencia de la enfermedad que motivó su ingreso en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” no mostró diferencias significativas con respecto al lugar de procedencia de tales pacientes

(p=0,88).

IV.3.9.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y PROCEDENCIA

Aunque los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna "A" a través de las consultas del hospital presentaron un índice de Karnosky más elevado que el resto de las personas, las diferencias de este parámetro con respecto al lugar de procedencia no fueron significativas (p=0,09), (Tabla IV.69).

Tabla IV.69.- Indice de Karnosky (media) de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función del lugar desde donde habían realizado su ingreso a este Servicio. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

PROCEDENCIA	Media I.Karnosky	D.S.
Urgencias	73,30	17,56
Consulta	79,31	11,08
UCI	76,55	13,95
Otros	70	14,14

D.S.: desviación estándar. I.Karnosky: índice de Karnosky. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

En el momento de comparar los diferentes índices de Karnosky alcanzados según el origen del ingreso de los pacientes, se obtuvieron diferencias significativas entre los valores extremos, es decir, entre los pacientes que provenían del Servicio de Urgencias con aquellos que lo hacían desde Consultas Externas, (ver Tabla IV.70).

Tabla IV.70.- Diferencias SIGNIFICATIVAS resultado de comparar la diferente media de I. Karnosky alcanzada por los pacientes en dependencia del lugar desde donde realizaron su ingreso al Servicio de Medicina Interna "A". (p: significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Comparación	Diferencia medias	p
Urgencias-Consultas	-6,01	< 0,05

D.S.: desviación estándar.

IV.3.10.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y PROCEDENCIA

Algunos de los síntomas que aparecieron como consecuencia del período de tiempo que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A", mostraron diferencias significativas en dependencia del lugar desde donde hubieran realizado el ingreso. Fue el caso de las alteraciones digestivas, que se desarrollaron con mayor frecuencia entre los pacientes que procedían del Servicio de Urgencias (14,18%), y desde

Otros Servicios del hospital (12,5%), no existiendo ningún paciente que las padeciera en el caso de que hubieran sido ingresados a través de la UCI ($p=0,03$); así mismo existieron diferencias en el caso de las hemorragias y sangrados, desarrolladas por la mayor parte de los pacientes ingresados desde Otros Servicios (37,5%), y desde la UCI (10,3%) ($p=0,001$). Estas diferencias pueden apreciarse en las tablas IV.71 a IV.73.

Tabla IV.71.- Nivel de significación (p): relación entre las alteraciones que presentaban los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del origen de su ingreso. (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística).

ALTERACION	p
Infeción Nosocomial	0,35
Alteraciones Psiquiátricas	0,41
Alteraciones Neurológicas	0,23
Alteraciones A. Locomotor	0,69
Alteraciones Digestivas	0,03
Alteraciones A. Circulatorio	0,06
Hemorragias, sangrado	0,001
Alteraciones Respiratorias	0,42
Alteraciones Renales	0,41

p= nivel de significación. A: alteraciones.

Tabla IV.72.- Porcentaje de pacientes que presentaron alteraciones digestivas a lo largo su estancia en el Servicio de Medicina Interna “A”, en función del lugar desde donde realizaron su ingreso. (p: significación estadística ; p =0,03).

A.Digestiv.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	112 (14,2%)	2(4,5%)	0(0%)	1(12,5%)	13,72%
No	645(85,2%)	42(95,5%)	29(100%)	7(87,5%)	86,6%

p= nivel de significación. A.Digestiv.: alteraciones digestivas. Otros: Otros Servicios u hospitales.

Tabla IV.73.- Porcentaje de pacientes que presentaron hemorragias y sangrados a lo largo su estancia en el Servicio de Medicina Interna “A”, en función del lugar desde donde realizaron su ingreso. (p: significación estadística ; p =0,001).

Hemorr.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	45 (5,94%)	1 (2,27%)	3 (10,3%)	3 (37,5%)	6,21%
No	712(94,06%)	43(97,73%)	26(89,66%)	5(62,5%)	93,79%

Hemorr.: hemorragias, sangrado. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

IV.3.11.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y PROCEDENCIA

No se observaron diferencias significativas en cuanto al empleo de los diferentes términos utilizados para valorar la calidad del informe de alta en función del lugar a través del cual los pacientes realizaron sus ingresos en el Servicio de Medicina Interna “A”, los niveles de significación según la utilización de cada término se pueden ver en la Tabla IV.76.

Tampoco existieron diferencias significativas en cuanto a la Calidad diagnóstica global de los informes de alta según la procedencia de los pacientes al Servicio de Medicina Interna “A” ($p=0,38$). La distribución de los diferentes valores que tomó dicha calidad se puede ver en la siguiente Tabla IV.75.

Tabla IV.74.- Nivel de significación (p): relación entre la utilización de los términos que valoran la calidad de un informe de alta en función del modo de ingreso de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” (Prueba de Chi cuadrado).

Utilización de	p
Possible	0,37
Probable	0,22
No se descarta	0,95
Los previos	0,86
Pendiente de	0,34
PCR	0,48
Abreviaturas	0,61
D.selección c.principal	0,33

PCR: parada cardiorrespiratoria. D.selección c.principal : difícil selección de la causa principal del diagnóstico.

Tabla IV.75.- Evaluación de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta. Distribución de dicha calidad respecto al lugar de procedencia de los pacientes. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Procedencia	Media	D.S.
Urgencias	6,01	1,4
Consulta	6,22	0,64
UCI	6,20	1,34
Otros	6,62	0,51

D.S.: desviación estándar. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

IV.3.12.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y PROCEDENCIA

La media del número de diagnósticos finales que figuraba en el informe de alta de cada paciente variaba según la procedencia o modo de ingreso de dichos pacientes; aquellos

que presentaron un mayor índice diagnóstico fueron los ingresados en el Servicio de Medicina Interna a través de la UCI, (que contaron con $3,82 \pm 1,89$ diagnósticos finales). Sin embargo estas y otras diferencias que vienen señaladas en la siguiente Tabla IV.76 no fueron estadísticamente significativas ($p=0,24$).

Tabla IV.76.- Índice diagnóstico. Distribución de la media del número de diagnósticos finales recibidos por los pacientes en el informe de alta según su modo de ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

PROCEDENCIA	Media Nº DF	D.S.
Urgencias	3,40	1,75
Consulta	3	1,41
UCI	3,82	1,89
Otros	3,62	2,13

Nº DF: número de diagnósticos finales. Otros: Otros Servicios y otros hospitales.

Al comparar entre sí los diferentes valores que tomaba el índice diagnóstico, en función con el modo de ingreso de los pacientes, se encontraron diferencias significativas como por ejemplo, la surgida como resultado de comparar la media de diagnósticos finales de los pacientes procedentes de Consultas Externas con la media de aquellos que procedían de UCI, recibiendo estos últimos una media de 0,82 diagnósticos más, tales diferencias se pueden observar en la Tabla IV.77.

Tabla IV.77.- Índice diagnóstico. Comparación del número de diagnósticos finales entre los diversos grupos de pacientes según su procedencia. (p : significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Procedencia	Media Nº DF	p
Urgencias- Consulta	0,40	N.S.
Urgencias- UCI	-0,42	N.S.
Urgencias- Otros	-0,21	N.S.
Consulta- UCI	-0,82	< 0,05
Consulta- Otros	-0,62	N.S.
UCI-Otros	0,20	N.S.

NºDF: número de diagnósticos finales. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

IV.3.13.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y PROCEDENCIA Algunos diagnósticos finales se dieron con distinta frecuencia en función del lugar desde donde los pacientes hubieran realizado el ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. Fue el caso

de las “Enfermedades del Sistema Endocrino”, que se presentaron más frecuentemente en las personas que procedían desde la UCI y Consultas Externas; además, ningún paciente procedente desde Otros Servicios del hospital presentó este diagnóstico ($p=0,005$).

En cuanto a otras patologías, las “Enfermedades del Aparato Circulatorio” también presentaron diferencias significativas, y así los diagnósticos finales referentes a estas entidades pertenecieron sobre todo a pacientes que habían realizado su ingreso a través de la UCI y de las Consultas Externas ($p=0,05$). Los pacientes con “Enfermedades del Sistema osteomuscular”, procedían sobre todo de Otros Servicios del hospital ($p=0,007$), y con respecto a los diagnosticados de “Traumatismos y Envenenamientos”, se trataba de pacientes que procedían desde la UCI ($p=0,004$). Todos estos datos se pueden observar en las tablas IV.78- IV.82, y en la figura IV.19.

Tabla IV.78.- Nivel de significación (p): relación entre los diversos diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en función del modo de ingreso de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”.
 (Prueba de Chi cuadrado). (p : significación estadística).

DIAGNÓSTICOS FINALES	<i>p</i>
I.- E. INFECCIOSAS	0,34
II.- TUMORES	0,07
III.- E. ENDOCR.	0,005
IV.- E. SANGRE	0,84
V.- T. MENTALES	0,07
VI.- SN Y SENTIDOS	0,06
VII.- E. AP. CIRC.	0,05
VIII.- E. AP. RESP.	0,13
IX.- E. AP. DIG.	0,22

X.- E. AP. GENITUR.	0,62
XII.- E. PIELY TCSC	0,54
XIII.- E. M. ESQ.	0,007
XVI.- ST.MAL DEF.	0,42
XVII.- TRAUM., ENV.	0,004

E. INFECCIOSAS: enfermedades infecciosas y parasitarias. E. ENDOCR.: enfer. sistema endocrino. T. MENTALES: trastornos mentales. SN Y SENTIDOS: Enfer. del sistema nervioso y de los sentidos. E. AP. CIRC.: enfermedades del aparato circulatorio. E. AP. RESP.: enfermedades del aparato respiratorio. E. AP. DIG. : enfermedades del aparato digestivo. E. AP. GENITUR.: enfermedades del aparato genitourinario. E. PIELY TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. Esquelético: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. ST.MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM., ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.79.- Distribución de los porcentajes con los que se presentaron las “Enfermedades del sistema endocrino” como diagnóstico final en función de lugar desde el que ingresaron los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”. (p=0,005).

E. ENDOCR.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	32,63%	47,73%	51,72%	0%	33,77%
No	67,37%	52,27%	48,28%	100%	66,23%

E.ENDOCR.: enfermedades sistema endocrino.Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.80.- Distribución de los porcentajes con los que se presentaron las “Enfermedades del aparato circulatorio” como diagnóstico final en función de lugar desde el que ingresaron los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”.

E.A.CIRCUL.	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	68,43%	79,55%	79,31%	37,5%	69,09%
No	31,57%	20,45%	20,69%	62,5%	30,91%

E.A.Circul.: Enfermedades del aparato circulatorio. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.81.- Distribución de los porcentajes con los que se presentaron las “Enfermedades del sistema osteomuscular” como diagnóstico final en función de lugar desde el que ingresaron los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”.(p =0,007).

E. M-ESQUEL	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	24,4%	18,18%	6,9%	62,5%	23,87%
No	75,56%	81,82%	93,1%	37,5%	76,13%

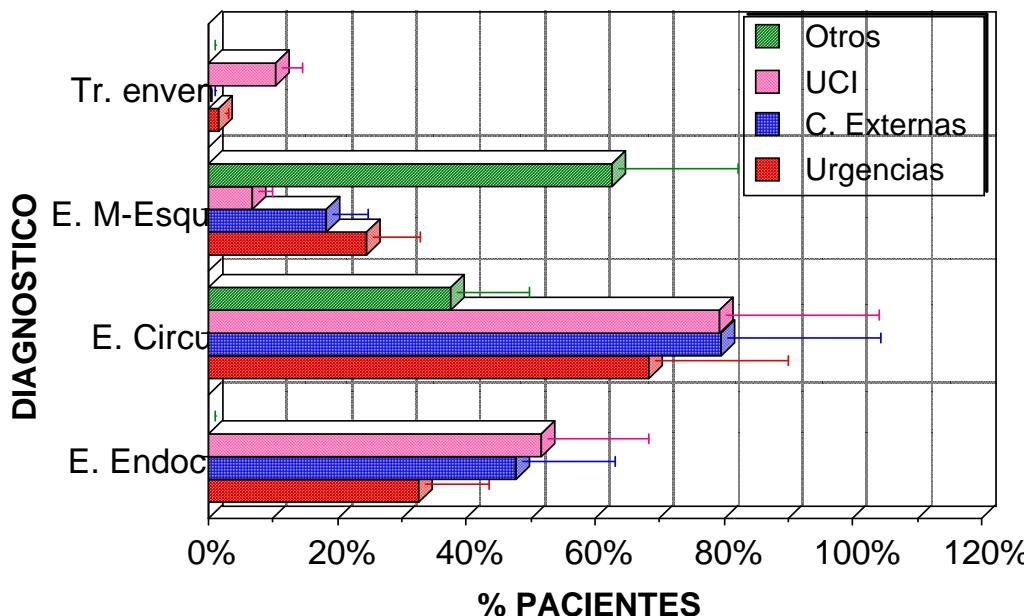
E.M-Esquel.: Enfermedades Músculo-Esqueléticas. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.

Tabla IV.82.- Distribución de los porcentajes con los que se presentaron los traumatismos y envenenamientos como diagnóstico final en función de lugar desde el que ingresaron los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”. (p = 0,004).

TRAUM.ENV..	Urgencias	Consulta	UCI	Otros	TOTAL
Sí	1,59%	0%	10,34%	0%	1,79%

No	98,41%	100%	89,66%	100%	98,21%
TRAUM., ENV.: Traumatismos y envenenamientos. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.					

Figura IV. 19.- Diagnóstico de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de su procedencia.



C.Externas: Consultas Externas. Otros: Otros Servicios, otros hospitales.E. Endocr.: enfermedades del sistema endocrino. E. Circul.: enfermedades del aparato circulatorio. E.M-Esqu.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. Tr. enven: Traumatismos y envenenamientos

IV.4.- DESTINO AL ALTA

IV.4.1.- ESTANCIA Y ALTA

La media de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" presentó variaciones en función del destino recibido en el momento del alta hospitalaria. Las personas que permanecieron una mayor media de días ingresados fueron aquellas cuyo destino fue el traslado a Hospitales para Pacientes Crónicos ($30 \pm 23,85$ días). Por el contrario, los que menor media de días permanecieron ingresados fueron los pacientes que fallecieron durante su hospitalización ($11,35 \pm 10,42$ días). Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$), y se muestran a continuación en la Tabla IV.83 y figura IV.20.

Al comparar la media de días de estancia que los pacientes permanecieron hospitalizados entre los diferentes destinos recibidos, se encontraron algunas diferencias, de estas las mayores se obtuvieron como resultado de comparar la estancia de los pacientes fallecidos con la de aquellos trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos, estos últimos permanecieron una media de 18,64 días más. Estas y otras diferencias se muestran en la Tabla IV.84.

Tabla IV.83.- Media de estancia (valorada en días) que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función del destino recibido en el momento del alta hospitalaria. (Análisis de la Varianza; ANOVA).

DESTINO	Media de estancia (días)	D.S.
Domicilio	15,16	12,63
Exitus	11,35	10,42
Otros servicios	18,55	15,14
H. Crónicos	30	23,85

D.S.: desviación estándar. H. crónicos: hospitales crónicos. H. Crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Figura IV. 20.- Media de días de estancia de permanencia en el Servicio de Medicina Interna "A" en función del destino recibido en el momento del alta hospitalaria.

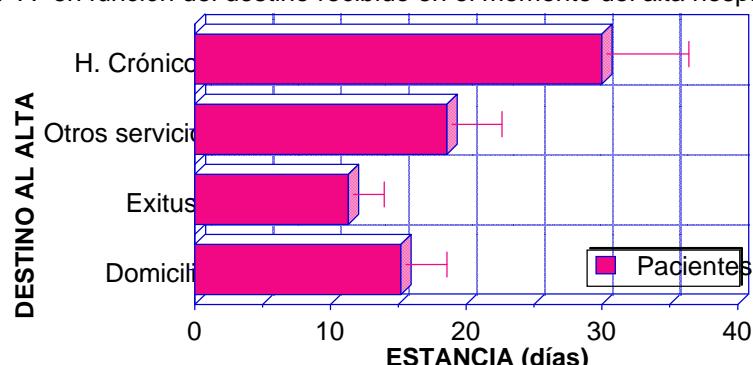


Tabla IV.84.- Comparación entre las diferentes medias de estancia (valorada en días) según el destino recibido por los pacientes cuando fueron dados de alta. (p: significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

DESTINO	Diferencia de medias de días de estancia	p
Domicilio- Exitus	3,81	< 0,05
Domicilio- Otros s.	-3,38	N.S.
Domicilio- H. crónicos	14,83	< 0,05
Exitus- Otros s.	-7,20	< 0,05
Exitus- H. crónicos	-18,64	< 0,05
Otros s.- H. crónicos	11,44	< 0,05

H. crónicos: hospitales crónicos. Otros s.: otros servicios. N.S.: No significativo.

Los pacientes fallecidos presentaron una menor media de días de estancia que aquellos que no fallecieron, siendo esta diferencia significativa ($p=0,0001$),(ver Tabla IV.85).

Tabla IV.85.- Comparación en la media de estancia (valorada en días) de los pacientes fallecidos y los no fallecidos. (Análisis de la Varianza; ANOVA).

EXITUS	Media días	D.S.
Sí éxitus	11,35	10,42
No éxitus	15,91	13,63

D.S.: desviación estándar.

IV.4.2.- MULTINGRESO Y ALTA

Aunque los pacientes fallecidos habían sido ingresados en anteriores ocasiones con mayor frecuencia que el resto de pacientes con otros destinos, no se encontraron diferencias significativas al relacionar ambos parámetros ($p=0,84$), como se puede ver en la Tabla IV.86.

Tabla IV.86.- Número de ingresos previos al actual realizados por los pacientes en el Hospital Clínico Universitario, en función del destino recibido cuando fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Análisis de la Varianza; ANOVA).

Destino	Media de Nº Ingresos	D.S.
Domicilio	1,37	2,17
Exitus	1,54	1,90
Otros servicios	1,5	2,22
H. Crónicos	1,3	1,81

D.S.: desviación estándar. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos. Media de Nº ingresos: media de número de ingresos previos al actual.

IV.4.3.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y ALTA

El destino que recibieron los pacientes en el momento de ser dados de alta fue diferente dependiendo de los antecedentes patológicos con los que contaran; algunas de estas diferencias fueron significativas, y así, el destino de las personas con antecedentes de

enfermedades cardiovasculares fue sobre todo el éxitus, seguido por orden de frecuencia, del domicilio ($p=0,01$). El destino de los pacientes con otros antecedentes como el cáncer era frecuentemente el éxitus o bien el traslado a Hospitales para Pacientes Crónicos ($p=0,002$). Los pacientes con demencia eran trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos, o bien fallecían ($p=0,0001$). También se observó que un mayor número de pacientes fumadores fallecía, o eran trasladados a Otros Servicios del hospital ($p=0,0002$).

Estos datos se pueden observar en las siguientes tablas IV.87- IV.89; figura IV.21.

Tabla IV.87.- Nivel de significación (p): relación entre los antecedentes patológicos que presentaban los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” y el destino en el momento de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado).

C. MORBOSO	p
EPOC	0,13
E. Cardiovasc.	0,01
I.cardíaca	0,32
Arritmia card.	0,53
Cardiopatía isqu.	0,02
HTA	0,60
Diabetes	0,84
TBC	0,52
Colelitiasis	0,09
E. Reumatol.	0,38
C. de alcohol	0,09
C. de tabaco	0,002
Cáncer	0,002
P.Hipersecr.	0,72
Hepatopatía	0,3
Demencia	0,0001

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares.

I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiopatía isqu.: cardiopatía isquémica.

HTA: hipertensión arterial. TBC=tuberculosis. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo.

P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

El destino que recibieron los pacientes en el momento de ser dados de alta fue diferente dependiendo de los antecedentes patológicos con los que contaran; algunas de estas diferencias fueron significativas, y así, el destino de las personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares fue sobre todo el éxitus, seguido por orden de frecuencia, del domicilio ($p=0,01$). El destino de los pacientes con otros antecedentes como el cáncer era frecuentemente el éxitus o bien el traslado a Hospitales para Pacientes Crónicos

($p=0,002$). Los pacientes con demencia eran trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos, o bien fallecían ($p=0,0001$). También se observó que un mayor número de pacientes fumadores fallecía, o eran trasladados a Otros Servicios del hospital ($p=0,0002$). Estos datos se pueden observar en las siguientes tablas IV.87- IV.89; figura IV.21.

Tablas 88.- Porcentaje de los diferentes destinos recibidos por los pacientes en función de que poseyeran o no antecedentes de enfermedades cardiovasculares (sí, no). (Prueba de Chi cuadrado).(p: significación estadística ; $p=0,01$).

E.CARDIOV.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	32,1%	47,31%	28,89%	22,22%	33,29%
No	67,9%	52,69%	71,11%	77,78%	66,71%

E. cardiov.: enfermedades cardiovasculares. Otros s.: otros servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Tablas 89.- Porcentaje de los diferentes destinos recibidos por los pacientes en función de que poseyeran o no antecedentes de tabaquismo (sí, no). (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; $p =0,002$).

C.TABACO.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	38,84%	54,84%	42,22%	18,52%	39,74%
No	61,66%	45,16%	57,78%	81,48%	60,26%

C. tabaco: consumo de tabaco. Otros s.: otros servicios. H. crónicos: hospitales para pacientes crónicos.

Tabla IV.90.- Porcentaje de los diferentes destinos recibidos por los pacientes en función de que poseyeran o no antecedentes de cáncer (sí, no). (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; $p =0,002$).

CANCER.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	9,21%	20,43%	17,78%	18,52%	11,22%
No	90,79%	79,57%	82,22%	81,48%	88,78%

Otros s.: otros servicios. H. crónicos: hospitales para pacientes crónicos.

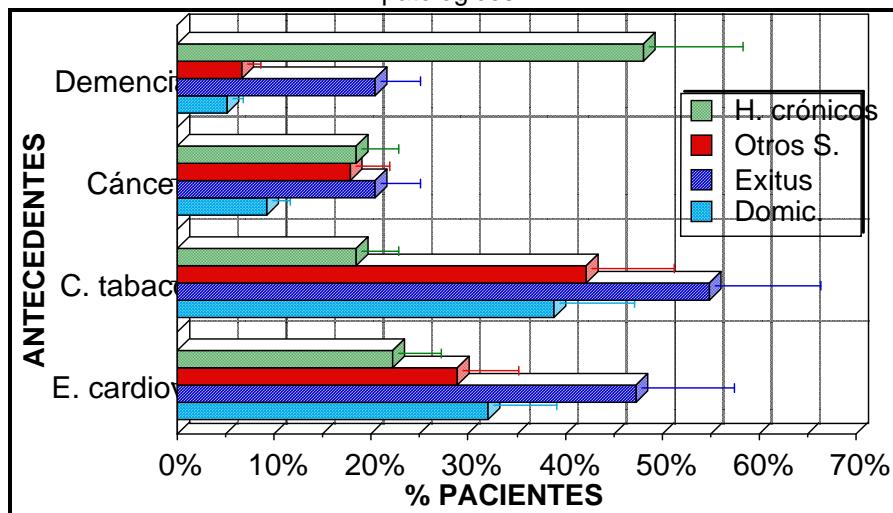
Tabla IV.91.- Porcentaje de los diferentes destinos recibidos por los pacientes en función de que poseyeran o no antecedentes de demencia (sí, no). (Prueba de Chi cuadrado).(p: significación estadística ; p significativa $=0,0001$).

DEMENCIA	Domicilio	Exitus	Otros s .	H. crónicos	TOTAL
Sí	5,2%	20,43%	6,67%	48,15%	8,35%
No	94,8%	79,57%	93,33%	51,85%	91,65%

Otros s.: otros servicios. H. crónicos: hospitales para pacientes crónicos.

Figura IV. 21.- Diferentes destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser

dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” en función de sus antecedentes patológicos.



H.Crónicos.: hospitales para pacientes crónicos. Otros S.: otros servicios. Domic.: domicilio. C. tabaco: consumo de tabaco. E. Cardiov: enfermedades cardiovasculares.

IV.4.4.- NIVEL DE CONCIENCIA Y ALTA

Se encontraron diferencias entre el nivel de conciencia que presentaban los pacientes en el momento de ser ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, y el destino recibido cuando fueron dados de alta. Un elevado porcentaje de los pacientes que ingresaron en este servicio con nivel de conciencia disminuido falleció, o bien fue trasladado a Centros para Pacientes Crónicos; estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$), pudiéndose observar en la Tabla IV.92.

Tabla IV.92.- Nivel de conciencia de los pacientes ingresados en el S. Medicina Interna y su relación con los lugares de destino al de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado).

N.CONCIENCIA	Domicilio	Exitus	Otros s.	H.crónicos	TOTAL
Disminuido	12,33%	50,54%	6,67%	48,15%	17,42%
Normal	87,67%	47,46%	93,33%	51,85%	82,58%

N. conciencia: nivel de conciencia. Otros s.: otros servicios. H. crónicos: hospitales crónicos.

IV.4.5.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y ALTA

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la ausencia o no de la patología responsable del ingreso a la hora de ser dados de alta y el destino que recibieron en ese momento. La mayor

parte de las personas con ausencia de dicha enfermedad regresaba a su domicilio, y ninguno fue trasladado a Centros para Pacientes Crónicos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,0001$), (Tabla IV.93).

Tabla IV.93.- Porcentaje de pacientes con ausencia (sí) o presencia (no) de la patología responsable del ingreso de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” según el destino recibido en el momento de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado).

AUSENCIA E.A.	Domicilio	ExitusOtros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	31,35%	0%	2,22%	0% 25,3%
No	68,65%	100%	97,78%	100% 74,7%

Ausencia E.A.: ausencia de enfermedad al alta (Sí: ausencia. No: presencia). Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: hospitales crónicos.

IV.4.6.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y ALTA

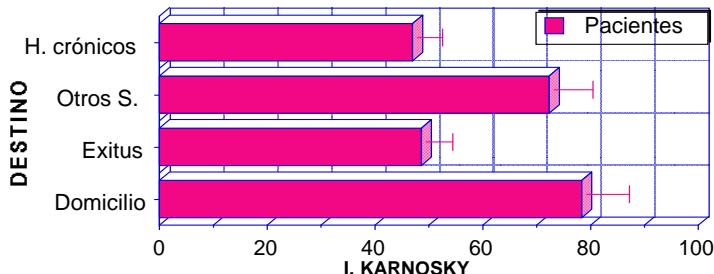
Se encontraron diferencias en cuanto al índice de Karnosky alcanzado por los pacientes en dependencia del destino asignado en el momento de abandonar el hospital. El índice de Karnosky más bajo fue el registrado por los pacientes que fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos ($48,60 \pm 16,32$), y el más elevado correspondió a las personas que regresaron a sus domicilios ($78,36 \pm 13,18$); estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$), viniendo reflejadas en la siguiente Tabla IV.94 y figura IV.22.

Tabla IV.94.- Índice de Karnosky alcanzado según los diferentes destinos recibidos por los pacientes al ser dados del alta en el S. de Medi. Interna “A”. (ANOVA).

ALTA	Media I. Karnosky	D.S.
Domicilio	78,36	13,18
Exitus	48,60	16,32
Otros S.	72,22	14,59
H. crónicos	47,03	12,65

D.S.: desviación estándar. Media I. Karnosky: media de índice de Karnosky. Otros S.: Otros Servicios. H. Crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Figura IV. 22.- Media de índice de Karnosky de los pacientes ingresados en el S. de Medicina Interna “A” según el destino en el momento en el que fueron dados de alta.



H.crónicos: hospitales para pacientes crónicos. Otros S.: Otros Servicios.

Al comparar los diferentes valores de índice de Karnosky alcanzados por los pacientes en función de sus destinos en el momento del alta hospitalaria, se encontraron algunas diferencias significativas que vienen reflejadas en la siguiente Tabla IV.95.

Tabla IV.95.- Diferencias significativas entre el índice de Karnosky alcanzado por los pacientes según el destino recibido en el momento de ser dados de alta. (p: significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

DESTINO ALTA	Diferencia de medias	p
Domicilio-Exitus	29,73	< 0,05
Domicilio-Otros S.	6,14	< 0,05
Domicilio-H. crónicos	31,29	< 0,05
Exitus-Otros S.	-23,62	< 0,05
Otros S.-H. crónicos	25,18	< 0,05

Otros S.: Otros Servicios. H. Crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

IV.4.7.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y ALTA

Mientras los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" algunos de los síntomas que desarrollaron se encontraban relacionados más frecuentemente con determinados destinos. Así, los pacientes que contrajeron infecciones nosocomiales durante su estancia hospitalaria, fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos, o bien fallecieron ($p=0,0001$). Lo mismo ocurrió con aquellas personas que presentaron trastornos de orden neurológico ($p=0,0001$), y con aquellas que sufrieron alteraciones del aparato circulatorio ($p=0,0001$). Por otra parte, los pacientes que sufrieron trastornos de tipo siquiátrico, o bien fallecieron, o bien fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos ($p= 0,0001$), al igual que sucedió con las personas

que presentaron alteraciones digestivas ($p=0,006$). Sin embargo los enfermos que desarrollaron alteraciones como las hemorragias o sangrados, alteraciones respiratorias, o renales, fallecieron con mayor frecuencia, o fueron trasladado a Otros Servicios (en las tres situaciones el nivel de significación fue de $p=0,0001$). Todos estos datos vienen reflejados en las tablas IV. 96 - IV.104; figura IV.23.

Tabla IV.96.- Nivel de significación (p): relación entre las alteraciones desarrolladas a lo largo del período de tiempo en el que los pacientes estuvieron hospitalizados, y el destino recibido en el momento de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística).

COMPLICACIONES	p
Infeción Nosocomial	0,0001
Alteraciones Psiquiátricas	0,0001
Alteraciones Neurológicas	0,0001
Alteraciones Locomotor	0,34
Alteraciones Digestivas	0,006
Alteraciones Circulatorias	0,0001
Hemorragias, sangrado	0,0001
Alteraciones Respiratorias	0,0001
Alteraciones Renales	0,0001

Tabla IV. 97.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron infecciones nosocomiales a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; $p=0,0001$).

INOSOC.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	10,85%	34,41%	17,78%	66,67%	15,63%
No	89,15%	65,59%	82,22%	33,33%	84,37%

I.Nosoc.: infección nosocomial. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Tabla IV.98.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones siquiatrásicas a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; $p=0,0001$).

ASQUI.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	11,44%	34,41%	11,11%	22,22%	14,32%
No	89,56%	65,59%	88,89%	7,78%	85,68%

A. siqui.: alteraciones siquiatrásicas. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.99.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones neurológicas a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; $p=0,0001$).

ANEUR.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	9,66%	23,66%	13,33%	29,63%	12,05%

No	90,34%	76,34%	86,67%	70,37%	87,95%
----	--------	--------	--------	--------	--------

A. Neur.: alteraciones neurológicas. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV. 100.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones digestivas a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,006).

ADIG.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	11,29%	24,73%	22,22%	22,22%	13,72%
No	88,71%	75,27%	77,78%	77,78%	86,28%

A.Dig.: alteraciones digestivas. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.101.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones circulatorias a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

A.CIRCUL.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	15,3%	30,11%	13,33%	44,44%	17,78%
No	84,7%	69,89%	86,67%	55,56%	82,22%

A.circul.: alteraciones circulatorias. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.102.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron hemorragias y sangrados a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

HEM,SANG.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	3,71%	21,51%	11,11%	7,41%	6,21%
No	96,29%	78,49%	88,89%	92,59%	93,79%

Hem., sang.: hemorragias y sangrados. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.103.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones respiratorias a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

ARESP.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	3,42%	31,18%	15,56%	14,81%	7,52%
No	96,58%	68,82%	84,44%	85,19%	92,48%

A.Resp.: alteraciones respiratorias. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

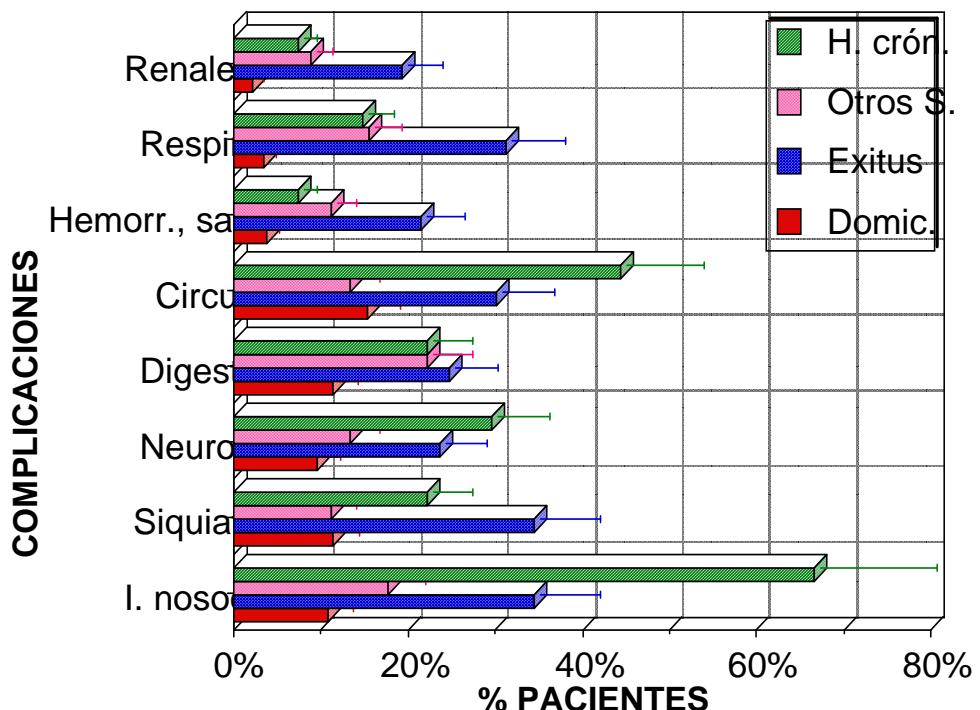
Tabla IV.104.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones renales a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

AREN.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	2,23%	19,35%	8,89%	7,41%	4,65%

No	97,77%	80,65%	91,11%	92,59%	95,35%
----	--------	--------	--------	--------	--------

A. ren.: alteraciones renales. Otros s. : otros servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Figura IV. 23.- Distribución del porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones a lo largo del período de tiempo en el que estuvieron hospitalizados y su relación con los destinos recibidos en el momento de ser dados de alta del S. de Medicina Interna "A".



H.crón.: hospitales para pacientes crónicos. Otros S.: otros servicios. Domic.: domicilio. Respir.: alteraciones del aparato respiratorio. Hemorr., sangr.: hemorragias o sangrados. Circul.: alteraciones del aparato circulatorio. Diges.: alteraciones del aparato digestivo. Neurol.: alteraciones neurológicas. Siquiatr.:alteraciones siquiátricas. I. Nosoc.: infecciones nosocomiales.

IV.4.8.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y ALTA

La Calidad diagnóstica global del informe de alta mostró diferencias a la hora de ser comparada con el destino que recibían los pacientes. Se observó una disminución de la calidad en aquellos pacientes que fallecieron, así como en los que fueron trasladados a Otros Servicios ($p=0,0001$), estos datos se pueden ver en la Tabla IV.105 .

Tabla IV.105.- Calidad diagnóstica global del informe de alta según los destinos de los pacientes. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

ALTA	Media calidad IA	D.S.
Domicilio	6,18	13,18
Exitus	5,09	16,32
Otros S.	5,77	14,59
H. crónicos	6,07	12,65

Otros S.: otros servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos. D.S.: desviación estándar. Media calidad IA: media de la Calidad diagnóstica global del informe de alta.

Al comparar las medias de Calidad diagnóstica global de los informes de alta entre los diferentes destinos recibidos por los pacientes cuando fueron dados de alta, se encontraron algunas diferencias significativas que vienen reflejadas en la siguiente Tabla IV.106.

Tabla IV.106.- Diferencias significativas resultado de comparar la Calidad diagnóstica global (media) del informe de alta entre los diferentes destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (p: significación estadística). (Prueba de Fisher. Análisis de la Varianza ; ANOVA).

ALTA	Diferencia de medias	p
Domicilio-Exitus	1,08	< 0,05
Domicilio-Otros S.	0,40	< 0,05
Exitus-Otros S.	-0,68	< 0,05
Otros S.-H. crónicos	-0,97	< 0,05

Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Con respecto a la existencia de informe de alta, se pudo observar que el mayor porcentaje de los IA no realizados correspondían a pacientes fallecidos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0001$). Ver Tabla IV.107.

En cuanto al empleo de los términos que valoran la calidad del informe de alta, algunos de estos fueron empleados en mayor medida según el destino que recibieron los pacientes. Así por ejemplo, la utilización de los términos “Probable” y “PCR” (parada cardiorrespiratoria) se asoció con mayor frecuencia a los exámenes; sin embargo el empleo de “pendiente de” se dio con mayor frecuencia en informes de alta de pacientes que regresaron a sus domicilios, o bien de los trasladados a Otros Servicios, estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas ($p=0,003$, $p=0,0001$ y $p=0,0001$ respectivamente) y vienen detalladas a continuación en las tablas IV.108 - IV.111.

Tabla IV.107.- Realización de informe de alta según el destino recibido por los pacientes

en el momento de ser dados de alta del S. de Med. Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado).

IA.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Existe	82,2%	9,39%	5,19%	3,21%	100%
No existe	27,59%	58,62%	10,34%	3,45%	100%
TOTAL	80,31%	11,1%	5,36%	3,22%	100%

IA: informe de alta. Domic.: domicilio. Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Tabla IV.108.- Nivel de significación (p): relación entre el empleo de los términos que valoran la calidad del IA en función de los destinos recibidos por los pacientes cuando fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística).

TERMINOS DEL I. A.	p
Possible	0,44
Probable	0,003
No se descarta	0,53
Los previos	0,39
Pendiente	0,0001
Abreviatura	0,75
Difícil selecc. CP	0,17
PCR	0,0001

IA: informe de alta. p= nivel de significación. PCR: parada cardiorrespiratoria. Difícil selecc. CP: difícil selección de la causa principal.

Tabla IV.109.- Porcentaje de utilización del término “probable” en el informe de alta según los diferentes destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,003).

PROB.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	3,46%	11,84%	9,52%	7,69%	4,7%
No	96,54%	88,16%	90,48%	92,31%	95,36%

PROB.: probable. Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Tabla IV.110.- Porcentaje de utilización del término “pendiente” en el informe de alta según los diferentes destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

PEND.	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	24,06%	1,32%	23,81%	7,69%	21,38%
No	75,94%	98,68%	76,19%	92,31%	78,62%

Pend. : pendiente. Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.111.- Porcentaje de utilización del término “PCR” en el informe de alta según los diferentes destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p=0,0001).

PCR	Domicilio	Exitus	Otros s.	H. crónicos	TOTAL
Sí	0,15%	5,38%	0%	0%	0,71%
No	98,66%	76,34%	93,33%	96,3%	95,82%
Sin hacer	1,19%	18,28%	6,67%	3,7%	3,46%

PCR: parada cardiorrespiratoria. Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

La Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes fallecidos fue significativamente menor que la de los no fallecidos (p=0,0001), (ver Tabla IV.112).

Tabla IV.112.- Diferencias en la Calidad diagnóstica global alcanzada por los informes de alta de los pacientes fallecidos y los no fallecidos.

EXITUS	Media calidad IA	DS
Sí	5,09	2,54
No	6,15	1,08

IA: informe de alta. DS: desviación estándar. Media calidad IA: media de la Calidad diagnóstica global del informe de alta.

La Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes fallecidos apenas mostró diferencias según el tiempo que hubiera transcurrido entre el ingreso y el fallecimiento de los pacientes (p=0,86). Ver Tabla IV.113.

Tabla IV.113.- Diferencia en la Calidad diagnóstica global del IA alcanzada por los pacientes fallecidos, según se produjera el fallecimiento dentro o tras las primeras 72 horas del ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”.

EXITUS	Media calidad IA	DS
< 3 días	5,03	2,64
> 3 días	5,12	2,51

IA: informe de alta. DS: desviación estándar. Media calidad IA: media de la Calidad diagnóstica global del informe de alta.

IV.4.9.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y ALTA

Los pacientes fallecidos, así como aquellos que fueron enviados a Hospitales para Pacientes Crónicos fueron los que poseían mayores índices diagnósticos. Estas diferencias fueron significativas estadísticamente (p=0,0001), viéndose reflejadas en la

siguiente Tabla IV.114.

Tabla IV.114.- Media de número de diagnósticos recibidos por los pacientes en función del destino recibido tras su estancia en el Servicio de Medicina Interna "A". (Análisis de la Varianza; ANOVA).

Destino	Media de D.F.	D.S.
Domicilio	3,26	1,74
Exitus	4,17	1,53
Otros servicios	3,46	1,7
H. Crónicos	4,11	1,67

D.S.: desviación estándar. Media N° DF: media del número de diagnósticos finales. H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos.

Al establecer comparaciones entre la media de diagnósticos recibidos por los pacientes y sus destinos, se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas. Por ejemplo, los pacientes que regresaron a sus domicilios presentaron menor número de diagnósticos que aquellos que fallecieron, pero más que los que fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos. Estas y otras diferencias vienen detalladas en la siguiente Tabla IV.115.

Tabla IV.115.- Comparación en la media de diagnósticos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (p: significación estadística).

DESTINO	Diferencia de índices diagnósticos	p
Domicilio- Exitus	0,90	< 0,05
Domicilio- Otros s.	-0,20	N.S.
Domicilio- H. crónicos	-0,84	< 0,05
Exitus- Otros s.	0,70	< 0,05
Exitus- H. crónicos	0,06	N.S.
Otros s.- H. crónicos	-0,64	N.S.

H. crónicos: Hospitales para Pacientes Crónicos. Otros s.: Otros Servicios. N.S.: No significativo.

Los informes de alta de los pacientes fallecidos presentaron más diagnósticos finales que los de los no fallecidos, siendo esta diferencia significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.116).

Tabla IV.116.- Diferencia en el número de diagnósticos finales entre los informes de alta de los pacientes fallecidos y los no fallecidos. (t-Test para datos no apareados).

EXITUS	Media N° DF	D.S.
--------	-------------	------

Sí éxitus	3,48	1,71
No éxitus	3,32	1,77

Nº DF: número de diagnósticos finales. D.S.: desviación estándar.

Los pacientes que habían fallecido en las primeras 72 horas de haber realizado su ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A” presentaron menor número de diagnósticos finales que aquellos que fallecieron posteriormente, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,24$), y se puede observar en la Tabla IV.117.

Tabla IV.117.- Diferencia de número de diagnósticos finales (media) entre los informes de alta de los pacientes fallecidos según se produjera el fallecimiento dentro o fuera de las primeras 72 horas del ingreso en el S. de M. Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

EXCUS	Media Nº DF	D.S.
< 3 días	3,9	1,53
> 3 días	4,30	1,53

Media de DF: media del número de diagnósticos finales. D.S.: desviación estándar.

IV.4.10.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y ALTA

Determinados diagnósticos finales estuvieron relacionados con los destinos que recibieron los pacientes cuando fueron dados de alta. Aquellos pacientes diagnosticados de “Tumores”, o de “Enfermedades de la sangre” sufrieron con mayor frecuencia trasladados a Otros Servicios ($p=0,0001$, $p=0,01$); por otra parte, el destino de los pacientes diagnosticados de “Trastornos mentales” o de patologías referentes al “Sistema Nervioso y Sentidos” fue más frecuentemente los Hospitales para Pacientes Crónicos, siendo también esta diferencia significativa ($p=0,0001$ y $p=0,005$ respectivamente). Así mismo las personas que fallecieron más frecuentemente, fueron las diagnosticadas de “Enfermedades del Aparato Circulatorio” y “Respiratorio” ($p=0,02$ y $p=0,04$ respectivamente). Los pacientes diagnosticados de “Enfermedades del Aparato Genitourinario” fueron sobre todo trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos, o bien fallecieron ($p=0,001$). Aquellas personas con “Enfermedades de la Piel o del Tejido Celular Subcutáneo” fueron trasladadas a sus domicilios, y en segundo lugar a Centros para Pacientes Crónicos, siendo estas diferencias significativas estadísticamente ($p=0,0001$), (ver tablas IV.118 - V.126; figura IV.24).

Tabla IV.118.- Nivel de significación (p): relación entre diagnósticos finales siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en función de los destinos recibidos por los pacientes cuando fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado). (p : significación estadística).

I.- E. INFECCIOSAS	0,18
II.- TUMORES	0,0001
III.- E. ENDOCRINAS	0,01
IV.- E. SANGRE	0,01
V.- T. MENTALES	0,0001
VI.- SN Y SENTIDOS	0,005
VII.- E. APARATO CIRCULATORIO	0,02
VIII.- E. APARATO RESPIRATORIO	0,04
IX.- E. APARATO DIGESTIVO	0,95
X.- E. APARATO GENITOURINARIO	0,001
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,0001
XIII.- E. M. ESQUELETICO	0,27
XVI.- SINTOMAS MAL DEFINIDOS	0,09
XVII.- TRAUMATISMOS, ENVEN.	0,25

E : enfermedades. T.: trastornos. SN Y SENTIDOS: enfermedades del Sistema Nervioso y de los sentidos. TCSC: tejido celular subcutáneo. E. M. ESQUELETICO: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo. TRAUMATISMOS, ENVEN.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.119.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TUMOR” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p= 0,0001).

TUMOR	Domicilio	Exitus	Otros S.H.crónicos	TOT.
Sí	5,05%	16,13%	24,44%	14,81% 7,64%
No	94,95%	83,87%	75,56%	85,19% 92,36%

TOT.: total de pacientes. Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.120.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DE LA SANGRE” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística; p= 0,01).

HEMATOL	Domicilio	Exitus	Otros S.	H.crónicos	TOT.
Sí	6,54%	1,08%	15,56%	3,7% 6,32%	
No	93,46%	98,92%	84,44%	96,3% 93,68%	

Hematol.: Enfermedades hematológicas. TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.121.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TRASTORNOS MENTALES” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística ; p= 0,0001).

T.MENTALES	Domicilio	Exitus	Otros S.H.crónicos	TOT.
Sí	12,93%	25,81%	11,11%	55,56% 15,63%

No	87,07%	74,19%	88,89%	44,44%	84,37%
----	--------	--------	--------	--------	--------

T.MENTALES: Trastornos mentales. TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.122.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS SENTIDOS” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística; p= 0,005).

S.N.	Domicilio	Exitus	Otros S.	H.crónicos	TOTAL
Sí	12,04%	10,75%	6,67%	33,33%	12,29%
No	87,96%	89,25%	93,33%	66,67%	87,71%

S.N.: Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Sentidos. TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.123.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística; p= 0,02).

CIRCUL.	Domicilio	Exitus	Otros S.	H.crónicos	TOTAL
Sí	67,76%	82,8%	62,22%	66,67%	69,09%
No	32,24%	17,2%	37,78%	33,33%	30,91%

CIRC: Enfermedades del aparato circulatorio. TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.124.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”. (Prueba de Chi cuadrado) ((p: significación estadística; p= 0,04).

RESPIR.	Domicilio	Exitus	Otros S .	H.crónicos	TOT.
Sí	35,66%	50,54%	33,33%	33,33%	37,11%
No	64,34%	49,46%	66,67%	66,67%	62,89%

RESPIR.: Enfermedades del aparato respiratorio.TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.125.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta

del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística; p= 0,001).

GENIT-URIN.	Domicilio	Exitus	Otros S.	H.crónicos	TOT.
Sí	20,06%	33,33%	24,44%	44,44%	22,55%
No	79,94%	66,67%	75,56%	55,56%	77,45%

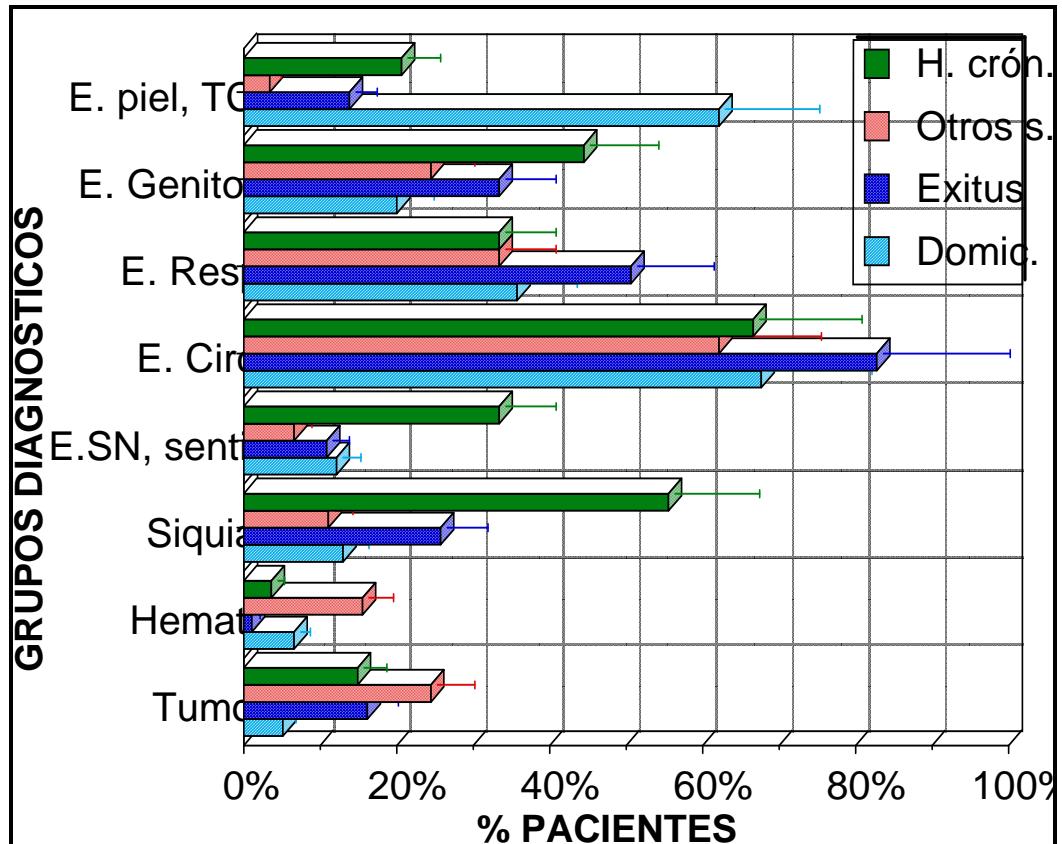
GENIT-URIN.: Enfermedades del aparato genitourinario.TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Tabla IV.126.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO” según el lugar de destino asignado al ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” . (Prueba de Chi cuadrado). (p: significación estadística; p= 0,0001).

DERMA	Domicilio	Exitus	Otros S.	H.crónicos	TOT.
Sí	62,07%	13,79%	3,45%	20,69%	100%
No	80,96%	11%	5,44%	2,6%	100%

DERMA: Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. TOT.: total de pacientes.Otros s.: Otros Servicios. H. crónicos: Hospitales para pacientes Crónicos.

Figura IV. 24.- Porcentaje de pacientes con sus diagnósticos finales siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en función de los destinos recibidos cuando fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A” .



E.PIEL, TCSC: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. SN,SENT.: enfermedades del sistema nervioso y sentidos, SIQUIATR.: Trastornos mentales. HEMATO.: enfermedades de la sangre. TUMOR.: tumores.

IV.5.-ESTANCIA

IV.5.1.- FRECUENCIA DE DISTRIBUCIÓN POR MESES Y ESTANCIA

Los pacientes que ingresaron durante los meses de Julio y Junio permanecieron en el Servicio de Medicina Interna “A” mayores estancias. Aquellos que efectuaron su ingreso durante el mes de noviembre registraron la menores estancias. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.127 y figura IV.25).

Tabla IV.127.- Comparación de las estancias (media de días de estancia) generadas por los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del mes en el que realizaron sus ingresos. (Análisis de la Varianza ; ANOVA. Prueba de Kruskal-Wallis).

MES INGRESO	Media días estancia	DS
Enero	15,54	11,45
Febrero	13,36	9,12
Marzo	15,34	13,22
Abril	14,17	18,43
Mayo	14,17	18,43
Junio	19,14	12,78
Julio	19,81	15,43
Agosto	16,33	18,26
Setiembre	11,96	7,28
Octubre	14,84	14,26
Noviembre	11,90	7,81
Diciembre	14,20	11,00

Las mayores diferencias se obtuvieron al comparar las estancias existentes entre el mes de mayo y el de noviembre. También se obtuvieron otras diferencias estadísticamente significativas que vienen señaladas en la siguiente Tabla IV.128.

Tabla IV.128.- Diferencias SIGNIFICATIVAS resultado de comparar las estancias (media de días de estancia) generadas por los pacientes entre los diferentes meses del año en los que tuvieron lugar sus ingresos en el S. M. Interna “A”. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Meses ingreso	Diferencia de media días estancia	p
Enero- Mayo	-8,67	< 0,05
Febrero- Mayo	-10,85	< 0,05
Febrero- Junio	-5,77	< 0,05
Febrero- Julio	-6,4	< 0,05
Marzo- Mayo	-8,8	< 0,05
Abril- Mayo	-10,04	< 0,05
Abril- Julio	-5,6	< 0,05
Mayo- Agosto	7,88	< 0,05
Mayo- Setiembre	12,25	< 0,05
Mayo- Octubre	9,37	< 0,05
Mayo- Noviembre	12,31	< 0,05
Mayo- Diciembre	10,01	< 0,05
Junio- Setiembre	7,17	< 0,05
Junio- Noviembre	7,23	< 0,05
Julio- Setiembre	4,53	< 0,05
Julio- Octubre	4,97	< 0,05
Julio- Noviembre	7,91	< 0,05

Julio- Diciembre	5,61	< 0,05
Agosto- Setiembre	4,37	< 0,05
Agosto- Noviembre	4,43	< 0,05

Al tener en cuenta el mes en el que los pacientes fueron dados de alta, se encontró que aquellos dados de alta a lo largo de los meses de Junio y Julio fueron los que mayores estancias ocasionaron, siendo la media de estancia más baja, la registrada en el mes de noviembre. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.129).

Al comparar las diferencia de media de días de estancia se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, (ver Tabla IV.130, en la que se tabulan sólo los resultados significativos).

Tabla IV.129.- Comparación de media de días de estancia que permanecieron los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de cuando tuviera lugar el alta hospitalaria. (Análisis de la Varianza ; ANOVA. Prueba de Kruskal- Wallis).

Mes ALTA	Media días estancia	DS
Enero	14,44	8,78
Febrero	15,43	18,54
Marzo	14,13	9,78
Abril	13,09	9,75
Mayo	14,19	10,53
Junio	25,26	17,36
Julio	22,72	16,79
Agosto	18,11	19,20
Setiembre	15,11	12,21
Octubre	13,57	11,38
Noviembre	12,27	10,32
Diciembre	13,81	12,22

D.S.: desviación estándar.

Tabla IV.130.- Diferencias significativas resultado de comparar las medias de días de estancia que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de cuando tuviera lugar el alta hospitalaria. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

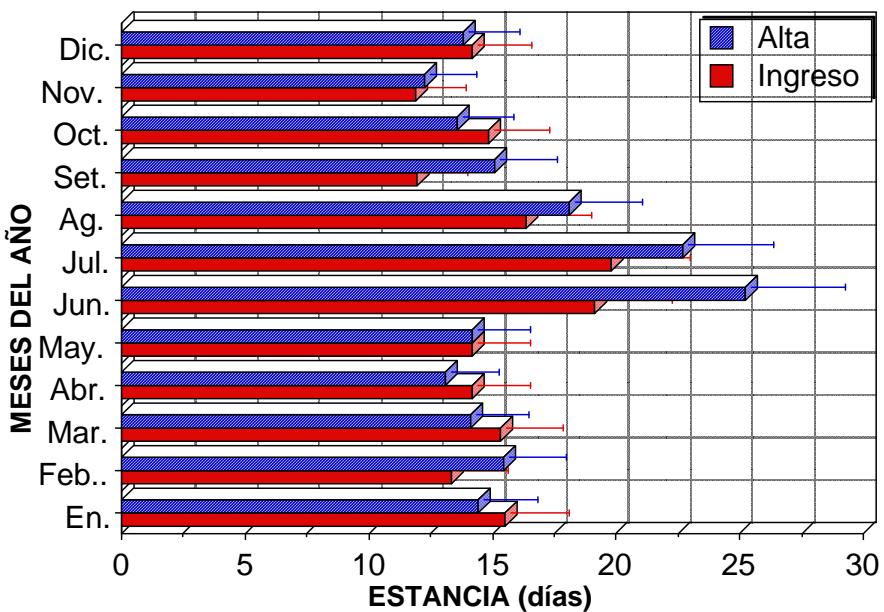
Mes ALTA	Diferencia de media días estancia	p
Enero- Junio	-10,81	< 0,05
Enero-Julio	-8,27	< 0,05
Febrero-Junio	-9,83	< 0,05
Febrero-Julio	-7,29	< 0,05

Marzo-Junio	-11,12	< 0,05
Marzo-Julio	-8,59	< 0,05
Abril-Junio	-12,16	< 0,05
Abril-Julio	-9,36	< 0,05
Abril- Agosto	-5,02	< 0,05
Mayo-Junio	-11,07	< 0,05
Mayo-Julio	-8,53	< 0,05
Junio-Agosto	7,14	< 0,05
Junio-Setiembre	10,15	< 0,05
Junio-Octubre	11,69	< 0,05

Tabla IV.130.- (CONTINUACIÓN). Diferencias significativas resultado de comparar las medias de días de estancia que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de cuando tuviera lugar el alta hospitalaria. (Análisis de la Varianza ; ANOVA).

Mes ALTA	Diferencia de media días estancia	p
Junio-Noviembre	12,98	< 0,05
Junio-Diciembre	11,45	< 0,05
Julio-Setiembre	7,61	< 0,05
Julio-Octubre	9,15	< 0,05
Julio-Noviembre	10,44	< 0,05
Julio-Diciembre	8,91	< 0,05
Agosto-Noviembre	5,83	< 0,05

Figura IV. 25.- Media de días de estancia de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” según mes de ingreso y alta.



IV.5.2.- MULTINGRESO Y ESTANCIA

Los pacientes que habían realizado previamente ingresos en alguna ocasión permanecieron igual número de días en el Servicio de Medicina Interna "A" que aquellos que no habían sido ingresados nunca ($p=0,60$), (ver Tabla IV.131).

Tabla IV.131.- Media de estancia (medida en días) que los pacientes permanecieron en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que hubieran o no realizado previamente algún ingreso. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Ingreso previo	Media de estancia (días)	D.S.
Sí	15,46	13,04
No	15,34	13,73

D.S.: desviación estándar.

IV.5.3.- ENFERMEDAD CAUSA "BÁSICA" DE MUERTE Y ESTANCIA

Algunas causas responsables del fallecimiento se asociaron a mayores estancias que otras, y así por ejemplo se observó que los pacientes cuya causa de fallecimiento fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica permanecieron más días ingresados que si hubieran fallecido por otras causas, como por ejemplo por isquemia mesentérica, (entidad

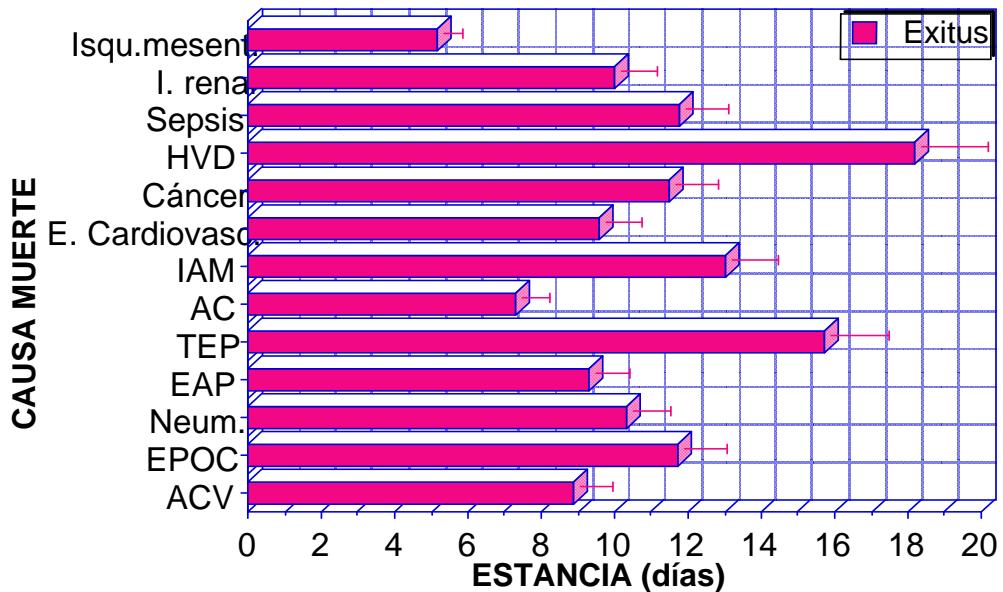
responsable de fallecimiento con menores estancias). Estas y otras diferencias fueron estadísticamente significativas y se muestran en la siguiente Tabla IV.132 y figura IV.26.

Tabla IV.132 .- Media de estancia (valorada en días) generadas por los pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna “A” según la causa “básica “de muerte. (p: nivel de significación). (U de Mann-Whitney).

C. Muerte	SI		NO		p
	Media días	D.S.	Media días	D.S.	
ACV	8,88	9,76	15,47	13,40	0,04
EPOC	11,73	13,37	15,47	13,38	0,04
Neumonía	10,33	7,08	15,46	13,43	0,89
EAP	9,29	9,08	15,53	13,43	0,05
Tromb. pulm.	15,71	12,59	15,40	13,39	0,40
Arritmia card.	7,30	7,16	15,53	13,42	0,003
Infarto mioc.	13	7,87	15,53	13,42	0,98
E. Cardiovasc.	9,58	9,44	15,71	13,49	0,001
Cáncer	11,5	9,50	15,44	13,41	0,41
Hemorragia dig.	18,2	11,60	15,38	13,4	0,47
Sepsis	11,77	9,60	15,50	13,46	0,12
I. renal	10	9,74	15,43	13,40	0,26
Isquemia mesent.	5,16	5,45	15,47	13,39	0,07

n= número de pacientes. ACV: accidente cerebral vascular. EAP: edema agudo de pulmón. Tromb. pulm.: tromboembolismo pulmonar. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Infarto mioc.: infarto de miocardio. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. Hemorragia dig.: hemorragia digestiva. I. renal : insuficiencia renal. Isquemia mesent.: isquemia mesentérica.

Figura IV. 26.- Estancias (media de días) de los pacientes fallecidos durante el tiempo que permanecieron ingresados, en función de las causas que originaron los fallecimientos.



Isquemia mesen.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiovasc.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neum.: neumonía.

IV.5.4.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITU Y ESTANCIA

Los pacientes que presentaron alguna enfermedad asociada a la que desencadenó sus muertes, permanecieron más días ingresados que aquellos que no presentaron ninguna enfermedad asociada a su fallecimiento ($p=0,001$). Ver Tabla IV.133.

Tabla IV.133.- Media de estancia (valorada en días) que los pacientes fallecidos permanecieron ingresados en función de que presentaran o no enfermedades asociadas a la patología responsable de los éxitus. (U de Mann-Whitney).

Enf. asociadas	Media días	D.S.
Sí	11,45	10,57
No	15,83	13,59

Enf. asociadas: enfermedades asociadas. D.S.: desviación estándar.

IV.5.5.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y ESTANCIA

De los antecedentes con los que contaban los pacientes, únicamente la colelitiasis mostró, con diferencias significativas, prolongar la estancia ($p=0,02$). Aunque existieron diferencias en cuanto a la duración de la estancia en el resto de los antecedentes, no se

evidenció de que existiera una relación significativa entre ambos hechos. (Tabla IV.134).

Tabla IV.134.- Media de días de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según la existencia o no de antecedentes patológicos. (p: nivel de significación). (U de Mann-Whitney).

C. morboso	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	17,08	17,29	20,0	12,14	0,09
E. Cardiovasc.	15,90	15,15	13,82	13,16	0,26
I.cardíaca	14,81	10,26	15,46	13,67	0,78
Arritmia card.	17,49	15,25	17,63	13,03	0,99
Cardiopatía isqu.	13,92	15,52	10,21	13,60	0,51
HTA	16,16	14,99	13,86	13,11	0,16
Diabetes	16,69	15,13	14,03	13,24	0,28
TBC	15,17	15,41	12,25	13,46	0,82
Colelitiasis	17,36	15,20	12,63	13,45	0,02
E. Reumatol.	14,88	15,54	13,54	13,35	0,45
C. de alcohol	17,29	16,91	15,18	12,90	0,35
C. de tabaco	15,75	15,17	15,24	12,01	0,88
Cáncer	16,27	15,29	13,74	13,34	0,50
P.Hipersecr.	19,93	15,06	20,30	12,67	0,17
Hepatopatía	17,80	14,23	15,22	12,49	0,30
Demencia	15,28	15,41	11,26	13,56	0,84

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TBC=tuberculosis. HTA= hipertensión arterial.

C.: consumo. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I. cardíaca: insuficiencia cardíaca.

Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardipatía isqu.: cardiopatía isquémica. P. Hipersecr.: patología hipersecretora.

IV.5.6.- NIVEL DE CONCIENCIA Y ESTANCIA

Los pacientes que presentaron un nivel de conciencia disminuido en el momento de ser ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, permanecieron durante menor período de tiempo en el hospital que aquellos cuyo nivel de conciencia fue normal, siendo esta diferencia significativa ($p=0,05$),(ver Tabla IV.135).

Tabla IV.135.- Media de estancia (valorada en días) que permanecieron los pacientes ingresados en el S. M. Interna “A” en relación con el nivel de conciencia que presentaron en el momento de su ingreso. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

N.conciencia	Media de días de estancia	D.S.
Disminuído	13,53	10,89
Normal	15,79	13,83

D.S.: desviación estándar.

IV.5.7.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y ESTANCIA.

Los pacientes que en el momento del alta hospitalaria presentaron una ausencia de la enfermedad que les ocasionó el ingreso permanecieron menos tiempo ingresados que los pacientes que aún padecían la entidad responsable del ingreso, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,22$), (ver Tabla IV.136).

Tabla IV.136.- Media de días de estancia que permanecieron ingresados los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A”, en función de la ausencia o no de la enfermedad responsable del ingreso en el momento en el que fueron dados de alta . (t-Test para datos no apareados).

Ausencia enf.	Media de días	D.S.
Ausencia	13,83	9,60
No ausencia	15,93	14,41

D.S.: desviación estándar. Ausencia enf.: ausencia de la enfermedad responsable del ingreso en el momento del alta.

IV.5.8.- INDICE DE KARNOSKY Y ESTANCIA

Se seleccionó un índice de Karnosky de 70 como punto de corte a partir del cual los pacientes comenzaban a presentar una pérdida de su independencia (“incapacidad para la actividad normal pero puede ocuparse de sí mismo”). Los pacientes que poseían índices de Karnosky menores de 70, permanecieron ingresados durante mayor período de tiempo que aquellas personas con cifras de Karnosky superiores o iguales. Estas diferencias fueron muy significativas ($p= 0,002$), (ver Tabla IV.137).

Tabla IV.137.- Media de días de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de su índice de Karnosky. (t-Test para datos no apareados).

I KARNOSKY	Media días estancia	D.S.
<70	17,92	18,06
=70	14,59	11,38

D.S.: desviación estándar. I. Karnosky: índice de Karnosky.

Estudiando la correlación entre ambos parámetros se obtuvo una coeficiente de $r^2=0,015$, resultando esta relación muy significativa estadísticamente ($p=0,0004$).

IV.5.9.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y ESTANCIA

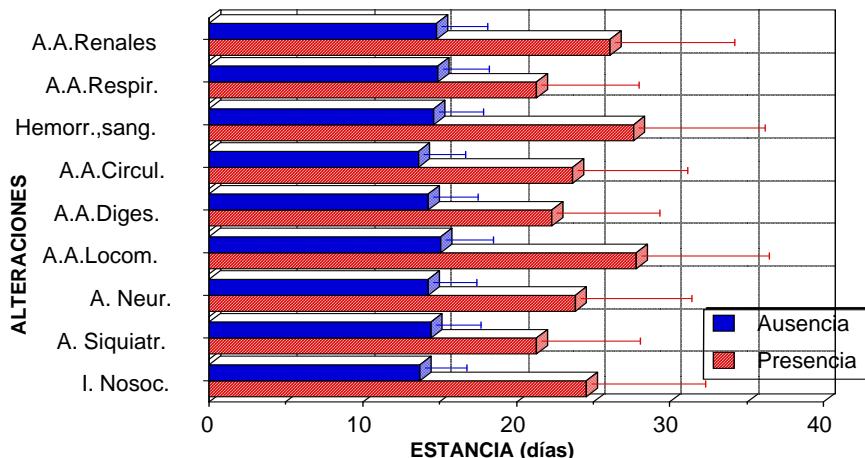
El período de tiempo que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” fue mayor en el caso de que estos desarrollaran alteraciones a lo largo de dicha estancia. Estas diferencias fueron muy significativas en todas las alteraciones consideradas, como se puede observar en la Tabla IV.138 y figura IV.27.

Tabla IV.138.- Media de estancia (valorada en días) en función de que surgieran o no alteraciones durante el período de hospitalización de los pacientes. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Complicación	SI		NO		p
	Media días	D.S.	Media días	D.S.	
Infección Nosoc.	24,58	20,74	13,70	10,70	0,0001
A. Psiquiátricas	21,34	17,98	14,41	12,91	0,0001
A. Neurológ.	23,87	20,37	14,24	11,67	0,0001
A. A. Locomotor	27,8	17,69	15,10	13,13	0,0004
A. Digestivas	22,28	17,12	14,31	12,35	0,0001
A. A. Circulat.	23,69	20,31	13,61	10,54	0,0001
Hemorragias, sang.	27,59	27,24	14,59	11,50	0,0001
A. Respir.	21,28	16,06	14,92	13,04	0,0003
A. Renales	26,07	25,92	14,84	12,25	0,006

A: alteraciones. Infección Nosoc.: infecciones nosocomiales. A. Neurológ.: alteraciones neurológicas. A. A. Circulat. : alteraciones del aparato circulatorio. Hemorragias, sang. : hemorragias y sangrados. A. Respir.: alteraciones respiratorias.

Figura IV. 27.- Media de días de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de que surgieran o no alteraciones durante su evolución.



A.A. Renales: alteraciones renales. A.A. Respir. : alteraciones del aparato respiratorio. Hemor., sangr.: hemorragias, sangrados. A.A.Circul.: alteraciones del aparato circulatorio. A. A.Dig: alteraciones del aparato digestivo. A. A.Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neur.: alteraciones neurológicas. A. Siquiatr.: alteraciones psiquiátricas. I. Nosoc. : infecciones nosocomiales.

IV.5.10.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y ESTANCIA

La media de estancia de los pacientes que no poseían informe de alta fue menor que la de los pacientes que sí lo poseían, sin embargo esta diferencia no fue significativa ($p=0,06$), (ver Tabla IV.139).

Tabla IV.139.- Media de días de estancia que permanecieron los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de que se les hubiera realizado o no informe de alta. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Informe alta	Media estancia (días)	D.S.
Existe	15,53	13,43
No existe	11,82	11,49

D.S.: desviación estándar.

La aparición de algunos de los términos utilizados para evaluar la calidad del informe de alta y la media de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en algunas ocasiones estuvieron relacionadas, y así por ejemplo, los pacientes en cuyos informes se empleó el término “ posible” mostraron mayores estancias, siendo tal diferencia significativa ($p=0,008$), como se puede ver en la Tabla IV.140.

Tabla IV.140.- Media de días de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en

el Servicio de Medicina Interna “A” en relación con la utilización de términos que evalúan la calidad del informe de alta. (p: nivel de significación).(t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

UTILIZACION	Media de estancia(días)		D.S.		p
	Sí	No	Sí	No	
Possible	18,70	15,25	13,30	13,42	0,008
Probable	18,26	15,39	20,00	13,03	0,32
No se descarta	10,66	15,61	10,07	13,44	0,51
Los previos	10,64	15,61	10,81	13,46	0,01
Pendiente	16,24	15,34	12,61	13,65	0,12
Abreviaturas	14,99	15,80	12,05	14,09	0,72
Difícil selecc. c.p.	19,00	15,33	16,84	13,20	0,22
PCR	10,33	15,39	10,01	12,29	0,12

D.S.: desviación estándar. Difícil selecc.C.P.: difícil selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

IV.5.11.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y ESTANCIA

Los pacientes que permanecieron mayor número de días ingresados poseían un mayor número de diagnósticos finales en sus informes de alta, siendo estas diferencias significativas ($p= 0,0001$), (ver Tabla IV.141).

Tabla IV. 141.- Número de diagnósticos finales que aparecieron en los Informes de Alta en función de la media de estancia que los pacientes permanecieron ingresados. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

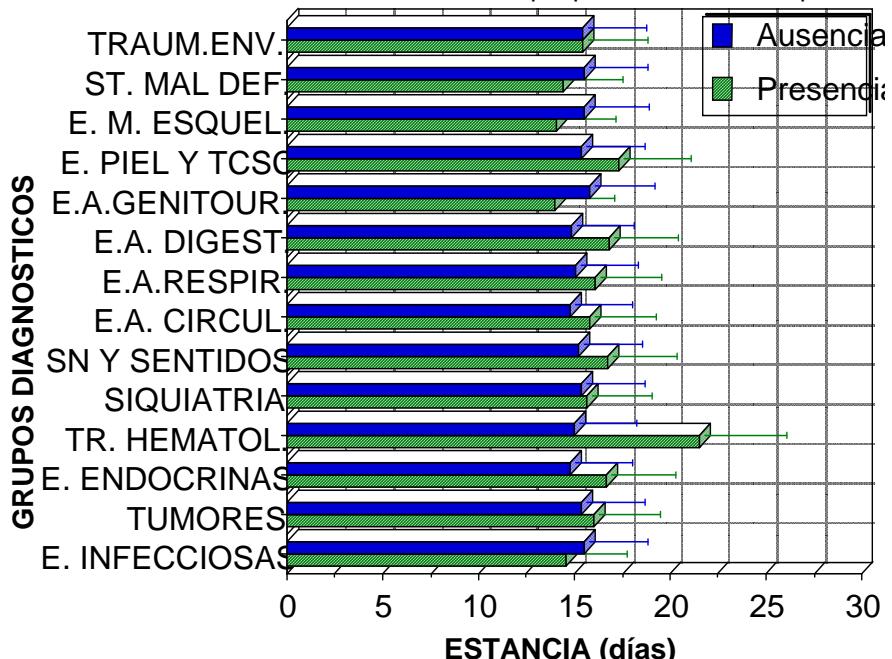
ESTANCIA	NºDF	D.S.
<10 días	2,96	1,58
= 10días	3,65	1,78

D.S.: desviación estándar. NºDF: número de diagnósticos finales.

IV.5.12.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y ESTANCIA

Determinados diagnósticos finales se asociaron a diferentes estancias en el hospital. En algunos casos, la media de estancia se prolongaba en función de este diagnóstico; fue el ejemplo de las “Enfermedades de la sangre” ($p=0,0004$) y “Enfermedades del Aparato Digestivo” ($p= 0,002$). En otros, sin embargo, se redujo considerablemente, siendo este el caso de los tumores ORL ($p=0,05$). Estas diferencias fueron significativas y se muestran en la siguiente Tabla IV.142 y figura IV.28.

Figura IV. 28.- Diagnósticos de los pacientes ingresados en el S. de Medicina Interna "A", y su relación con la diferente media de estancia que permanecieron hospitalizados.



E.: enfermedades. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. E.PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. A.GENITOUR.:enfermedades del aparato genitourinario. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. SN Y SENTIDOS: Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos. SIQUIATRIA: Trastornos mentales. TR. HEMATOL.: Enfermedades de la sangre.

Tabla IV.142.- Diagnósticos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A", y su relación con la diferente media de estancia que permanecieron hospitalizados. (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Diagnóstico	SI		NO		p
	Media estancia	D.S.	Media estancia	D.S.	
I.- E. INFECCIOSAS	14,57	12,57	15,48	13,47	0,43
TBC	16,01	14,72	15,36	13,29	0,77
II.- TUMORES	16	10,97	15,36	13,54	0,30
T. Respiratorios	14,54	8,41	15,41	13,44	0,56
T. ORL	5,33	5,13	15,44	13,39	0,05
T. Digestivos	14,68	7,49	15,41	13,47	0,54
T. Genitourinarios	16,88	14,40	15,37	13,37	0,91
T. sangre	14,8	6,30	15,40	13,41	0,60
III.- E. ENDOCRINAS	16,66	14,06	14,81	13,02	0,15
Patología tiroidea	20,93	15,99	15,29	13,31	0,14
Diabetes	16,71	13,78	15,08	13,28	0,21
IV.- E. SANGRE	21,51	19,40	15,00	12,81	0,0004
V.- T. MENTALES	15,66	11,98	15,36	13,62	0,68
Demencia	15,01	10,73	15,45	1,66	0,77
Depresión	11,69	6,56	15,46	1,46	0,31
VI.- SN Y SENTIDOS	16,75	14,8	15,22	13,18	0,12
VII.- E. A. CIRCUL.	15,82	14,48	14,77	11,52	0,51
Enf. HTA	16,15	14,09	14,96	12,94	0,21
HTA	13,65	12,93	15,61	14,00	0,19
Enf. cardiaca HT	17	16,10	15,33	13,26	0,47
Enf. renal HT	19	13,3	15,4	13,39	0,78
Enf. cardiorrenal	7,6	5,03	15,45	13,40	0,19
HTA secundaria	22,63	18,68	15,30	13,29	0,07
JAM	19	11,04	15,49	14,81	0,41
JAM, isquemia	14,89	10,35	15,48	13,81	0,65
Insuficiencia card.	15,35	12,41	15,41	13,62	0,91
Arritmia	17,61	16,56	14,92	12,54	0,06
FA	16,46	13,13	15,20	13,43	0,32
V. Mitral	20	13,94	15,25	13,34	0,06
V. aórtica	21,04	14,61	15,25	13,31	0,05
Valvulopatía	17,35	11,90	15,26	13,48	0,47
ACV	15,54	12,94	15,37	13,49	0,63
VIII.- E. A. RESPIR.	16,07	14,95	15,04	12,47	0,22
VRA	12,45	9,62	15,51	13,50	0,15
Neumonía	15,90	10,69	15,35	13,26	0,26
EPOC	16,29	14,36	14,45	12,22	0,37
EPOC, asma. BC	16,82	17,02	15,01	12,17	0,17
IX.- E. A. DIGEST.	16,78	13,11	14,87	13,46	0,002
Patología hipersecr.	15,36	9,12	15,40	13,74	0,15
Isquemia intestinal	10,81	10,38	11,12	10,02	0,25
Patología hepática	20,67	21,36	15,14	12,82	0,07
X.- E. A. GENITOUR.	14,01	11,25	15,78	13,43	0,10
S. Nefrótico	10,44	6,63	15,45	13,43	0,20
Insuficiencia renal	13,89	10,72	15,55	13,61	0,35
Litiásis	9,5	4,06	15,47	13,44	0,14
XII.- E. PIEL Y TCSC	17,34	14,11	15,34	13,36	0,48
XIII.- E. M. ESQUEL.	14,06	10,17	15,51	13,62	0,52

XVI.- ST. MAL DEF.	14,40	9,57	15,48	13,65	0,82
XVII.- TRAUM.ENV.	15,46	12,66	15,4	12,41	0,79

D.S.: desviación estándar. E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC, asma, BC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IAM: infarto agudo de miocardio. E. A.GENITOUR.:enfermedades del aparato genitourinario. E.PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos.

IV.6.-INGRESO PREVIO

IV.6.1.- ÉXITUS E INGRESO PREVIO

Los pacientes fallecidos poseían una media de ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario levemente inferior a la de los pacientes no fallecidos, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,55$), (ver Tabla IV.143).

Tabla IV.143 .- Media de ingresos previos que habían realizado los pacientes fallecidos y no fallecidos en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

EXITUS	Media ingr. previos	D.S.
Sí	2,61	1,82
No	2,81	2,34

D.S.: desviación estándar. Media ingr. previos: media de ingresos previos. Exitus: (Sí: pacientes fallecidos). (No: pacientes no fallecidos).

Así mismo, no hubo diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pacientes que murieron en el transcurso de la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” y la existencia o no de ingresos previos ($p=0,07$), (ver Tabla IV.144).

Tabla IV.144.- Porcentaje de pacientes fallecidos y no en el Servicio de Medicina Interna “A”, y su relación con la existencia o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado).

EXITUS	Ingr. previos		TOTAL
	SI	NO	
Sí	55(13,03%)	38(9,13%)	11,1%
No	367(86,97%)	378(90,87%)	88,9%
TOTAL	100%	100%	100%

Ingr. previos: ingresos previos. Entre paréntesis, porcentajes. Exitus: (Sí: pacientes fallecidos). (No: pacientes no fallecidos).

Tabla IV.147.- Largo de tiempo transcurrido (medido en semanas) desde el último ingreso realizado por los pacientes y su relación con la mortalidad en el S. de Medicina Interna "A".

EXITUS	Media ingr. previos (semanas)	DS
Exitus	60,39	69,50
No éxitus	52,92	60,15

Media ingr. previos: media de ingresos previos (medida en semanas). DS: desviación estándar.

Dichos éxitus contaban con antecedentes de ingresos previos más antiguos que aquellos pacientes no fallecidos, sin embargo estas diferencias tampoco fueron significativas ($p=0,40$), (ver Tabla IV.145).

De estos pacientes fallecidos, la mayoría de los que murieron durante las 72 horas tras su ingreso no habían realizado ningún ingreso previo en el Hospital Clínico Universitario. Por otra parte, de entre los que murieron más allá de este período de tiempo, sí que existió un mayor porcentaje de pacientes que ya había realizado algún ingreso previo, pero estas diferencias no resultaron significativas ($p=0,43$), (ver Tabla IV.146).

Tabla IV.146.- Porcentaje de pacientes fallecidos durante y posteriormente a las primeras 72 horas del ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A", en función de haber o no realizado ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario. (Prueba de Chi cuadrado).

EXITUS	Ingresos previos		TOTAL
	SI	NO	
< 3 días	16(29,09%)	14(36,84%)	32,36%
>3 días	39(70,91%)	24(63,16%)	67,74%

Ingr. previos: ingresos previos. Entre paréntesis, porcentajes.

La media de ingresos previos realizados por los pacientes que habían fallecido durante las 72 primeras horas tras el ingreso hospitalario fue ligeramente menor de la aquellos que fallecieron posteriormente, sin embargo, tampoco estas diferencias fueron significativas ($p=0,53$), (ver Tabla IV.147).

Tabla IV.147.- Comparación entre la media de ingresos previos realizados por los pacientes fallecidos durante y posteriormente a las primeras 72 horas de haber realizado el ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A".

EXITUS	Media ingr. previos	D.S.
< 3 días	2,37	2,12
>3 días	2,71	1,70

D.S.: desviación estándar. Media ingr. previos: media de ingresos previos.

IV.6.2.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE E INGRESO PREVIO

Los ingresos previos, de los pacientes fallecidos, fueron más frecuentes en los que fallecieron por: la arritmia cardíaca, isquemia mesentérica, edema agudo de pulmón y cáncer. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas y se pueden observar en la Tabla IV.148, y figura IV. 29.

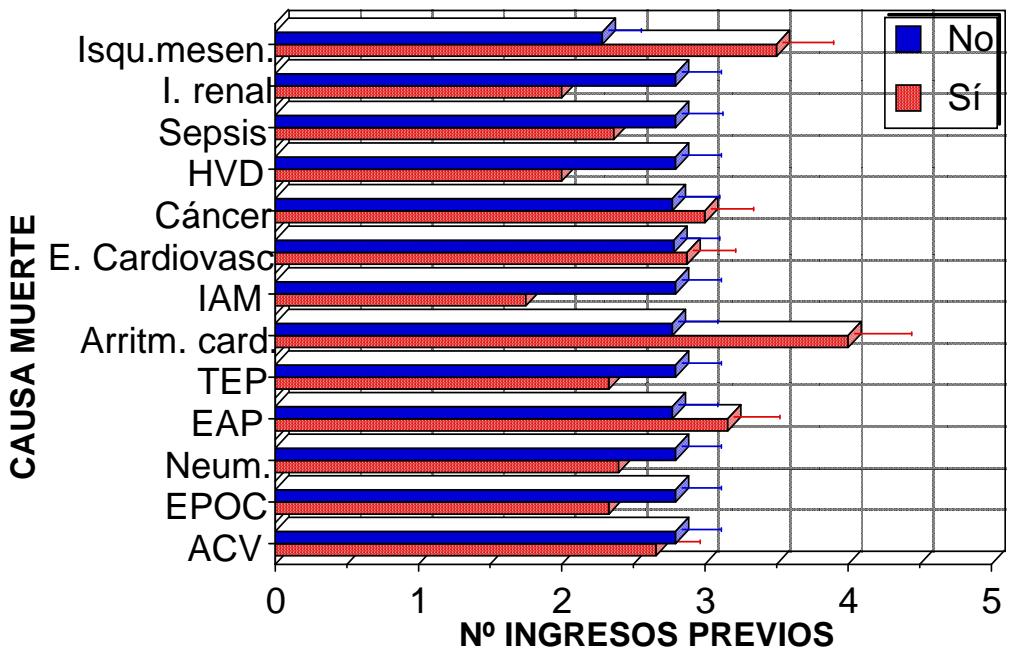
Atendiendo a los porcentajes de pacientes fallecidos por las diferentes causas “básicas” de muerte estudiadas, y a su relación con la existencia de ingresos previos, todos los pacientes que fallecieron como consecuencia de un infarto de miocardio habían sido previamente ingresados en el Hospital Clínico Universitario, siendo esta la única diferencia significativa encontrada ($p=0,04$), (ver Tabla IV.149 , y figura IV.30).

Tabla IV.148.- Media de ingresos previos efectuados por los pacientes fallecidos a lo largo de su estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” según fueran las causas “básicas” muerte. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney). (p: nivel de significación)

Causa de muerte	S I		N O		p
	Media i. previos	D.S.	Media i. previos	D.S.	
ACV	2,66	2,65	2,79	2,28	0,89
EPOC	2,33	1,5	2,79	2,29	0,54
Neumonía	2,4	1,14	2,79	2,29	0,70
EAP	3,16	2,55	2,77	2,27	0,56
TEP	2,33	1,52	2,79	2,28	0,72
Arritmia cardíaca	4	3,03	2,77	2,27	0,19
Infarto miocardio	1,75	0,95	2,79	2,29	0,36
E. Cardiovasculares	2,88	2,26	2,78	2,28	0,83
Cáncer	3	1,41	2,77	2,29	0,82
Hemorragia digestiva	2	1,73	2,79	2,28	0,54
Sepsis	2,36	1,43	2,8	2,30	0,53
Insuficiencia renal	2	0	2,79	2,28	0,62
Isquemia mesentérica	3,5	2,12	2,78	2,28	0,65

Media ingr. previos: media de ingresos previos. DS: desviación estándar. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EAP: edema agudo de pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. E. Cardiovasculares: enfermedades cardiovasculares.

Figura IV. 29.- Media de ingresos previos efectuados por los pacientes fallecidos a lo largo de su estancia en el S. de Medicina Interna “A” según fuera la causas “básicas” muerte



Isqu. mesen.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiovasc.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. Arritm. Card.: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neum.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

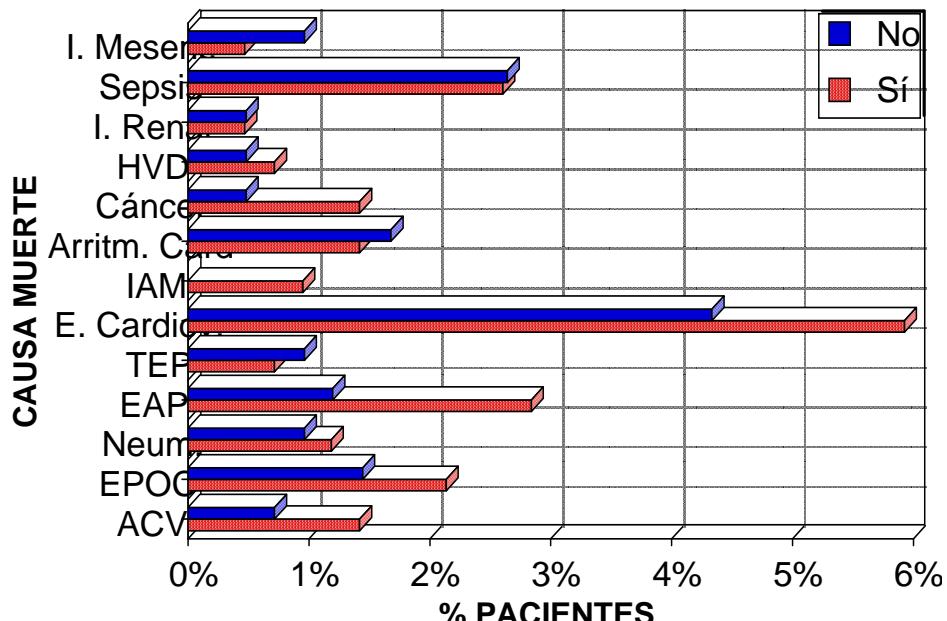
Tabla IV.149.- Número (%) de pacientes fallecidos con y sin antecedentes de ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario distribuidos según la “básica” que originó sus muertes. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

Causa Muerte	Ingresos previos		TOTAL	p
	Sí	No		
ACV	6(1,42%)	3(0,72%)	1,07%	0,32
EPOC	9(2,13%)	6(1,44%)	1,79%	0,32
Neumonía	5(1,18%)	4(0,96%)	1,07%	0,75
EAP	12(2,84%)	5(1,2%)	2,03%	0,09
TEP	3(0,71)	4(0,96%)	0,84%	0,69
E. Cardiovasc	25(5,92%)	18(4,33%)	5,13%	0,29
IAM	4(0,95%)	0(0%)	0,48%	0,04
Arritmia Card.	6(1,42%)	7(1,68%)	1,55%	0,75
Cáncer	6(1,42%)	2(0,48%)	0,95%	0,16
HVD	3(0,71%)	2(0,48%)	0,6%	0,66
I. Renal	2(0,47%)	3(0,72%)	0,6%	0,64
Sepsis	11(2,61%)	11(2,64%)	2,63%	0,97
I. Mesenterica	2(0,47%)	4(0,96%)	0,72%	0,40

ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstrutiva crónica. EAP: edema agudo de

pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. Arritmia Card.: arritmia cardíaca. IAM: infarto agudo de miocardio. HVD: hemorragia digestiva. I.Renal: insuficiencia renal. I. Mesentérica: isquemia mesentérica.

Figura IV. 30.- Comparación del porcentaje de pacientes fallecidos con y sin antecedentes de ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario según la causa “básica” que originó sus muertes.



I. mesent.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiovasc.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. Arritm. Card.: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neum.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

IV.6.3.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS E INGRESO PREVIO

No existieron diferencias significativas entre el número de enfermedades asociadas a la del fallecimiento y el antecedente de ingreso previo ($p=0,55$), (ver Tabla IV.150).

Tabla IV.150.- Enfermedades asociadas al éxitus de los pacientes según hubieran o no realizado ingresos en anteriores ocasiones. (t-Test para datos no apareados).

Ingreso previo	Nº enfermedades asociadas al éxitus
Sí	2,72

No	2,89
----	------

Nº enfermedades asociadas al éxitus: media de número de enfermedades asociadas al éxitus.

Aunque fue mayor el porcentaje de pacientes fallecidos con enfermedades asociadas en el momento del éxitus, esta diferencia no fue significativa ($p=0,15$), (ver Tabla IV.151).

Tabla IV.151.- Porcentaje de pacientes fallecidos con enfermedades asociadas al éxitus y su relación con la realización de ingresos previos.(Prueba de Chi cuadrado).

E. asociadas	ingr. previos		TOTAL
	SI	NO	
Sí	48(11,37%)	35(8,41%)	9,9%
No	374(88,63%)	381(91,59%)	90,1%

E. asociadas : enfermedades asociadas. Ingr. previos: ingresos previos.

IV.6.4.- CONDICIONANTES MORBOSOS E INGRESO PREVIO

Pacientes con determinados antecedentes patológicos como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, y consumo de tabaco contaban con mayor número de ingresos anteriores al actual que el resto de pacientes con otros antecedentes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (con $p=0,004$, $p=0,009$, y $p=0,03$ respectivamente), como se puede ver en la Tabla IV.152 y figura IV. 31.

Atendiendo al porcentaje de pacientes que contaban con antecedentes patológicos según la realización o no de ingresos previos en el hospital, un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, (en concreto la insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca, cardiopatía isquémica e HTA), diabetes, consumo de tabaco, TBC, cáncer y hepatopatía había realizado previamente algún ingreso en el Hospital Clínico Universitario, siendo estas diferencias significativas (ver Tabla IV.153; figura IV.31).

Tabla IV.152.- Relación entre la media de ingresos previos y los antecedentes patológicos con los que contaban los pacientes ingresados en el S. de Med. Interna "A". (U de Mann-Whitney).

C. Morboso :	SI	NO	SI	NO	p
	Media i. previos	Media i. previos	D.S.	D.S.	
EPOC	2,97	1,90	2,72	2,39	0,34
E. Cardiovasc.	3,13	2,62	2,50	1,91	0,004

I.cardíaca	2,91	1,82	2,76	2,35	0,64
Arritmia card.	3,13	2,04	2,74	2,30	0,28
Cardiopatía isqu.	2,81	2,00	2,78	2,31	0,92
HTA	2,90	2,68	2,71	1,99	0,40
Diabetes	2,70	1,78	2,81	2,4	0,70
TBC	2,50	2,13	2,81	2,29	0,48
Colelitiasis	2,84	2,13	2,78	2,30	0,86
E. Reumatol.	2,92	3,06	2,74	1,99	0,49
C. de alcohol	2,81	2,08	2,77	2,30	0,78
C. de tabaco	3,04	2,50	2,57	2,06	0,03
Cáncer	3,46	1,94	2,66	2,32	0,009
P.Hipersecr.	2,93	2,52	2,77	2,26	0,69
Hepatopatía	2,44	1,66	2,87	2,07	0,23
Demencia	2,30	1,72	2,83	2,32	0,20

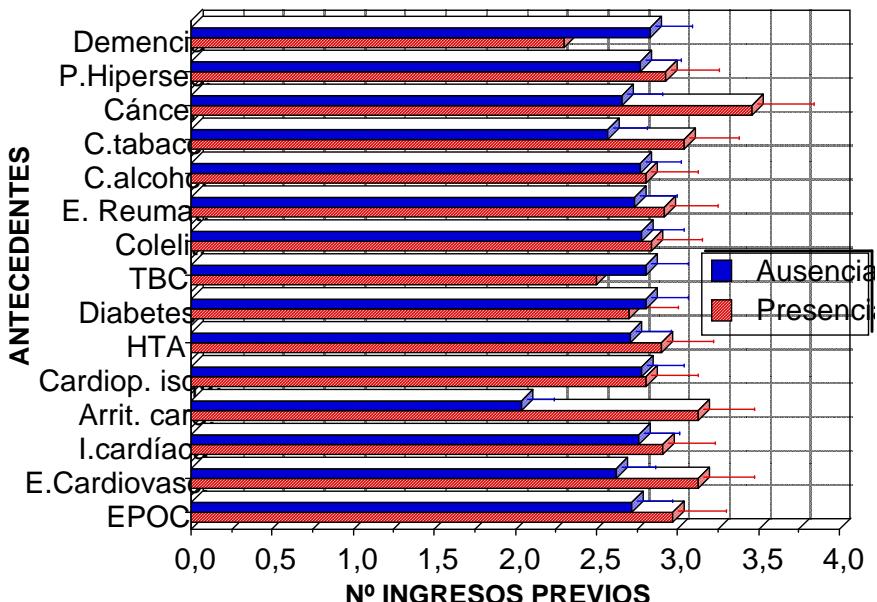
C. Morboso: condicionantes morbosos. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. I. cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiopatía isqu.: cardiopatía isquémica. HTA: hipertensión arterial. C.: consumo. P. Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.153.- Porcentaje de pacientes con condicionantes morbosos y su relación con la existencia o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.Morbosos	ingr. previos		TOTAL	p
	SI	NO		
EPOC	106(25,12%)	67(16,11%)	20,64%	0,001
E.Cardiova.	193(45,73%)	86(20,67%)	33,29%	0,0001
I. cardíaca	60(14,22%)	19(4,57%)	9,43%	0,0001
A.Cardíaca	44(10,43%)	11(2,64%)	6,56%	0,0001
C. isquémica	49(11,61%)	14(3,37%)	7,52%	0,0001
HTA	161(38,15%)	131(31,49%)	34,84%	0,04
Diabetes	89(21,09%)	56(13,46%)	17,3%	0,003
TBC	28(6,64%)	11(2,64%)	4,65%	0,006
Colelit.	45(10,66%)	32(7,69%)	9,19%	0,13
Reumat.	97(22,99%)	78(18,75%)	20,88%	0,13
C. alcohol	42(9,95%)	46(11,06%)	10,5%	0,6
C. tabaco	193(45,73%)	140(33,65%)	39,74%	0,0004
Cáncer	65(15,4%)	29(6,95%)	11,22%	0,001
P.Hipersecr.	33(7,82%)	43 1(6,01%)	6,29%	0,30
Hepatopatía	25(5,92%)	11(2,64%)	4,3%	0,01
Demencia	33(7,82%)	37(8,89%)	8,35%	0,57

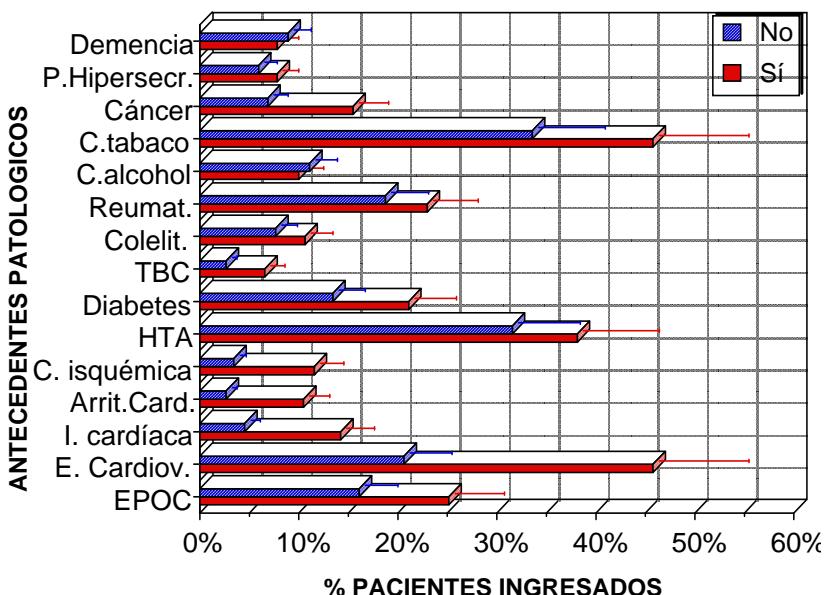
TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. C.: consumo. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I. cardíaca: insuficiencia cardíaca. A. Cardíaca: arritmia cardíaca. C. isquémica: cardiopatía isquémica. P. Hipersecr.: patología hipersecretora. C.: consumo.

Figura IV. 31.- Relación entre la media de ingresos previos y los antecedentes patológicos con los que contaban los pacientes ingresados en el S. de Med. Interna "A".



P. Hipersecr.: patología hipersecretrora. C.: consumo. E. Reumat.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. TBC: tuberculosis. DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. Cardiop.lsqu.: cardiopatía isquémica. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arrit. card.: arritmia cardíaca. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Figura IV.32.- Porcentaje de pacientes con antecedentes patológicos y su relación con la existencia o no de ingresos previos.



P. Hipersecr.: patología hipersecretrora. C.: consumo. Reumat.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. TBC:

tuberculosis. DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. C.Isquémica: cardiopatía isquémica. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arrit. card.: arritmia cardíaca. E. Cardiov.: enfermedad cardiovascular.

IV.6.5.- NIVEL DE CONCIENCIA E INGRESO PREVIO

Apenas hubo diferencias entre la media de ingresos realizados previamente y el nivel de conciencia con el que ingresaron los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” ($p=0,13$), (ver Tabla IV.154).

Tabla IV.154.- Media de ingresos realizados en anteriores ocasiones por los pacientes según el nivel de conciencia que presentaran en el ingreso actual en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

N.conciencia	Media ingr.previos	D.S.
Disminuido	2,42	1,81
Normal	2,86	2,36

D.S.: desviación estándar. Ingr. previos: ingresos previos. N.conciencia: nivel de conciencia.

El porcentaje de pacientes que había sido ingresado en anteriores ocasiones en el Hospital Clínico Universitario era similar al porcentaje de pacientes que no había sido ingresado nunca, tuvieran el nivel de conciencia normal o disminuido. No existieron por tanto diferencias significativas en cuanto a la relación entre ambos parámetros ($p=0,64$), (ver Tabla IV.155).

Tabla IV.155.- Porcentaje de pacientes con nivel de conciencia disminuido o normal según la existencia o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado).

N.CONCIENCIA	ingr. previos		TOTAL
	SI	NO	
Disminuido	71(16,82%)	75(18,03%)	17,42%
Normal	351(83,18%)	341(81,97%)	82,58%

Ingr. previos: ingresos previos. N.conciencia: nivel de conciencia.

IV.6.6.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA E INGRESO PREVIO

Las personas que en el momento de ser dadas de alta presentaron una ausencia de la patología que ocasionó su ingreso, habían sido ingresadas previamente en menor número de ocasiones que aquellas en las que en su alta aún padecían el proceso responsable de su hospitalización. Estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,0009$),(ver tablas

IV.156 y IV.157).

Un mayor porcentaje de pacientes que en el momento de su alta presentaron ausencia de la enfermedad responsable del ingreso actual, no contaba con ingresos anteriores. Por el contrario, los pacientes sin ausencia de dicha enfermedad en ese momento, con mayor frecuencia ya habían sido ingresados previamente, estas diferencias fueron significativas ($p=0,04$), (ver Tabla IV.157).

Tabla IV.156.- Media de ingresos previos realizados en función de la ausencia o no de enfermedad en el momento del alta. (t-Test para datos no apareados).

Ausencia de E.al alta	Media ingresos previos	D.S.
Ausencia	2,07	1,54
No ausencia	2,97	2,40

D.S.: desviación estándar. Ausencia de E. al alta: ausencia de enfermedad en el momento del alta.

Tabla IV.157.- Porcentaje de pacientes con y sin antecedente de ingreso previo según presentaran ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A". (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de E.al alta	ingresos previos		TOTAL
	SI	NO	
Ausencia	21,09%	29,57%	25,3%
No ausencia	78,91%	70,43%	74,7%

Ausencia de E.al alta: ausencia de enfermedad en el momento del alta.

IV.6.7.- ÍNDICE DE KARNOSKY E INGRESO PREVIO

Los pacientes que contaban con antecedentes de ingresos anteriores al actual, tenían menor índice de Karnosky que los que no habían sido ingresados nunca, siendo estas diferencias significativas ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.158).

Tabla IV.158.- Media de índice de Karnosky de los pacientes según hubieran o no realizado ingresos previamente. (t-Test para datos no apareados).

Ingreso previo	Media de I. Karnosky	D.S.
Sí	70,47	16,80
No	76,91	16,96

D.S.: desviación estándar. Media de I. Karnosky: media de índice de Karnosky.

IV.6.8.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA E INGRESO PREVIO

No hubo diferencias significativas entre el número de ingresos previos realizados por los pacientes que a lo largo del período de tiempo que permanecieron hospitalizados

experimentaron alteraciones en su curso clínico, y el numero de ingresos de los pacientes que no las desarrollaron; (ver Tabla IV.159).

Las únicas alteraciones surgidas a lo largo del período de tiempo que los pacientes permanecieron ingresados que guardaron una relación significativa con la existencia de anteriores ingresos en el Hospital Clínico Universitario, fueron la hemorragia digestiva y las alteraciones del aparato digestivo; ambas se dieron con mayor frecuencia en los pacientes que contaban con ingresos previos ($p=0,04$ y $p=0,05$ respectivamente), (ver Tabla IV.160 y figura IV.33).

Tabla IV.159.- Media de ingresos previos con los que contaban los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones a lo largo de su evolución. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Complicación	S I		N O		p
	Media i. previos	D.S.	Media i. previos	D.S.	
Infec. Nosoc.	2,47	1,51	2,85	2,40	0,21
Alteraciones Psiquiátr.	2,59	1,78	2,82	2,36	0,45
Alteraciones Neurológ.	2,82	1,85	2,78	2,33	0,91
Alteraciones A. Locom.	2,12	1,12	2,80	2,29	0,40
Alteraciones Digestivas	2,79	1,81	2,78	1,35	0,98
Alteraciones A. Circulat.	2,92	2,09	2,75	2,32	0,54
Hemorragias, sangrado	2,97	1,92	2,77	2,31	0,63
Alteraciones A. Respirat.	2,77	1,75	2,79	2,32	0,96
Alteraciones Renales	2,64	1,72	2,79	2,31	0,73

i. previos: ingresos previos. D.S.: desviación estándar. Infec. Nosoc.: infecciones nosocomiales. Alteraciones Psiquiátr.: alteraciones psiquiátricas. Alteraciones Neurológ.: alteraciones neurológicas. Alteraciones A. Locom.: alteraciones del aparato locomotor. Alteraciones A. Circulat.: alteraciones del aparato circulatorio. Alteraciones Respirat.: alteraciones del aparato respiratorio.

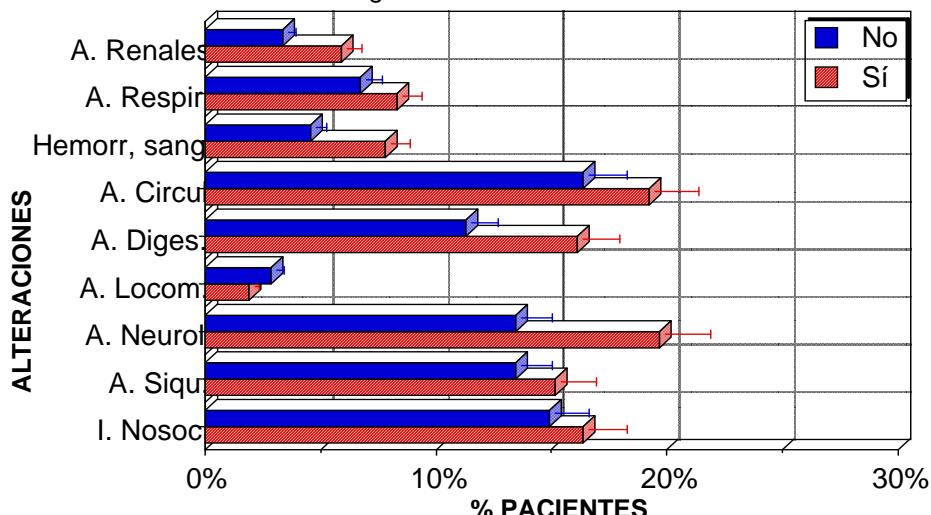
Tabla IV.160.- Porcentaje de pacientes con alteraciones surgidas durante el período de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de la existencia o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado).

Alteraciones	ingr. previos		TOTAL	p
	SI	NO		

I. Nosoc.	69(16,35%)	62(14,9%)	15,63%	0,56
A. Psiqu.	64(15,17%)	56(13,46%)	14,32%	0,48
A. Neurol.	45(19,66%)	56(13,46%)	12,05%	0,21
A. Locom.	8(1,9%)	12(2,88%)	2,39%	0,34
A. Diges.	68(16,11%)	47(11,3%)	13,72%	0,04
A. Circul.	81(19,19%)	68(16,35%)	17,78%	0,28
Hemorr, sangr.	33(7,82%)	19(4,57%)	6,21%	0,05
A. Respir.	35(8,29%)	28(6,73%)	7,52%	0,39
A. Renales	25(5,92%)	14(3,37%)	4,65%	0,07

ingr. previos: ingresos previos. A.: alteraciones. I. Nosoc: infecciones nosocomiales. A. Psiqu.: alteraciones psiquiátricas. A. Neurol.: alteraciones neurológicas. A. Locom.: alteraciones aparato locomotor. A. Diges.: alteraciones digestivas. A. Circul.: alteraciones circulatorias. Hemorr, sangr.: hemorragias y sangrados. A. Respir.: alteraciones respiratorias.

Figura IV.33.- Porcentaje de pacientes que presentaron alteraciones durante el período de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna "A" según hubieran realizado o no ingresos anteriores.



A.Renales: alteraciones renales. A. Respir. : alteraciones del aparato respiratorio. Hemorr., sangr.: hemorragias, sangrados. A.Circul.: alteraciones del aparato circulatorio. A.Diges.: alteraciones del aparato digestivo. A.Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurol.: alteraciones neurológicas. A. Siqu.: alteraciones psiquiátricas. I. Nosoc. : infecciones nosocomiales.

IV.6.9.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA E INGRESO PREVIO

La Calidad diagnóstica global del informe de alta fue superior en los pacientes que no contaban con ingresos previos que en los que ya habían sido ingresados en alguna

ocasión anterior en el hospital, siendo esta diferencia significativa ($p=0,04$), como se puede observar en la Tabla IV.161.

Tabla IV.161.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, en función de la realización o no de ingresos previos. (t-Test para datos no apareados).

Ingr. previos	Media calidad d.	D.S.
Sí	5,94	1,48
No	6,13	1,21

D.S.: desviación estándar. Media de calidad d.: Media de Calidad diagnóstica global del informe de alta. Ingr. previos: ingresos previos.

No existieron diferencias significativas entre el número de ingresos previos realizados por los pacientes en el Hospital Clínico Universitario, y la confección o no de informe en el momento de ser dados de alta ($p=0,73$). Estos datos se pueden observar en la Tabla IV.162. Por otra parte, un mayor porcentaje de los pacientes sin informe de alta, habían realizado ingresos en anteriores ocasiones en el Hospital Clínico Universitario, sin embargo esta diferencia no fue significativa ($p=0,09$), (ver Tabla IV.163).

Tabla IV.162.- Media de ingresos previos realizados en función de la confección o no del informe de alta. (t-Test para datos no apareados).

Informe Alta	Media ingresos previos	D.S.
Existe	2,81	2,30
No existe	2,31	1,76

D.S.: desviación estándar.

Un mayor porcentaje de los pacientes sin informe de alta, habían realizado ingresos en anteriores ocasiones en el Hospital Clínico Universitario, sin embargo esta diferencia no fue significativa ($p=0,09$), (ver Tabla IV.163).

Tabla IV.163.- Porcentaje de pacientes a los que se les había o no realizado el informe de alta en relación con la existencia o inexistencia de ingresos previos en el Hospital Clínico Universitario. (Prueba de Chi cuadrado).

INFORME ALTA	ingr. previos		TOTAL
	SI	NO	
Sí	403(95,5%)	496(97,6%)	96,54%
No	19(4,5%)	10(2,4%)	3,46%

Ingr. previos: ingresos previos.

En algunos casos la aparición de los términos utilizados para valorar la calidad del informe de alta llevó implícita la existencia de una mayor media de ingresos previos realizados, sin

embargo esta relación fue significativa únicamente en el caso del empleo de “los previos” ($p=0,01$), como se puede apreciar en la Tabla IV.164 y figura IV.34.

Tabla IV.164.- Media de ingresos previos realizados por los pacientes en función de la utilización o no de los términos empleados para la valoración de la calidad del informe de alta. (t-Test para datos no apareados. U de Mann- Whitney).

Utilización	S I		N O		p
	Media i. previos	D.S.	Media i. previos	D.S.	
Possible	2,71	2,05	2,82	2,32	0,79
Probable	3,30	2,81	2,78	2,27	0,29
No se descarta	1,5	0,70	2,81	2,30	0,42
Los previos	4,66	2,64	2,76	2,28	0,01
Pendiente de	3,07	2,95	2,75	2,15	0,30
Abreviaturas	2,96	2,32	2,70	2,28	0,26
Difícil sel.c.p.	2,76	1,94	2,81	2,32	0,91

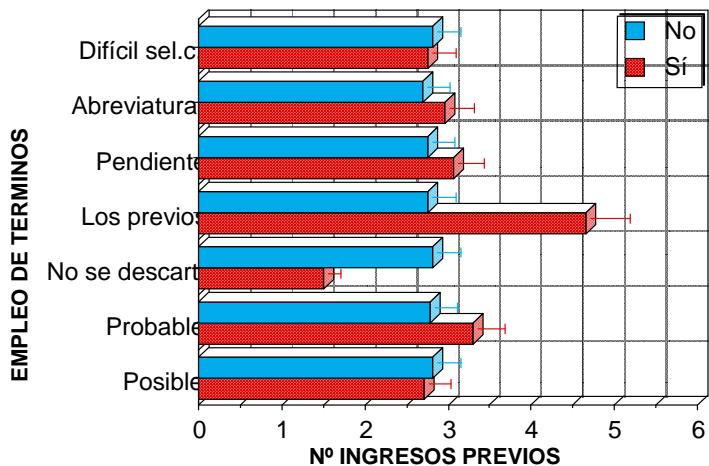
D.S.: desviación estándar. Difícil sel. c.p.: difícil selección de la causa principal.

En cuanto al porcentaje de pacientes que contaban con ingresos anteriores en el Hospital Clínico Universitario y la posible relación con la utilización de determinados términos en el informe de alta, se encontró que un mayor porcentaje de pacientes que no había sido nunca ingresado en el hospital, presentaba en sus informes de alta el término “pendiente de”, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,001$).

Por otra parte, el empleo de abreviaturas fue significativamente más frecuente entre aquellos pacientes que ya habían ingresado previamente ($p=0,001$).

Aunque un mayor porcentaje de informes de alta en los que se utilizaron los términos “PCR”, “los previos” y “probable” correspondiera a pacientes que habían sido ingresados en alguna ocasión en el Hospital Clínico Universitario, estas diferencias no fueron significativas.

Figura IV. 34.- Media de ingresos previos realizados por los pacientes en función de la utilización o no de los términos que valoran la calidad del informe de alta.



Difícil sel. c. p.: dificultad de la selección de la causa principal

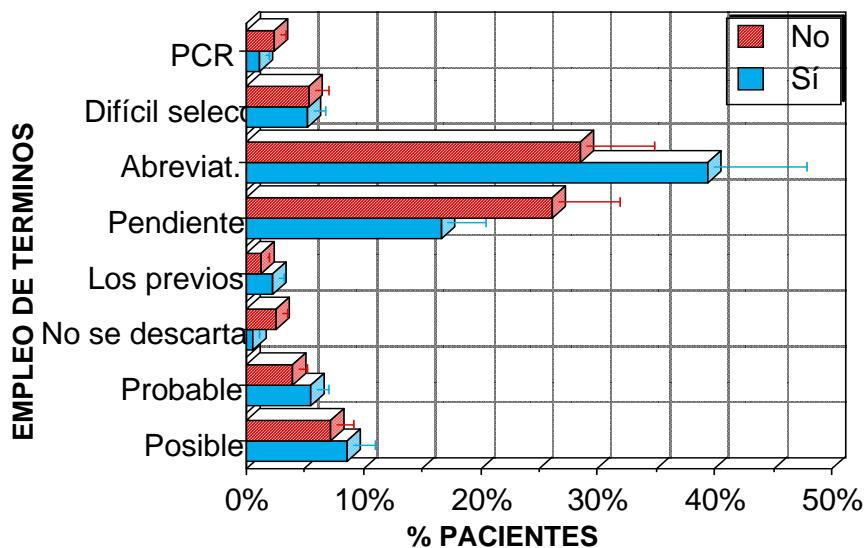
Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a los informes de alta en los que fue difícil seleccionar la causa principal que motivó la hospitalización y la realización o no de ingresos previos. Al igual que sucedió con la utilización de “no se descarta” y “possible”. Estos datos vienen reflejados en la siguiente Tabla IV.165 y figura IV.35.

Tabla IV.165.- Porcentaje de pacientes que contaban o no con la realización de ingresos previos, en función del empleo de los diversos términos utilizados para valorar la calidad del informe de alta. (Prueba de Chi cuadrado).(p: nivel de significación.)

Términos	Ingr. previos		TOTAL	p
	Sí	No		
Possible	8,68%	7,14%	7,91%	0,41
Probable	5,46%	3,94%	4,7%	0,30
No se descarta	0,50%	0,25%	0,37%	0,55
Los previos	2,23%	1,23%	1,73%	0,27
Pendiente de	16,63%	26,11%	21,38%	0,01
Abreviat.	39,45%	28,57%	33,99%	0,001
Difícil selecc.C.P.	5,21%	5,42%	5,32	0,89
PCR	1,18%	0,24%	0,72%	0,06

Difícil selecc. C.P.: difícil selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Figura IV. 35.- Porcentaje de pacientes que contaban o no con la realización de ingresos previos, en función del empleo de los diversos términos utilizados para valorar la calidad del informe de alta.



Difícil selecc.: dificultad de la selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

IV.6.10.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES E INGRESO PREVIO

El número de diagnósticos finales de los pacientes que habían sido previamente ingresados fue levemente superior que el de los que nunca habían ingresado, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,18$), (ver Tabla IV.166).

Tabla IV.166.- Número de diagnósticos finales en relación con el antecedente de haber sufrido o no algún ingreso previamente. (t-Test para datos no apareados).

Ingreso previo	Nº D.F.	D.S.
Sí	3,48	1,71
No	3,32	1,77

D.S.: desviación estándar. Nº D.F.: número de diagnósticos finales.

IV.6.11.- DIAGNÓSTICOS FINALES E INGRESO PREVIO

Salvo las personas diagnosticadas de “Enfermedades del Aparato Circulatorio” ($p=0,02$), (en concreto de accidente cerebral vascular ($p=0,03$)), y las diagnosticadas de diabetes ($p=0,03$) (dentro del apartado referente a “Enfermedades del Sistema Endocrino”), que poseían una media de ingresos previos superior a la de los pacientes diagnosticados de otros procesos, ninguno de los demás diagnósticos finales mostró diferencias

significativas en cuanto al número de ingresos previos (ver Tabla IV.167).

Tabla IV.167.- Comparación de la media de ingresos realizados previamente por los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que presentaran o no los diagnósticos finales clasificados por Grupos Diagnósticos. (CIE-9^a-MC). (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados).

G. DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
I.- E. INFECCIOSAS	2,41	2,06	2,81	2,29	0,30
TBC	2,51	2,16	2,81	2,29	0,44
II.- TUMORES	2,86	1,85	2,78	2,32	0,84
T. Respiratorios	3,90	1,6	2,76	2,29	0,11
T. ORL	5,5	3,5	2,77	2,27	0,09
T. Digestivos	3,11	2,57	2,78	2,27	0,66
T. Genitourinarios	2,46	1,06	2,80	2,31	0,57
T. sangre	1,00	2,79	2,28	2,05	0,43
III.- E. ENDOCRINAS	2,95	2,65	2,7	2,05	0,27
Patología tiroidea	2,57	1,39	2,79	2,29	0,79
Diabetes	3,21	2,97	2,66	2,01	0,03
IV.- E. SANGRE	2,5	1,50	2,8	2,31	0,67
V.- T. MENTALES	3,00	3,13	2,75	2,12	0,44
VII.- E. A. CIRCUL.	2,95	2,48	2,44	1,76	0,02
Enf. HTA	2,89	2,70	2,71	1,95	0,41
IAM, isquemia	2,75	1,98	2,79	2,34	0,89
Insuficiencia cardiaca	3,04	2,09	2,70	2,34	0,17
Arritmia	2,79	2,01	2,78	2,34	0,97
Valvulopatía	3,43	2,10	2,72	2,29	0,07
ACV	3,33	3,25	2,68	2,02	0,03
VIII.- E. A. RESPIR.	2,79	1,98	2,78	2,45	0,94
VRA	2,81	1,90	2,78	2,29	0,96
Neumonía	2,91	2,84	2,77	2,22	0,72
EPOC, asma, BC	2,94	1,96	2,73	2,38	0,40
IX.- E. A. DIGESTIVO	2,95	2,32	2,73	2,27	0,39
Patología hipersec.	2,51	2,10	2,81	2,29	0,47
Patología hepática	3,52	2,48	2,75	2,26	0,13
X.- E. A. GENITOURIN.	2,70	1,95	2,81	2,36	0,68
S. Nefrótico	4,00	2,78	2,28	2,23	0,59
I. renal	2,26	1,58	2,83	2,33	0,16
Litiasis	2,5	1,29	2,79	2,29	0,79
XII.- E. PIEL Y TCSC	2,35	1,33	2,80	2,30	0,47
XIII.- E. M. ESQUEL.	2,46	1,79	2,81	2,31	0,42
XVI.- SINT. MAL DEF.	2,96	2,44	2,77	2,27	0,67
XVII.- TRAUMAT., ENV.	2,39	2,01	2,17	2,42	0,56

D.S.: desviación estándar. E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E.

SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. Sn: Sistema Nervioso. E, Endocrinas: enfermedades sistema endocrino.E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardiaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular.. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Se observaron variaciones en el porcentaje de diagnósticos finales recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta en función de que hubieran o no realizado ingresos anteriores. Así, el diagnóstico de TBC fue más frecuente en personas que habían sido ingresadas previamente que en aquellas que no habían sufrido ningún ingreso previo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,009$). Lo mismo ocurrió con el grupo diagnóstico de “Tumores” ($p=0,02$), (y dentro de estos, especialmente con los tumores del aparato respiratorio ($p=0,006$)), con los pacientes diagnosticados de diabetes ($p=0,003$), de “Enfermedades del aparato circulatorio” ($p=0,0001$), (dentro de este grupo diagnóstico, fueron las valvulopatías ($p=0,01$), cardiopatía isquémica ($p=0,001$), e insuficiencia cardíaca ($p=0,0002$) las responsables de tales diferencias). Las “Enfermedades del aparato respiratorio” también mostraron ser diagnósticos más frecuentes en aquellos pacientes que contaban con ingresos previos ($p=0,01$), a expensas sobre todo de la EPOC, asma y bronquitis crónica ($p=0,002$).

Por otra parte, existieron diagnósticos que fueron más frecuentes en aquellas personas que no habían sido previamente ingresadas. Fue el caso del síndrome nefrótico y glomerulonefritis ($p=0,01$), y de los “Traumatismos y envenenamientos” ($p=0,01$). Todos los datos se pueden observar en la Tabla IV.168 y IV.169; figura IV.36 y IV.37.

Tabla IV.168.- Nivel de significación (p): relación entre porcentaje de pacientes con determinados diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en función de la realización o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	p
I.- E. INFECCIOSAS	0,50
TBC	0,009
II.- TUMORES	0,02
T. DIGESTIVO	0,63

T. ORL	0,57
T. RESPIRATORIO	0,006
T. GENITOURINARIO	0,004
T. SANGRE	0,17
III.- E. ENDOCRINAS	0,13
E. TIROIDES	0,59
DIABETES	0,003
IV.- E. SANGRE	0,28

E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores.

Tabla IV.168.- (CONTINUACIÓN). Nivel de significación (p): relación entre porcentaje de pacientes con determinados diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) en función de la realización o no de ingresos previos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	p
IV.- E. SANGRE	0,28
V.- T. MENTALES	0,38
VI.- SN Y SENTIDOS	0,37
VII.- E. APARATO CIRCULATORIO	0,0001
VALVULOPATIAS	0,01
HTA	0,3
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	0,07
IAM/ISQUEMIA	0,001
ARRITMIA	0,17
INSUFICIENCIA CARDIACA	0,0002
ACV	0,23
VIII.- E. APARATO RESPIRATORIO	0,01
NEUMONIA	0,66
EPOC, ASMA, BC	0,002
IX.- E. APARATO DIGESTIVO	0,06
PAT. HIPERSECRETORA	0,20
HIGADO	0,78
X.- E. APARATO GENITOURINARIO	0,95
S. NEFROTICO	0,01
I. RENAL	0,42
LITASIS	0,50
XII.- E. PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	0,71
XIII.- E. M. ESQUELETICO	0,48
XVI.- SINTOMAS MAL DEFINIDOS	0,27

XVII.- TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS

0,01

E.: enfermedades.T. Mentales: trastornos mentales. SN Y SENTIDOS: enfermedades del sistema nervioso y sentidos. IAM: infarto agudo de miocardio. HTA: hipertensión arterial. ACV: accidente cerebrovascular. BC: bronquitis crónica. PAT. HIPERSECRETORA: patología hipersecretrora. S. NEFROTICO: síndrome nefrótico. I Renal: insuficiencia renal. E. M. ESQUELETICO: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo.

Tabla IV.169.- Diferencias SIGNIFICATIVAS. Distribución del porcentaje de pacientes con los diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC), en función de haber sido ingresados previamente o no en alguna ocasión. (Prueba de Chi cuadrado).

GRUPO DIAGNOSTICO	INGRESO PREVIO			p
	SI	NO	TOTAL	
I.- E. INFECCIOSAS				
TBC	8,77%	4,33%	6,56%	0,009
II.- TUMORES	8,53%	4,57%	6,56%	0,02
T. Respir	2,37%	0,24%	1,31%	0,006
T. Genitourin.	2,56%	0,34%	1,89%	0,004

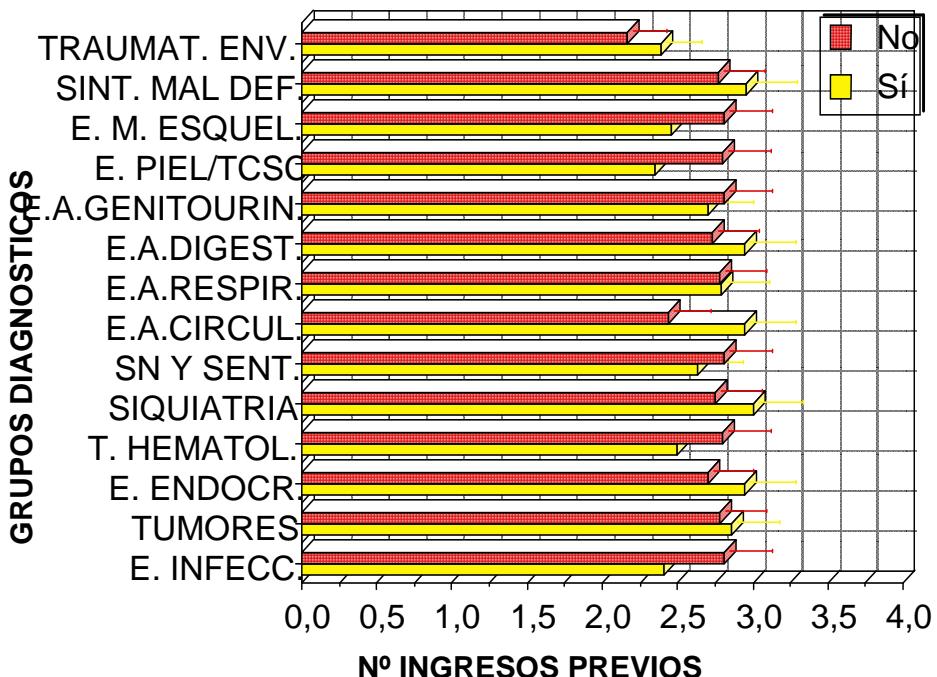
E.: enfermedades. T.: tumores.T. Respir : tumor respiratorio. T. Genitourin.: tumor genitourinario.

Tabla IV.169.- (CONTINUACIóN). Diferencias SIGNIFICATIVAS. Distribución del porcentaje de pacientes con los diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC), en función de haber sido ingresados previamente o no en alguna ocasión. (Prueba de Chi cuadrado).

GRUPO DIAGNOSTICO	INGRESO PREVIO			p
	SI	NO	TOTAL	
III.- E. ENDOCRINAS				
Diabetes	23,28%	15,38%	19,35%	0,003
VII. - E. A.CIRCUL.	67,3%	52,64%	60,02%	0,0001
Valvulop	8,77%	4,57%	6,68%	0,01
IAM, isquemia	17,54%	10,1%	13,84%	0,001
I. cardiaca	25,12%	14,66%	19,93%	0,0002
VIII.- E. A.RESPIR.	38,86%	30,53%	34,73%	0,001
EPOC, asma, BC	26,07%	17,31%	21,72%	0,002
X.- E. A. GENITOURINARIO				
S. nefr., Glomer.	0,24%	1,92%	1,07%	0,01
XVII. - TRAUMAT. ENV.	0,71%	2,88%	1,79%	0,01

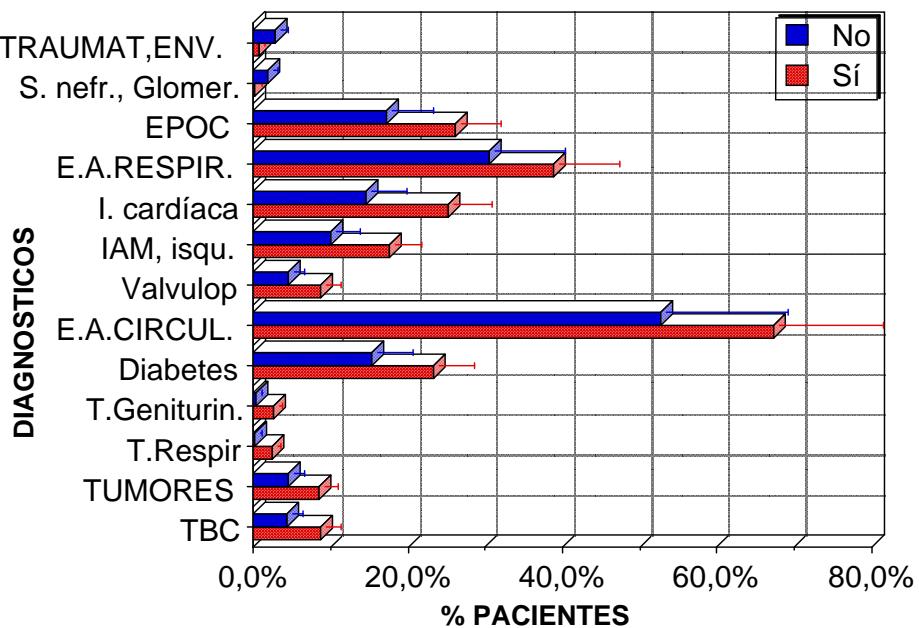
E.: enfermedades. T.: tumores.T. Respir : tumor respiratorio. T. Genitourin.: tumor genitourinario. E. A.CIRCUL. : enfermedades del aparato circulatorio. Valvulop.: valvulopatías. IAM: infarto agudo de miocardio. I. cardiaca: insuficiencia cardiaca. BC: bronquitis crónica.S. nefr., Glomer.: síndrome nefrótico, glomerulonefritis. TRAUMAT. ENV.: traumatismos, envenenamientos.

Figura IV. 36.- Comparación de la media de ingresos realizados previamente por los pacientes ingresados en el S. de Medicina Interna "A" en función de que presentaran o no los diagnósticos finales clasificados por Grupos Diagnósticos. (CIE-9^a-MC).



TRAUM, ENVEN.. : traumatismos, envenenamientos. SINT. MAL DEF.: síntomas mal definidos. E.M.ESQUEL: enfermedades músculo-esqueléticas. PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. E.A.GENIT.: enfermedades del aparato genital. E.A.DIGEST.: enfermedades del aparato digestivo. E.A. RESP.: enfermedades del aparato respiratorio. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E.SN,SENT.: enfermedades del sistema nervioso central y sentidos, SIQUIATR.: Trastornos mentales. T.HEMAТОL.: Enfermedades de la sangre. E.ENDOCR.: enfermedades sistema endocrino.

Figura IV. 37.- Diferencias SIGNIFICATIVAS. Distribución del porcentaje de pacientes con los diagnósticos finales clasificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC), en función de haber sido ingresados previamente o no en alguna ocasión.



E.: enfermedades. T. Respir : tumor respiratorio. T. Genitourin.: tumor genitourinario. E. A.CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Valvulop.: valvulopatías. IAM, isqu.: infarto agudo de miocardio, isquemia. I. cardíaca: insuficiencia cardíaca. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. S. nefr., Glomer.: síndrome nefrótico, glomerulonefritis.

IV.7.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE

IV.7.1.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y CAUSA

“BÁSICA” DE MUERTE

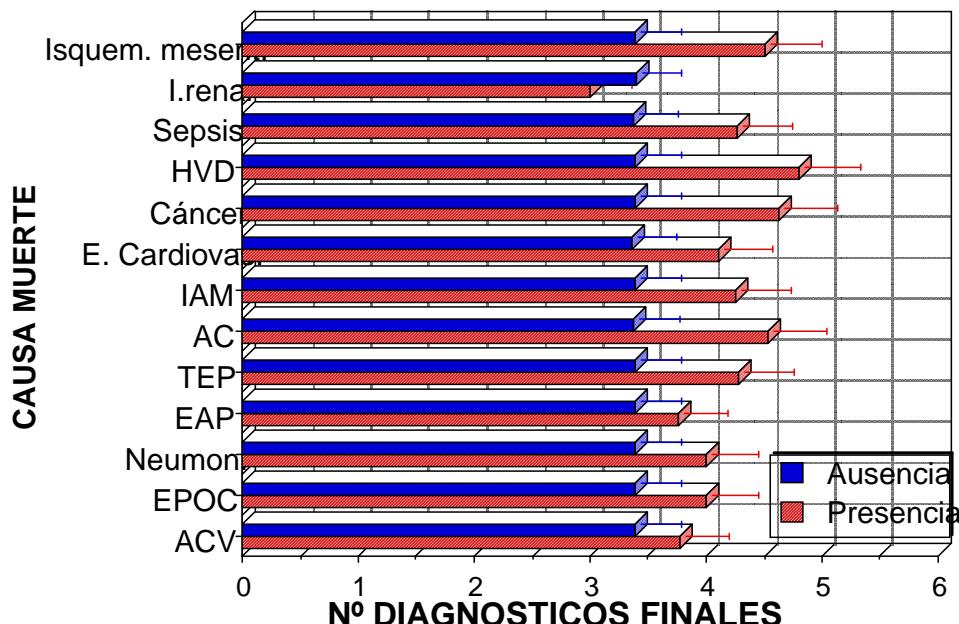
Algunas de las causas responsables del fallecimiento de los pacientes estuvieron asociadas con un mayor número de diagnósticos finales. Fue este el caso de el cáncer o la sepsis; las personas fallecidas por dichas causas poseían un mayor índice diagnóstico que las fallecidas por otros motivos, siendo en estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,04$ y $p=0,01$ respectivamente), ver Tabla IV.170 y figura IV.38.

Tabla IV.170.- Media de diagnósticos finales recibidos por los pacientes en función de la causa "básica" de muerte. (t-Test para datos no apareados).

CAUSA.B.MUERTE	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
ACV	3,77	1,56	3,39	1,74	0,51
EPOC	4,00	1,36	3,39	1,75	0,18
Neumonía	4,00	1,22	3,39	1,75	0,30
EAP	3,76	1,25	3,39	1,75	0,38
TEP	4,28	0,95	3,39	1,75	0,17
Arritmia card.	4,53	1,19	3,38	1,74	0,01
Infarto mioc.	4,25	1,50	3,39	1,74	0,33
E. Cardiovas.	4,11	1,62	3,36	1,74	0,27
Cáncer	4,62	2,13	3,39	1,74	0,04
Hemorragia dig.	4,80	2,38	3,39	1,74	0,07
Sepsis	4,27	1,16	3,37	1,75	0,01
I.renal	3,00	0,70	3,40	1,75	0,60
Isquemia mesent.	4,50	3,08	3,39	1,73	0,12

C.B.Muerte: causa "básica" de muerte. ACV: accidente cerebral vascular. EAP: Edema agudo de pulmón. TEP: trombembolismo pulmonar. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Infarto mioc.: infarto de miocardio. E. Cardiovas.: enfermedad cardiovascular. Hemorragia dig. : hemorragia vía digestiva-I.renal: insuficiencia renal. Isquemia mesent.: isquemia mesentérica.

Figura IV. 38.- Número de diagnósticos finales recibidos en función de la causa que originó el fallecimiento de los pacientes.



Isquem. mesent.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiovas.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neum.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

IV.7.2.- NÚMERO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS Y CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE

Los pacientes con enfermedades asociadas al éxitus presentaron mayor media de diagnósticos finales que aquellos que fallecieron sin enfermedades asociadas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.171).

Tabla IV.171.- Índice diagnóstico según los pacientes presentaran o no enfermedades asociadas a la causa que originó sus fallecimientos.

Enfermedades asoc.	Media NºDF	D.S.
Si	4,32	1,51
No	3,30	1,74

D.S.: desviación estándar. Enfermedades asoc.: enfermedades asociadas al éxitus. Media NºDF: media de número de diagnósticos finales.

IV.7.3.- CALIDAD DEL IA Y CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE

La Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes cuya causa de muerte fueron enfermedades como la EPOC, neumonía, edema agudo de pulmón, enfermedades cardiovasculares, cáncer y hemorragia digestiva fue inferior que la de los fallecidos por el resto de causas de éxitus consideradas en el estudio, siendo estas diferencias significativas ($p=0,0001$, $p=0,02$, $p=0,0001$, $p=0,0001$, $p=0,01$ y $p=0,0001$ respectivamente), (ver Tabla IV.172; figura IV.39).

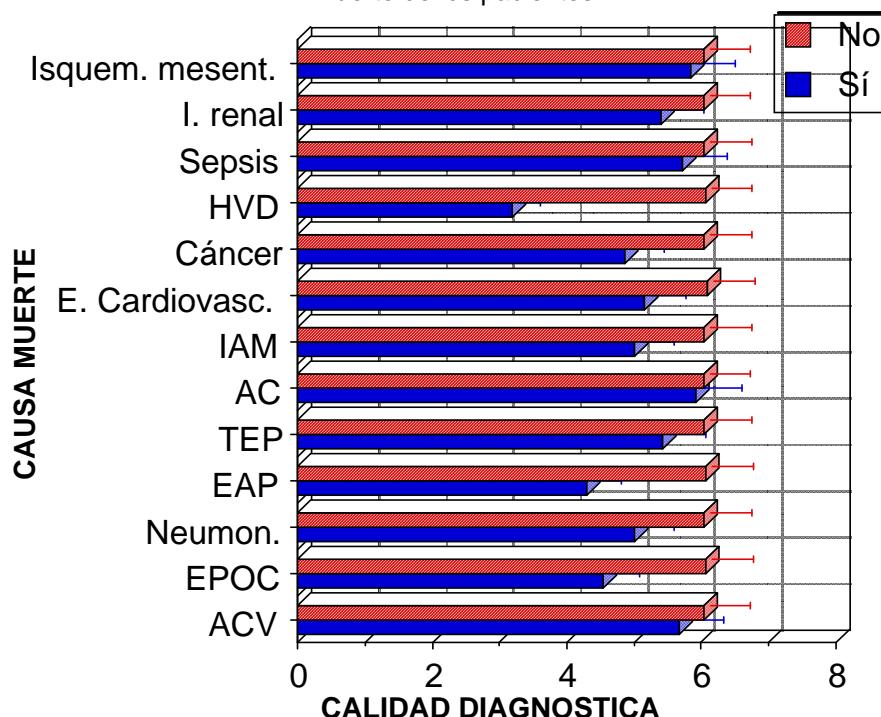
Tabla IV.172.- Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes fallecidos en el S. de M. Interna “A” en función de la causa “básica” que originó su muerte. (t-Test para datos no apareados).

C.B.MUERTE	S I		N O		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
ACV	5,66	2,23	6,03	1,35	0,41
EPOC	4,53	2,94	6,06	1,30	0,0001
Neumonía	5,00	2,12	6,04	1,35	0,02
Edema agudo pulmón	4,29	3,29	6,07	1,27	0,0001
TEP	5,42	2,57	6,04	1,35	0,23
Arritmia cardíaca	5,92	1,89	6,03	1,35	0,76
Infarto miocardio	5,00	3,36	6,04	1,35	0,12

E. Cardiovasculares	5,16	2,60	6,08	1,25	0,0001
Cáncer	4,87	3,09	6,04	1,33	0,01
Hemorragia digest.	3,20	2,95	6,05	1,33	0,0001
Sepsis	5,72	1,54	6,04	1,36	0,28
Insuficiencia renal	5,40	3,05	6,03	1,35	0,29
Isquemia mesentérica	5,83	1,16	6,03	1,36	0,71

C.B. MUERTE: causa “básica” de muerte. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TEP: tromboembolismo pulmonar. E.: enfermedades. Hemorragia digest.: hemorragia digestiva.

Figura IV. 39.- Calidad diagnóstica global del informe de alta según la causa “básica” de muerte de los pacientes.



Isquemia mesen.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia digestiva. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neumon.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

IV.8.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EXITUS

IV.8.1.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS

La Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes fallecidos que presentaban enfermedades acompañantes en el momento del éxodo, fue menor que la calidad de los informes de los pacientes que no presentaron enfermedades acompañantes. Esta diferencia fue muy significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.173).

Tabla IV.173.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes fallecidos en función de que presentaran o no enfermedades asociadas a la patología que les originó el éxodo. (t-Test para datos no apareados).

EAE	Media calidad	DS
Sí	5	2,58
No	6,14	1,10

EAE: enfermedades asociadas al éxodo. D.S.: desviación estándar.

IV.9.- CONDICIONANTES MORBOSOS

IV.9.1.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y CONDICIONANTES MORBOSOS

El índice de Karnosky alcanzado por los pacientes variaba en función de los antecedentes patológicos con los que contaran; así, pacientes con antecedentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca, cardiopatía isquémica), enfermedades reumatólogicas, consumo de tabaco, cáncer, patología hipersecretora y demencia, poseían un índice de Karnosky inferior que el de aquellos pacientes que no los padecían, siendo estas diferencias significativas, como se puede observar en la Tabla IV.174 y figura IV.40.

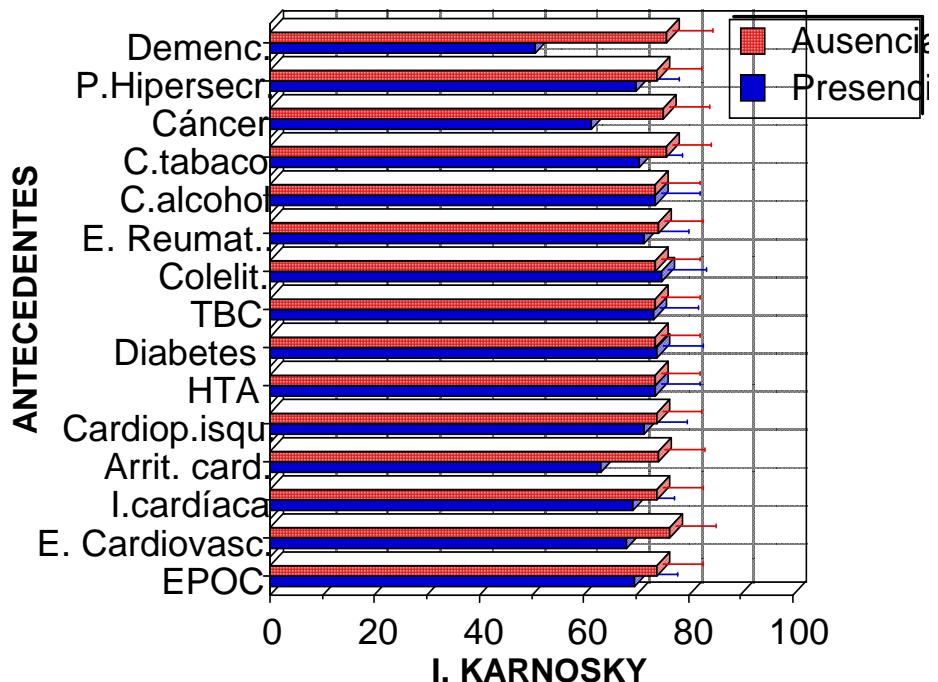
Tabla IV.174.- Media de índice de Karnosky alcanzada por los pacientes según tuvieran o no antecedentes patológicos. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney). (p : nivel de significación).

C.MORBOSO	S I		N O		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	69,76	15,58	74,72	17,41	0,0001
E. Cardiovasc.	68,17	15,84	76,45	17,17	0,0001
I.cardíaca	69,36	13,14	74,15	17,49	0,0004
Arritmia card.	63,45	16,58	74,41	17,00	0,0001

Cardiop.isqu.	71,42	13,42	73,88	17,44	0,05
HTA	73,66	15,59	73,71	17,98	0,61
Diabetes	74,13	14,07	73,60	17,77	0,78
TBC	73,33	13,82	73,71	17,33	0,50
Colelitiasis	74,80	14,56	73,58	17,43	0,78
E. Reumatol.	71,6		16,90	74,25	17,25
C. de alcohol	73,75	15,33	73,69	17,39	0,74
C. de tabaco	70,60	16,27	75,74	17,47	0,0001
Cáncer	61,48	17,09	75,24	16,57	0,0001
P.Hipersecr.	70,17	15,38	73,96	17,28	0,02
Hepatopatía	71,38	13,12	73,80	17,34	0,08
Demencia	50,85	15,67	75,78	15,75	0,0001

C. morbo: condicionante morbo. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu. : cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol. : enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Figura IV. 40.- Media de índice de Karnosky alcanzada por los pacientes según tuvieran o no antecedentes patológicos.



Demenc.:demencia.P. Hipersecrec.:patología hipersecretora. C.:consumo.E.Reumat.: enfermedades Reumatólicas. Colelit.: colelitiasis. TBC: tuberculosis. DM: diabetes mellitus.HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio.I.Card.:insuficiencia cardíaca.Arrit. card.: arritmia cardíaca. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular.

IV.9.2.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y CONDICIONANTES MORBOSOS

El número de diagnósticos finales que recibieron los pacientes variaba en función de los antecedentes patológicos con los que contaran; así, los pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o de enfermedades cardiovasculares, (y dentro de estas, la hipertensión arterial), colelitiasis, enfermedades reumatólicas o consumo de tabaco, poseían mayor índice diagnóstico que otros pacientes que no contaban con estos antecedentes. Estas diferencias fueron significativas y se pueden observar en la siguiente Tabla IV.175.

Tabla IV.175.- Número de diagnósticos finales (índice diagnóstico) recibido por los pacientes en función de que presentaran o no antecedentes patológicos. (t-Test para datos no apareados. U Mann- Whitney). (p: nivel de significación).

C.MORBOSO	S I		N O		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	3,89	1,83	3,27	1,70	0,0001
E. Cardiovasc.	3,68	1,84	3,25	1,68	0,001
I.cardíaca	3,65	1,81	3,37	1,73	0,17
Arritmia card.	3,6	2,00	3,38	1,72	0,46
Cardiopatía isqu.	3,49	2,00	3,39	1,72	0,92
HTA	3,77	1,85	3,20	1,65	0,0001
Diabetes	3,51	1,68	3,38	1,75	0,32
TBC	3,53	1,91	3,39	1,73	0,72
Colelitiasis	3,92	1,66	3,35	1,74	0,002
E. Reumatol.	3,69	1,83	3,32	1,71	0,01
C. de alcohol	3,34	1,92	3,40	1,72	0,43
C. de tabaco	3,53	1,91	3,39	1,73	0,04
Cáncer	3,55	1,67	3,38	1,75	0,37
P.Hipersecr.	3,63	1,90	3,38	1,73	0,36
Hepatopatía	3,27	2,06	3,40	1,73	0,38
Demencia	3,65	1,64	3,37	1,75	0,14

C. morbo: condicionante morboso. E. Cardiovasc.: enfermedades cardiovasculares. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu. : cardiopatía isquémica. E. Reumatol. : enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretrora.

IV.9.3.- CALIDAD INFORME ALTA Y CONDICIONANTES MORBOSOS

En general apenas hubo diferencias en la Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes en función de la existencia o no de antecedentes patológicos. Unicamente los pacientes con EPOC contaron con una inferior calidad del informe de alta significativa ($p=0,006$), (ver tabla IV.176 y figura IV.41).

Tabla IV.176.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que contaran o no con antecedentes patológicos. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

C.MORBOSO	S I		N O		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	5,81	1,53	6,09	1,31	0,006
E. Cardiovasc.	5,92	1,46	6,08	1,31	0,07
I.cardíaca	5,75	1,65	6,06	1,32	0,08
Arritmia card.	5,61	1,91	6,06	1,31	0,14

Cardiopatía isqu.	6,14	1,09	6,02	1,38	0,85
HTA	6,07	1,38	6,04	1,35	0,67
Diabetes	6,02	1,46	6,03	1,34	0,66

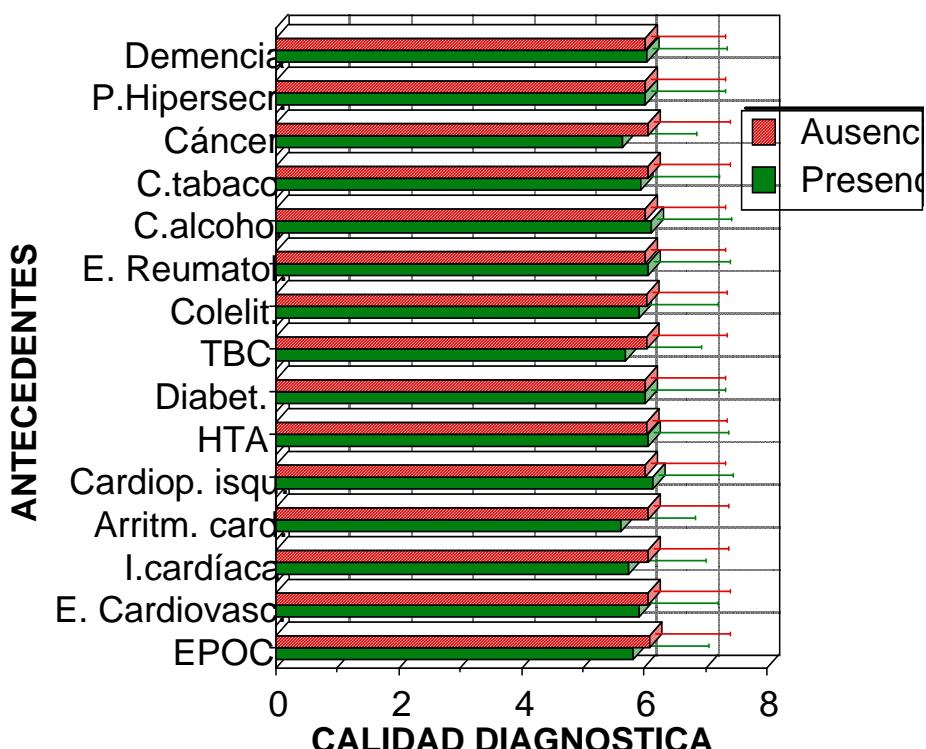
C. morboso: condicionante morboso. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Cardiop.isqu. : cardiopatía isquémica.

Tabla IV.176.- (CONTINUACIÓN). Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de que contaran o no con antecedentes patológicos. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

C.MORBOSO	S I		N O		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Diabetes	6,02	1,46	6,03	1,34	0,66
TBC	5,69	1,80	6,05	1,33	0,23
Colelitiasis	5,93	1,47	6,04	1,35	0,57
E. Reumatol.	6,08	1,25	6,02	1,39	0,86
C. de alcohol	6,11	0,78	6,02	1,41	0,27
C. de tabaco	5,95	1,41	6,08	1,33	0,08
Cáncer	5,64	1,91	6,08	1,27	0,14
P.Hipersecr.	6,03	1,65	6,03	1,34	0,30
Hepatopatía	6,01	1,36	6,02	1,40	0,20
Demencia	6,04	1,45	6,03	1,35	0,72

C. morboso: condicionante morboso. TBC:tuberculosis. HTA. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Figura IV.41.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de que contaran o no con antecedentes patológicos.



P. Hipersecrec.: patología hipersecretora. C.: consumo. E. Reumat.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. TBC: tuberculosis. Diabet.: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. Cardiop. isqu.: cardiopatía isquémica. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritm. card.: arritmia cardíaca. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular.

IV.9.4.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y CONDICIONANTES MORBOSOS

La existencia de algunos antecedentes patológicos se asoció con una mayor frecuencia de determinados diagnósticos. Así, un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes como la EPOC, la TBC y la patología hipersecretora fueron diagnosticados de “Enfermedades Infecciosas” ($p=0,03$, $p=0,03$ y $p=0,01$ respectivamente), lo contrario que sucedió con la diabetes, HTA, el cáncer ($p=0,03$, $p=0,0001$, $p=0,02$), quienes fueron diagnosticados de infecciones en menor número de ocasiones (ver Tabla IV.177).

Aquellos pacientes que poseían antecedentes de enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca recibieron con menor frecuencia el diagnóstico de “Tumor” ($p=0,01$ y $p=0,02$), (ver Tabla IV.178).

Un mayor porcentaje de personas con HTA, diabetes, colelitiasis y enfermedades reumatólogicas fueron diagnosticadas de “Enfermedades endocrinas” ($p=0,0001$, $p=0,001$, $p=0,02$ y $p=0,02$ respectivamente), lo contrario sucedió con antecedentes tales como la EPOC, y la TBC ($p=0,05$ y $p=0,03$), (ver Tabla IV.179).

Tabla IV.177 .- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS” en función de presentar o no los diversos antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado).

C.morboso	E. INFECCIOSAS			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	32,63%	19,11%	20,64%	0,03
E. Cardiovasc.	26,32%	34,19%	33,29%	0,12
I.cardíaca	9,47%	9,42%	9,43%	0,98
Arritmia card.	8,42%	6,33%	6,56%	0,43
Cardiopatía isqu.	4,21%	7,94%	7,52%	0,19
HTA	25,26%	36,07%	34,84%	0,03
Diabetes	9,47%	18,3%	17,3%	0,03
TBC	41,05%	0%	4,65%	0,0001
Colelitiasis	8,42%	9,29%	9,19%	0,78
E. Reumatol.	15,79%	21,53%	20,88%	0,19
C. de alcohol	13,68%	10,09%	10,5%	0,28
C. de tabaco	46,32%	38,9%	39,74%	0,16
Cáncer	4,21%	12,11%	11,22%	0,02
P.Hipersecr.	12,63%	6,19%	6,92%	0,01
Hepatopatía	6,32%	4,04%	4,3%	0,30
Demencia	6,32%	8,61%	8,35%	0,44

C. moroso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.178.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TUMOR” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.morboso	T U M O R			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	20,31%	20,67%	20,64%	0,94
E. Cardiovasc.	18,75%	34,5%	33,29%	0,01
I.cardíaca	1,56%	10,08%	9,43%	0,02
Arritmia card.	3,12%	6,85%	6,56%	0,24
Cardiopatía isqu.	3,12%	7,88%	7,52%	0,16
HTA	28,12%	35,4%	34,84%	0,24
Diabetes	15,62%	17,44%	17,37%	0,71

TBC	3,12%	4,78%	4,65%	0,54
Colelitiasis	7,81%	9,3%	9,19%	0,69
E. Reumatol.	18,75%	21,06%	20,88%	0,66
C. de alcohol	15,62%	10,08%	10,5%	0,16
C. de tabaco	48,44%	39,02%	39,74%	0,13
Cáncer	48,44%	8,14%	11,22%	0,001
P.Hipersecr.	9,38%	6,72%	6,92%	0,42
Hepatopatía	3,12%	4,39%	4,3%	0,63
Demencia	9,38%	8,27%	8,35%	0,75

C. morbo: condicionante morbo. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. E. Reumatol. : enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.179.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES ENDOCRINAS” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.morboso	E. ENDOCRINAS			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	15,19%	23,42%	20,64%	0,05
E. Cardiovasc.	31,8%	34,05%	33,29%	0,51
I.cardíaca	8,13%	10,09%	9,43%	0,35
Arritmia card.	4,95%	7,39%	6,56%	0,17
Cardiopatía isqu.	9,54%	6,49%	7,52%	0,11
HTA	44,52%	29,91%	34,84%	0,0001
Diabetes	50,88%	0,18%	17,3%	0,001
TBC	2,47%	5,77%	4,65%	0,03
Colelitiasis	12,37%	7,57%	9,19%	0,02
E. Reumatol.	25,44%	18,56%	20,88%	0,02
C. de alcohol	7,77%	11,89%	10,5%	0,06
C. de tabaco	36,75%	41,26%	39,74%	0,20
Cáncer	9,19%	12,25%	11,22%	0,18
P.Hipersecr.	6,71%	7,03%	6,92%	0,86
Hepatopatía	3,89%	4,5%	4,3%	0,67
Demencia	10,25%	7,39%	8,35%	0,15

C. morbo: condicionante morbo. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.180- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TRASTORNOS HEMATOLOGICOS” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado).

C.morboso	TRASTORNOS. HEMATOLOGICOS			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	18,87%	20,76%	20,64%	0,74

E. Cardiovasc.	24,53%	33,89%	33,29%	0,16
I.cardíaca	5,66%	9,68%	9,43%	0,33
Arritmia card.	9,43%	6,37%	6,56%	0,38
Cardiopatía isqu.	3,77%	7,77%	7,3%	0,28
HTA	32,08%	35,03%	34,84%	0,66
Diabetes	16,98%	17,32%	17,3%	0,94
TBC	3,77%	4,71%	4,65%	0,75
Colelitiasis	9,43%	9,17%	9,19%	0,94
E. Reumatol.	20,75%	20,89%	20,88%	0,98
C. de alcohol	7,55%	10,7%	10,5%	0,46
C. de tabaco	30,19%	40,38%	39,74%	0,14
Cáncer	16,98%	10,83%	11,22%	0,16
P.Hipersecr.	3,77%	7,13%	6,92%	0,35
Hepatopatía	3,77%	4,33%	4,3%	0,84
Demencia	7,55%	8,41%	8,35%	0,82

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Con respecto a los antecedentes patológicos de los pacientes u el diagnóstico de “Trastornos hematológicos” no se encontraron diferencias significativas, como se puede ver en la Tabla IV.180.

Todas las personas que sufrían demencia fueron diagnosticadas de “Trastornos mentales” ($p=0,0001$), por el contrario las personas que padecían EPOC, cardiopatía isquémica, HTA, consumo de tabaco o hepatopatía obtuvieron este diagnóstico en menor proporción ($p=0,05$, $p=0,01$, $p=0,02$, $p=0,0001$ y $p=0,02$ respectivamente), (ver Tabla IV.181).

Un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes de demencia y colelitiasis fueron diagnosticados de “Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos” ($p=0,0001$ y $p=0,04$), al contrario de lo que sucedió con aquellos con antecedentes de insuficiencia y arritmia cardíaca ($p=0,01$ y $p=0,01$), (ver Tabla IV.182).

Tabla IV.181.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TRASTORNOS MENTALES” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p : nivel de significación).

C.morboso	T. M E N T A L E S			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	14,5%	21,78%	20,64%	0,05
E. Cardiovasc.	29,77%	33,95%	33,29%	0,35
I.cardíaca	6,11%	10,04%	9,43%	0,15
Arritmia card.	3,05%	7,21%	6,56%	0,07
Cardiopatía isqu.	2,29%	8,49%	7,52%	0,01
HTA	25,95%	36,49%	34,84%	0,02
Diabetes	19,08%	16,97%	17,3%	0,55
TBC	3,05%	4,95%	4,65%	0,34
Colelitiasis	9,92%	9,05%	9,19%	0,75
E. Reumatol.	19,85%	21,07%	20,88%	0,75
C. de alcohol	6,11%	11,32%	10,5%	0,07
C. de tabaco	21,37%	43,14%	39,74%	0,0001
Cáncer	9,92%	11,46%	11,22%	0,60
P.Hipersecr.	6,11%	7,07%	6,92%	0,68
Hepatopatía	0,76%	4,95%	4,3%	0,02
Demencia	53,44%	0%	8,35%	0,0001

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.182.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y SENTIDOS” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado).

C.morboso	E n f . S . N . y S E N T I D O S			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	22,33%	20,41%	20,64%	0,65
E. Cardiovasc.	29,13%	33,88%	33,29%	0,33
I.cardíaca	2,91%	10,34%	9,43%	0,01
Arritmia card.	0,97%	7,35%	6,56%	0,01
Cardiopatía isqu.	6,8%	7,62%	7,52%	0,76
HTA	33,98%	34,97%	34,84%	0,84
Diabetes	14,56%	17,69%	17,3%	0,43
TBC	1,94%	5,03%	4,65%	0,16
Colelitiasis	14,56%	8,44%	9,19%	0,04
E. Reumatol.	25,24%	20,27%	20,8%	0,24
C. de alcohol	8,74%	10,75%	10,5%	0,53
C. de tabaco	36,89%	40,14%	39,74%	0,52
Cáncer	12,62%	11,02%	11,22%	0,62
P.Hipersecr.	7,77%	6,8%	6,92%	0,71
Hepatopatía	2,91%	4,49%	4,3%	0,45
Demencia	20,39%	6,67%	8,35%	0,0001

C. morboso: condicionante morboso. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretrora.

Tabla IV.183.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.morboso	EACIRCULATORIO			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	23,32%14,67%	20,64%	0,004	
E. Cardiovasc.	44,73%7,72%	33,29%	0,0001	
I.cardíaca	13,64%0%	9,43%	0,0001	
Arritmia card.	8,81%1,54%	6,56%	0,0001	
Cardiopatía isqu.	10,88%0%	7,52%	0,0001	
HTA	50,43%0%	34,84%	0,0001	
Diabetes	19,34%12,74%	17,3%	0,01	
TBC	4,32%5,41%	4,65%	0,48	
Colelitiasis	8,81%10,04%	9,19%	0,56	
E. Reumatol.	21,24%20,08%	20,88%	0,70	
C. de alcohol	10,88%9,65%	10,5%	0,59	
C. de tabaco	46,29%25,1%	39,74%	0,0001	
Cáncer	9,84%14,29%	11,22%	0,05	
P.Hipersecr.	6,22%8,49%	6,92%	0,23	
Hepatopatía	3,8%	5,41%	4,3%	0,28
Demencia	6,39%12,74%	8,35%	0,002	

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretrora.

Los pacientes con antecedentes de patología cardíaca fueron más frecuentemente diagnosticados de “Enfermedades del aparato circulatorio”, al margen de esto, antecedentes tales como la EPOC, HTA, diabetes y consumo de tabaco también se asociaron a este grupo diagnóstico ($p=0,004$, $p=0,0001$, $p=0,01$ y $p=0,001$); lo contrario sucedió con las personas con antecedentes de demencia y cáncer ($p=0,002$ y $p=0,05$), (ver Tabla IV.183).

Los pacientes que sufrían insuficiencia cardíaca fueron más frecuentemente

diagnosticados de “Enfermedades del aparato respiratorio”, al igual que los que poseían antecedentes de TBC, consumo de alcohol o tabaco y ($p=0,0003$, $p=0,001$, $p=0,0003$ y $p=0,0001$); lo contrario sucedió con los que padecieron diabetes ($p=0,02$), (ver Tabla IV.184).

Tabla IV.184.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.morboso	E. A. RESPIRATORIO			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	55,63%0%	20,64%	0,0001	
E. Cardiovasc.	36,01%31,69%	33,29%	0,19	
I.cardíaca	14,15%6,64%	9,43%	0,0003	
Arritmia card.	7,72%5,88%	6,56%	0,30	
Cardiopatía isqu.	6,43%8,16%	7,52%	0,35	
HTA	34,41%35,1%	34,48%	0,83	
Diabetes	13,5%19,54%	17,3%	0,02	
TBC	7,72%2,85%	4,65%	0,001	
Colelitiasis	8,04%9,87%	9,19%	0,37	
E. Reumatol.	20,58%21,06%	20,88%	0,86	
C. de alcohol	15,43%7,59%	10,5%	0,0003	
C. de tabaco	63,67%25,62%	39,74%	0,0001	
Cáncer	10,93%11,39%	11,22%	0,84	
P.Hipersecrec.	5,47%7,78%	6,92%	0,20	
Hepatopatía	5,79%3,42%	4,3%	0,10	
Demencia	8,04%8,54%	8,35%	0,80	

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecrec.: patología hipersecretora.

Los pacientes con algún antecedente referente a patología digestiva fueron más frecuentemente diagnosticados de “Enfermedades del aparato digestivo”, lo contrario que sucedió con la EPOC e insuficiencia cardíaca (ver Tabla IV.185).

Un mayor porcentaje de personas con antecedentes de demencia fueron diagnosticadas de “Enfermedades del aparato genitourinario” ($p=0,0001$), al contrario de lo que sucedió en

el caso de los pacientes con insuficiencia cardíaca y el consumo de alcohol ($p=0,05$ y $p=0,003$), (ver Tabla IV.186).

Un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes de demencia fueron diagnosticados de “Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo” ($p=0,0001$), sin embargo en el caso de los pacientes con consumo de tabaco ocurrió lo contrario ($p=0,003$), (ver Tabla IV.187).

Tabla IV.185.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p : nivel de significación).

C.morboso	E.A. DIGESTIVO		TOTAL	p
	SINO	TOTAL		
EPOC	16,96%22,59%	20,64%	0,05	
E. Cardiovasc.	30,8%34,61%	33,29%	0,26	
I.cardíaca	6,57%10,93%	9,43%	0,04	
Arritmia card.	5,19%7,29%	6,56%	0,24	
Cardiopatía isqu.	6,57%8,01%	7,52%	0,45	
HTA	34,95%34,79%	34,84%	0,96	
Diabetes	18,34%16,76%	17,3%	0,56	
TBC	4,15%4,92%	4,65%	0,61	
Colelitiasis	26,64%0%	9,19%	0,0001	
E. Reumatol.	25,26%18,58%	20,88%	0,02	
C. de alcohol	11,76%9,84%	10,5%	0,38	
C. de tabaco	35,99%41,71%	39,74%	0,10	
Cáncer	12,46%10,56%	11,22%	0,40	
P.Hipersecr.	12,11%4,19%	6,92%	0,0001	
Hepatopatía	6,57%3,1%	4,3%	0,01	
Demencia	6,57%9,29%	8,35%	0,17	

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.186.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado).

C.morboso	E.A. GENITOURINARIO			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	21,69%	20,34%	20,64%	0,68

E. Cardiovasc.	32,8%	33,44%	33,29%	0,87
I.cardíaca	5,82%	10,48%	9,43%	0,05
Arritmia card.	6,35%	6,63%	6,56%	0,89
Cardiopatía isqu.	8,47%	7,24%	7,52%	0,57
HTA	33,86%	35,13%	34,84%	0,74
Diabetes	16,93%	17,41%	17,3%	0,87
TBC	3,17%	5,08%	4,65%	0,27
Colelitiasis	9,52%	9,09%	9,19%	0,85
E. Reumatol.	22,75%	20,34%	20,88%	0,47
C. de alcohol	4,76%	12,17%	10,5%	0,003
C. de tabaco	41,27%	39,29%	39,74%	0,62
Cáncer	14,81%	10,17%	11,22%	0,07
P.Hipersecr.	7,41%	6,78%	6,92%	0,76
Hepatopatía	4,23%	4,31%	4,3%	0,96
Demencia	15,34%	6,32%	8,35%	0,0001

C. morboso: condicionante morboso. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Tabla IV.187.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado).

C.morboso	ENF. DE LA PIEL y TCSC			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	13,79%	20,89%	20,64%	0,35
E. Cardiovasc.	27,59%	33,5%	33,29%	0,50
I.cardíaca	3,45%	9,64%	9,43%	0,26
Arritmia card.	6,9%	6,55%	6,56%	0,94
Cardiopatía isqu.	3,45%	7,66%	7,52%	0,39
HTA	17,24%	35,48%	34,84%	0,04
Diabetes	10,34%	17,55%	17,3%	0,31
TBC	0%	4,82%	4,65%	0,22
Colelitiasis	10,34%	9,15%	9,19%	0,82
E. Reumatol.	27,59%	20,64%	20,88%	0,36
C. de alcohol	6,9%	10,63%	10,5%	0,51
C. de tabaco	13,79%	40,67%	39,74%	0,003
Cáncer	6,9%	11,37%	11,22%	0,45
P.Hipersecr.	3,45%	7,05%	6,92%	0,45
Hepatopatía	3,45%	4,33%	4,3%	0,81
Demencia	44,83%	7,05%	8,35%	0,0001

E. PIEL y TCSC: “Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo”. C. morboso: condicionante morboso. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes de patología hipersecretora fueron diagnosticados de “Enfermedades músculo esqueléticas” ($p=0,0004$), sin embargo en el caso de los pacientes con antecedentes de TBC ocurrió lo contrario ($p=0,003$), (ver Tabla IV.188).

Las personas con antecedentes de cáncer fueron más frecuentemente diagnosticados de “Síntomas mal definidos”; lo contrario sucedió en el caso de las personas con antecedentes de EPOC, enfermedades cardiovasculares, HTA y consumo de tabaco ($p=0,01$, $p=0,03$, $p=0,0002$ y $p=0,005$), (ver Tabla IV.189).

Los pacientes con antecedentes de HTA fueron diagnosticados con menor frecuencia de “Traumatismos y envenenamientos” ($p=0,02$), (ver Tabla IV.190).

Tabla IV.188.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL MUSCULO ESQUELETICO” en función de presentar o no los antecedentes patológicos .

C.morboso	E.M.ESQUELETICO			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	22,5%	20,06%	20,64%	0,45
E. Cardiovasc.	35%	32,76%	33,29%	0,55
I.cardíaca	9,5%	9,4%	9,43%	0,96
Arritmia card.	5,5%	6,9%	6,56%	0,48
Cardiopatía isqu.	6%	7,99%	7,52%	0,35
HTA	40%	33,23%	34,84%	0,07
Diabetes	18,5%	16,93%	17,93%	0,60
TBC	2%	5,49%	4,65%	0,04
Colelitiasis	12,5%	8,15%	9,19%	0,06
E. Reumatol.	76,5%	3,45%	20,88%	0,0001
C. de alcohol	8,5%	11,13%	10,5%	0,29
C. de tabaco	38%	40,28%	39,74%	0,56
Cáncer	12%	10,97%	11,22%	0,68
P.Hipersecr.	12,5%	5,17%	6,92%	0,0004
Hepatopatía	4%	4,39%	4,3%	0,81
Demencia	7%	8,78%	8,35%	0,42

E. M. Esquelético: “ Enfermedades músculo-esqueléticas”. C. morboso: condicionante morboso. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades

reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecrec.: patología hipersecretora.

Tabla IV.189.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de "SINTOMAS MAL DEFINIDOS" en función de presentar o no antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi χ^2).

C.morboso	SINTOMAS MAL DEFINIDOS			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	9,59%21,7%	20,64%	0,01	
E. Cardiovasc.	21,92%34,38%	33,29%	0,03	
I.cardíaca	5,48%9,8%	9,43%	0,22	
Arritmia card.	4,11%6,8%	6,56%	0,37	
Cardiopatía isqu.	6,85%7,58%	7,52%	0,82	
HTA	15,07%36,73%	34,84%	0,0002	
Diabetes	23,29%16,73%	17,3%	0,15	
TBC	1,37%4,97%	4,65%	0,16	
Colelitiasis	10,96%9,02%	9,19%	0,58	
E. Reumatol.	23,29%20,65%	20,88%	0,59	
C. de alcohol	15,07%10,07%	10,5%	0,18	
C. de tabaco	24,66%41,18%	39,74%	0,005	
Cáncer	19,18%10,46%	11,22%	0,02	
P.Hipersecrec.	5,48%7,06%	6,92%	0,61	
Hepatopatía	8,22%3,92%	4,3%	0,08	
Demencia	8,22%8,37%	8,35%	0,96	

C. morboso: condicionante morboso. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu. : cardiopatía isquémica. E. Reumatol. : enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecrec.: patología hipersecretora.

Tabla IV.190.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de "TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS" en función de presentar o no los antecedentes patológicos estudiados. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.morboso	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS			p
	SI	NO	TOTAL	
EPOC	6,67%	20,9%	20,64%	0,17
E. Cardiovasc.	20%	33,54%	33,29%	0,27
I.cardíaca	20%	9,23%	9,43%	0,15
Arritmia card.	0%	6,68%	6,56%	0,30
Cardiopatía isqu.	6,67%	7,53%	7,52%	0,89
HTA	6,67%	35,36%	34,84%	0,02
Diabetes	6,67%	17,5%	17,3%	0,27
TBC	0%	4,74%	4,65%	0,38
Colelitiasis	0%	9,36%	9,19%	0,21
E. Reumatol.	6,67%	21,14%	20,88%	0,17
C. de alcohol	13,33%	10,45%	10,5%	0,71
C. de tabaco	20%	40,1%	39,74%	0,11

Cáncer	13,33%	11,18%	11,22%	0,79
P.Hipersecr.	13,33%	6,8%	6,92%	0,32
Hepatopatía	0%	4,37%	4,3%	0,40
Demencia	0%	8,51%	8,35%	0,23

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

IV.10.-NIVEL DE CONCIENCIA

IV.10.1.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y NIVEL DE CONCIENCIA

Los pacientes con un nivel de conciencia disminuido en el momento en el que fueron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, presentaron un índice de Karnosky menor que si el nivel de conciencia hubiera sido normal. Esta diferencia fue significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.191).

Tabla IV.191.- Índice de Karnosky de los pacientes en función del nivel de conciencia que presentaran en el momento del ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

N.conciencia	Media I.Karnosky	DS
Disminuido	61,50	21,69
Normal	76,27	14,86

D.S.: desviación estándar. N. conciencia: nivel de conciencia. Media I.Karnosky: media de índice de Karnosky.

IV.10.2.- CALIDAD IA Y NIVEL DE CONCIENCIA

La Calidad diagnóstica global de los informes de alta no presentó diferencias significativas según el nivel de conciencia que hubieran presentado los pacientes en el momento de sus ingresos en el Servicio de Medicina Interna “A” ($p=0,65$), (ver Tabla IV.192).

Tabla IV.192.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes en función del nivel de conciencia alcanzado en el momento de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados).

N.conciencia	Media calidad IA	DS
--------------	------------------	----

Disminuido	5,82	1,89
Normal	6,07	1,22

D.S.: desviación estándar. N. conciencia: nivel de conciencia. media calidad IA: media de la calidad diagnóstica global del informe de alta.

IV.10.3.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y NIVEL DE CONCIENCIA

Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al número de diagnósticos finales y el nivel de conciencia de los pacientes ($p=0,43$), (ver Tabla IV.193).

Tabla IV.193.- Número de diagnósticos finales asignados en el informe de alta de los pacientes según el nivel de conciencia que poseían cuando ingresaron en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

Nivel Conciencia	Media de DF	DS
Disminuido	3,45	1,55
Normal	3,39	1,78

D.S.: desviación estándar. N. conciencia: nivel de conciencia. DF: diagnósticos finales.

IV.10.4.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y NIVEL DE CONCIENCIA

No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades infecciosas” ($p=0,65$), (ver Tabla IV.194).

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Tumores” ($p=0,77$),(ver Tabla IV.195).

Tabla IV.194.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). ($p=0,65$).

E. INFECC.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	15,79%	84,21%

No	17,63%	82,37%
TOTAL	17,42%	82,56%

E. INFECC.: enfermedades infecciosas y parasitarias.

Tabla IV.195.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TUMORES” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). ($p = 0,77$).

TUMORES.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	18,75%	81,25%
No	17,31%	82,69%
TOTAL	17,42%	82,58%

Así mismo, no hubo diferencias significativas entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades endocrinas” ($p=0,19$),(ver Tabla IV.196).

Tabla IV.196.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). ($p = 0,19$).

E.ENDOCRINAS	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	19,79%	80,21%
No	16,22%	83,78%
TOTAL	17,42%	82,58%

E.ENDOCRINAS: Enfermedades del sistema endocrino.

Tabla IV.197.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DE LA SANGRE” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). ($p = 0,22$).

E.SANGRE	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	11,32%	88,68%
No	17,83%	82,17%
TOTAL	17,42%	82,17%

Las diferencias entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades de la sangre” tampoco fueron significativas ($p=0,22$),(ver Tabla IV.197).

Sin embargo, un mayor porcentaje de pacientes con nivel de conciencia disminuido obtuvo el diagnóstico de “Trastornos mentales”, siendo esta diferencia muy significativa

(p=0,0001), (ver Tabla IV.198).

Tabla IV.198.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TRASTORNOS MENTALES” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado).

T. MENTALES.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	40,46%	59,54%
No	13,15%	86,85%
TOTAL	17,42%	86,85%

Lo mismo ocurrió con los pacientes diagnosticados de “Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos” (p=0,002),(ver Tabla IV.199).

Tabla IV.199.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y SENTIDOS” en función del nivel de conciencia que presentaron.(Prueba de Chi cuadrado).

E.SN y SENTIDOS.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	28,16%	71,84%
No	15,92%	84,08%
TOTAL	17,42%	84,08%

E. SN Y SENTIDOS: Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos.

Las diferencias entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades del aparato circulatorio” tampoco fueron significativas (p=0,53),(ver Tabla IV.200).

Tabla IV.200.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; p =0,53).

E.A. CIRCULAT.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	17,96%	82,04%
No	16,22%	83,78%
TOTAL	17,42%	83,78%

E.A. CIRCULAT.: Enfermedades del aparato circulatorio.

Entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades del aparato respiratorio” tampoco se encontraron diferencias significativas

(p=0,43), (ver Tabla IV.201).

Tabla IV. 201.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; p =0,43).

E.A. RESPIR.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	16,08%	83,92%
No	18,22%	81,78%
TOTAL	17,42%	82,58%

E.A.RESPIR.: Enfermedades del aparato respiratorio

De los pacientes con nivel de conciencia disminuido un elevado porcentaje no poseía el diagnóstico de “Enfermedades del aparato digestivo”, siendo esta diferencia significativa (p=0,01), (ver Tabla IV.202).

Tabla IV.202.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; p=0,01).

E.A. DIGESTIVO	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	13,15%	86,85%
No	19,67%	80,33%
TOTAL	17,42%	82,58%

E. A. DIGESTIVO: Enfermedades del aparato digestivo

De los pacientes con un nivel de conciencia disminuido, un elevado porcentaje fue diagnosticado de “Enfermedades del aparato genitourinario” siendo estas diferencias significativas (p=0,004), (ver Tabla IV.203).

Tabla IV.203.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; p =0,004).

E.A. GENITOURIN.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	24,34%	75,76%
No	15,41%	84,59%
TOTAL	17,42%	82,58%

E.A GENITOURIN.: Enfermedades del aparato genitourinario

No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo” ($p=0,43$), (ver Tabla IV.204).

Tabla IV.204.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; $p=0,43$).

E.PIEL y TCSC.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	27,59%	72,41%
No	17,06%	82,94%
TOTAL	17,42%	82,59%

E. PIEL y TCSC: Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.

Tampoco existieron diferencias significativas entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Enfermedades osteomusculares” ($p=0,21$), (ver Tabla IV.205).

Tabla IV.205.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES Y DEL TEJIDO CONECTIVO” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; $p =0,21$).

E.MESQUEL	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	14,5%	85,5%
No	18,34%	81,66%
TOTAL	17,42%	82,58%

E.M. ESQUEL.: Enfermedades osteomusculares

Por otra parte, entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Síntomas mal definidos” tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0,81$), (ver Tabla IV.206).

Tabla IV.206.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “SÍNTOMAS Y SIGNOS MAL DEFINIDOS” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; $p =0,81$).

ST.MAL DEF.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal

Sí	16,44%	83,56%
No	17,52%	82,48%
TOTAL	17,42%	82,58%

ST. MAL DEF.: Síntomas y signos mal definidos

Entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados y el diagnóstico de “Traumatismos y envenenamientos” tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0,79$), (ver Tabla IV.207).

Tabla IV.207.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; $p=0,79$).

TRAUMAT.ENV.	N I V E L D E C O N C I E N C I A	
	Disminuido	Normal
Sí	20%	80%
No	17,38%	82,62%
TOTAL	17,42%	82,58%

TRAUMAT. ENV.: Traumatismos y envenenamientos.

Con el fin de resumir esquemáticamente todas las diferencias entre el nivel de conciencia de los pacientes y los diagnósticos recibidos al ser dados de alta que han sido comentadas hasta el momento, realizamos la Tabla IV.208.

Tabla IV.208.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de “Enfermedades del aparato respiratorio” en función del nivel de conciencia que presentaron. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G.DIAGNOSTICO	N I V E L D E C O N C I E N C I A				p	
	Disminuido		Normal			
	Sí	No	Sí	No		
I.- E. INFECCIOSAS	15,79%	17,63%	84,21%	82,37%	0,65	
II.- TUMORES	18,75%	17,31%	81,25%	82,69%	0,77	
III.- E. ENDOCRINAS	19,79%	16,22%	80,21%	83,78%	0,19	
IV.- E.SANGRE	11,32%	17,83%	88,68%	82,17%	0,22	
V.- T. MENTALES	40,46%	13,15%	59,54%	86,85%	0,0001	

VI.- SN Y SENTIDOS	28,16%	15,92%	71,84%	84,08%	0,002
VII.- E. A.CIRCULAT.	17,96%	16,22%	82,04%	83,78%	0,53
VIII.- E. A. RESPIR.	16,08%	18,22%	83,92%	81,78%	0,43
IX.- E. A. DIGESTIVO	13,15%	19,67%	86,85%	80,33%	0,01
X.- E. A. GENITOURIN.	24,34%	15,41%	75,76%	84,59%	0,004
XII.- E. PIEL Y TCSC	27,59%	17,06%	72,41%	82,94%	0,14
XIII.- E. M. ESQUEL.	14,5%	18,34%	85,5%	81,66%	0,21
XVI.- SINT.MAL DEF.	16,44%	17,52%	83,56%	82,48%	0,81
XVII.- TRAUMAT., ENV.	20%	17,38%	80%	82,62%	0,79

G. diagnóstico: grupo diagnóstico. E.: enfermedades. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. E. A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

IV.11.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL ALTA

IV.11.1.- ESTANCIA Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

No se encontraron diferencias entre la media de estancia de los pacientes que, en el momento de ser dados de alta, presentaron una ausencia de la enfermedad que motivó su ingreso, con la de los pacientes que no tuvieron ausencia de dicha enfermedad ($p=0,22$), (ver Tabla IV.209).

Tabla IV.209.- Media de estancia (valorada en días) que los pacientes permanecieron ingresados en función de que en el momento de ser dados de alta presentaran o no ausencia de la enfermedad responsable del ingreso. (t-Test para datos no apareados. U de Mann- Whitney).

Ausencia de enfermedad	Media de días de estancia	DS
Ausencia	13,83	9,60
No ausencia	15,93	14,41

Ausencia de enfermedad: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. D.S.: desviación estándar.

IV.11.2.- MULTINGRESO Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

Los pacientes que no presentaron ausencia de la enfermedad responsable de sus ingresos, habían realizado mayor número de ingresos previos que aquellos que en el momento del alta se consideró que ya no padecían el proceso, siendo esta diferencia significativa ($p=0,0004$), (ver Tabla IV.210).

Tabla IV.210 .- Número de ingresos previos realizados por los pacientes en función de que en el momento de ser dados de alta presentaran o no ausencia de la enfermedad responsable del ingreso. (t-Test para datos no apareados. U de Mann- Whitney).

Ausencia de enfermedad	Número de ingresos previos	DS
Ausencia	2,07	1,54
No ausencia	2,97	2,40

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. D.S.: desviación estándar.

Tabla IV.211.- Porcentaje de pacientes con ingresos previos en función de que en el momento de ser dados de alta presentaran o no ausencia de la enfermedad responsable del ingreso actual. (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	ingresos previos		TOTAL
	Sí	No	
Ausencia	21,09%	29,57%	25,3%
No ausencia	78,91%	70,43%	74,7%

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Existió mayor porcentaje de pacientes que habían realizado ingresos en anteriores ocasiones y que no presentaron ausencia de la enfermedad causante del ingreso actual, así como, de entre los que sí que presentaron curación de la enfermedad, un mayor porcentaje correspondió a personas que no habían ingresado en anteriores ocasiones, siendo estas diferencias significativas ($p=0,004$), (ver Tabla IV.211).

IV.11.3.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

Determinados antecedentes se relacionaron con la presencia o ausencia de la enfermedad responsable del ingreso en el momento del alta. Así, un elevado porcentaje de los pacientes con EPOC eran dados de alta sin que se considerara que la patología que había ocasionado el ingreso se encontrara solucionada, al igual que sucedió con aquellos pacientes que contaban con antecedentes de enfermedades cardiovasculares, cáncer o demencia ($p=0,05$, $p=0,001$, $p=0,01$ y $p=0,001$ respectivamente), (ver Tabla IV.212).

Tabla IV.212 .- Porcentaje de pacientes con antecedentes patológicos en función de que

en el momento de ser dados de alta presentaran o no ausencia de la enfermedad responsable del ingreso. (Prueba de Chi cuadrado).

C. morboso	Ausencia	Presencia	TOTAL	p
EPOC	16,04%22,2%	20,64%	0,05	
E. Cardiovasc.	24,53%36,26%	33,29%	0,001	
I.cardíaca	7,55%10,06%	9,43%	0,27	
Arritmia card.	6,13%6,71%	6,56%	0,76	
Cardiopatía isqu.	6,13%7,99%	7,52%	0,37	
HTA	37,26%34,03%	34,84%	0,39	
Diabetes	16,51%17,57%	17,3%	0,72	
TBC	3,77%4,95%	4,65%	0,48	
Colelitiasis	10,38%8,79%	9,19%	0,48	
E. Reumatol.	20,28%21,09%	20,88%	0,80	
C. de alcohol	9,91%10,7%	10,5%	0,74	
C. de tabaco	34,43%41,53%	39,74%	0,06	
Cáncer	5,19%13,26%	11,22%	0,01	
P.Hipersecr.	4,25%7,83%	6,92%	0,07	
Hepatopatía	2,83%4,79%	4,35%	0,22	
Demencia	0,47%11,02%	8,35%	0,001	

C. morboso: condicionante morboso. Presencia: presencia de enfermedad en el momento del alta. Ausencia: ausencia de enfermedad en el momento del alta. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

IV.11.4.- NIVEL DE CONCIENCIA Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

Un mayor porcentaje de pacientes cuyo nivel de conciencia era normal, presentó ausencia de la enfermedad responsable del ingreso en el momento del alta, sin embargo, los pacientes con nivel disminuido abandonaron el Servicio de Medicina Interna “A” sin que se consideraran restablecidos de su enfermedad, siendo estas diferencias significativas ($p=0,001$), (ver Tabla IV.213).

Tabla IV. 213.- Nivel de conciencia que presentaron los pacientes en el momento de ser ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” y ausencia o no de la entidad responsable de su ingreso en el momento de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado. U de Mann-Whitney). (

N. Conciencia	Ausencia	Presencia	TOTAL
Disminuido	10,38%	19,81%	17,42%
Normal	89,62%	80,19%	82,58%

Presencia: presencia de enfermedad en el momento del alta. Ausencia: ausencia de enfermedad en el momento del alta. N. Conciencia: nivel de conciencia.

IV.11.5.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

El índice de Karnosky alcanzado por los pacientes fue distinto en función de que la enfermedad responsable del ingreso se encontrara o no presente en el momento del alta hospitalaria. Así, los pacientes con ausencia de enfermedad, presentaron mayores índices de Karnosky ($85,61 \pm 10,16$), que aquellos que aún padecían la enfermedad ($69,66 \pm 17,20$), estas diferencias fueron muy significativas ($p=0,001$), pudiendo ser observadas en la Tabla IV.214.

Tabla IV. 214.- Índice de Karnosky de los pacientes según presentaran ausencia o presencia de la enfermedad que motivó sus ingresos en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna "A".

Ausencia enf.	Media I. Karnosky	D.S.
Sí	85,61	10,16
No	69,66	17,20

I. Karnosky: índice de Karnosky. Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. (Sí: ausencia de enfermedad; No: presencia de enfermedad). D.S.: desviación estándar.

IV.11.6.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

En general, la aparición de alteraciones a lo largo del período de tiempo que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A", se asoció significativamente con una presencia de la patología que motivó los ingresos, (ver Tabla IV.215).

Tabla IV.215 .- Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones a lo largo de su evolución en función de que presentaran o no, en el momento de ser dados de alta, una ausencia de la enfermedad responsable de su ingreso. (Prueba de Chi cuadrado).

Complicaciones	Ausencia enferm. al alta			p
	Sí	No	TOTAL	

Inf. Nosocomial	8,49%	18,05%	15,63%	0,0009
A. Psiquiátricas	7,08%	16,77%	14,2%	0,0005
A. Neurológicas	6,6%	13,9%	12,05%	0,004
A.A.Locomotor	1,89%	2,56%	2,9%	0,58
A.A. Digestivo	12,74%	14,06%	13,72%	0,62
A.A.Circulatorio	12,74%	19,49%	17,78%	0,02
Hemorr., sangrado	1,42%	7,83%	6,21%	0,0008
A.A. Respiratorio	1,42%	9,58%	7,52%	0,0001
A. Renales	1,42%	5,75%	4,65%	0,009

A: alteraciones. A.A.: alteraciones del aparato. Inf.: infección. Hemorr.: hemorragias.

IV.11.7.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

La Calidad diagnóstica global de los informe de alta variaba según existiera o no ausencia de la entidad patológica que motivó los ingresos. Hubo mayor calidad en los informes correspondientes a personas con ausencia de la enfermedad en el momento de abandonar el Servicio, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,001$), (ver Tabla IV.216).

Tabla IV.216.- Calidad diagnóstica global del informe de alta de los pacientes en función de que presentaran ausencia o no de la enfermedad responsable de los ingresos en el momento de ser dados de alta. (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

Ausencia de enfermedad	Media de calidad diagnóstica del IA	DS
Ausencia6,29	0,94	
No ausencia	5,94	1,47

D.S.: desviación estándar. IA: informe de alta.

Un mayor porcentaje pacientes que en el momento del alta no mostraron ausencia de la enfermedad que les ocasionó su ingreso, carecían de informe de alta, lo contrario sucedió con los pacientes que en el alta poseían ausencia de la enfermedad ($p=0,02$), Tabla IV.217).

Tabla IV.217.- Existencia de informe de alta en función de que los pacientes presentaran o no ausencia de la entidad patológica responsable del ingreso en el momento de ser dados de alta. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación; $p = 0,02$).

Ausencia de enfermedad	EXISTENCIA IA . SÍ	TOTAL
	25,96%	74,07%
	6,9%	93,1%
Ausencia	25,3%	74,7%
No ausencia		

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. IA: informe de alta.

En cuanto a la utilización de los diversos términos que valoran la calidad del informe de alta y la posible relación con la presencia o no de la enfermedad responsable del ingreso en el momento del alta, las únicas diferencias significativas fueron las observadas en el empleo del término “probable”, que se asoció frecuentemente a informes de alta correspondientes a pacientes sin ausencia de la enfermedad responsable del ingreso ($p=0,02$).

Lo mismo ocurrió con la aparición de abreviaturas, aunque en este caso también se observó que un porcentaje mayor de informes en los que no aparecían las abreviaturas se trataba de pacientes que presentaban ausencia de enfermedad al abandonar el hospital ($p=0,009$). Ver tablas IV.218 y IV.219.

Tabla IV.218.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término “probable” y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. ($p = 0,02$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	“P R O B A B L E ”		TOTAL
	SÍ	No	
Ausencia	5,26%	26,98%	25,96%
No ausencia	94,74%	73,02%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Tabla IV. 219.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término “possible” y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. (p : nivel de significación; $p = 0,009$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	“ABREVIATURAS ”		TOTAL
	SÍ	No	
Ausencia	20,36%	28,84%	25,96%
No ausencia	79,64%	71,16%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

La utilización de “pendiente de” se presentó en los informes de pacientes con ausencia de la enfermedad responsable del ingreso en el momento del alta ($p=0,04$). Por último, destacar que el término “PCR” fue frecuente en los informes no realizados que correspondieron sobre todo a pacientes que no poseían ausencia de enfermedad ($p=0,02$). Ver tablas IV.220-IV.225.

Tabla IV.220.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término “No se

descarta" y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. ($p = 0,30$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	"NO SE DESCARTA" TOTAL		
	SÍ	No	
Ausencia	0%	26,05%	25,96%
No ausencia	100%	73,95%	74,04%

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Tabla IV.221.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término "los previos" y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. ($p = 0,31$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	"LOS PREVIOS" TOTAL		
	SÍ	No	
Ausencia	14,29%	26,16%	25,96%
No ausencia	85,71%	73,84%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Tabla IV.222.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término "possible" y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. ($p = 0,04$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	"PENDIENTE DE"		TOTAL
	SÍ	No	
Ausencia	31,79%	24,37%	25,96%
No ausencia	68,21%	75,63%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Tabla IV.223.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término "possible" y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. (p : nivel de significación; $p = 0,28$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	"POSIBLE"		TOTAL
	SÍ	No	
Ausencia	20,31%	26,44%	25,96%
No ausencia	79,69%	73,56%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad.

Tabla IV. 224.- Porcentaje de informes de alta en los que fue difícil valorar la causa principal responsable del ingreso del paciente, y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el momento de ser dados de alta. ($p = 0,43$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	DIFÍCIL SELECC CAUSA PRINCIPAL		TOTAL
	SÍ	No	
Ausencia	20,93%	26,24%	25,96%
No ausencia	79,07%	73,76%	74,04%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. DIFÍCIL SELECC CP: difícil valorar la causa principal responsable del ingreso del paciente.

Tabla IV. 225.- Porcentaje de informes de alta en los que se empleó el término "PCR" (parada cardiorrespiratoria) y la relación con la ausencia o no de enfermedad en el

momento de ser dados de alta. ($p = 0,02$). (Prueba de Chi cuadrado).

Ausencia de enfermedad	PARADA CARDIORRESPIRATORIA			TOTAL IA NO realizados
	SI	No		
Ausencia	0%	26,15%		6,9% 25,3%
No ausencia	100%	73,85%		93,1% 74,7%

Ausencia de enfermedad.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. IA: informes de alta. P.CARDIORRESPIRATORIA: parada cardiorrespiratoria.

IV.11.8.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA

El número de diagnósticos finales de los pacientes que al abandonar el hospital no presentaban ausencia de la enfermedad que ocasionó sus ingresos era mayor que el número de diagnósticos de los pacientes con ausencia de enfermedad, siendo tal diferencia significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.226).

Tabla IV. 226 .- Índice diagnóstico en función de que los pacientes en el momento de ser dados de alta presentaran o no ausencia de la enfermedad responsable de su ingreso. (t-Test para datos no apareados).

Ausencia de enfermedad	Número de Diagnósticos finales	DS
Ausencia	2,87	1,61
No ausencia	3,58	1,75

Ausencia enf.: ausencia de enfermedad en el momento del alta. No ausencia: presencia de enfermedad. D.S.: desviación estándar.

IV.11.9.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y AUSENCIA DE ENFERMEDAD

El porcentaje de pacientes sin ausencia de la enfermedad responsable del ingreso fue significativamente mayor en las personas diagnosticadas de “Enfermedades del aparato respiratorio”, “Enfermedades del aparato genitourinario”, “Tumores”, “Trastornos mentales”, “Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos”, (con $p=0,05$, $p=0,0001$, $p=0,0001$, $p=0,0001$, $p=0,01$ respectivamente), (ver Tabla IV.227).

Tabla IV. 227.- Porcentaje de pacientes con y sin ausencia de la enfermedad responsable del ingreso al ser dados de alta según los diferentes diagnósticos finales que figuraban en el informe de alta; diagnósticos finales clasificados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9ª-MC). (p : nivel de significación). (Prueba de Chi cuadrado).

G.DIAGNOSTICO	Ausencia enfermedad
---------------	---------------------

	SI	NO	TOTAL	p
I.- E. INFECCIOSAS	12,26%	11,02%	11,34%	0,62
II.- TUMORES	0,94%	9,9%	7,64%	0,0001
III.- E. ENDOCRINAS	29,72%	35,14%	33,77%	0,14
IV.- E. SANGRE	3,77%	7,19%	6,32%	0,07
V.- T. MENTALES	6,13%	18,85%	15,63%	0,0001
VI.- SN Y SENTIDOS	7,55%	13,9%	12,29%	0,01

G. diagnóstico: grupo diagnóstico. E.: enfermedades. E. INFECC.: enfermedades infecciosas. E. ENDOCR.: enfermedades del sistema endocrino. E. SANGRE: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E. SN Y SENT.: enfermedades del sistema nervioso y sentidos.

Tabla IV. 227.- (CONTINUACIÓN). Porcentaje de pacientes con y sin ausencia de la enfermedad responsable del ingreso al ser dados de alta según los diferentes diagnósticos finales que figuraban en el informe de alta; diagnósticos finales clasificados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC). (p: nivel de significación).
(Prueba de Chi cuadrado).

G.DIAGNOSTICO	Ausencia enfermedad			p
	SI	NO	TOTAL	
VII.- E. A.CIRCULAT.	64,15%	70,77%	69,09%	0,07
VIII.- E. A. RESPIR.	31,6%	38,98%	37,11%	0,05
IX.- E. A. DIGESTIVO	35,85%	34,03%	34,49%	0,62
X.- E. A. GENITOURIN.	12,74%	25,88%	22,55%	0,0001
XII.- E. PIEL Y TCSC	2,36%	3,83%	3,46%	0,30
XIII.- E. M. ESQUEL.	26,89%	22,84%	23,87%	0,23
XVI.- SINT.MAL DEF.	8,96%	8,63%	8,71%	0,88
XVII.- TRAUMAT., ENV.	3,3%	1,28%	1,79%	0,05

G. diagnóstico: grupo diagnóstico. E. A.CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E. A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. E. A. DIG.: enfermedades del aparato digestivo. E. A. GENITOUR.: enfermedades del aparato genitourinario. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

IV.12.- INDICE DE KARNOSKY

IV.12.1.- ÉXITUS E ÍNDICE DE KARNOSKY

El índice de Karnosky de los pacientes que fallecieron durante el período de tiempo que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” fue menor que el índice

de los que no fallecieron, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,0001$),(ver Tabla IV.228).

Tabla IV.228.- Índice de Karnosky en los pacientes fallecidos y no durante el período de estancia en el Servicio de Medicina Interna "A". (t-Test para datos no apareados).

Éxitus	Media I.Karnosky	D.S.
Sí éxitus	48,60	16,32
No éxitus	76,83	14,51

D.S.: desviación estándar. I. Karnosky : índice de Karnosky.

Sin embargo, dentro de estos pacientes fallecidos, el índice de Karnosky de los que murieron durante las primeras 72 horas de haber realizado el ingreso, no mostró apenas diferencias con el de los que fallecieron posteriormente ($p=0,57$),(ver Tabla IV.229).

Tabla IV.229.- Comparación del índice de Karnosky en las personas fallecidas durante las primeras 72 horas de la realización del ingreso y posteriormente. (t-Test para datos no apareados).

Éxitus	Media I.Karnosky	D.S.
< 3 días	50	20
> 3 días	47,93	14,38

I. Karnosky : índice de Karnosky. D.S.: desviación estándar. p=significación estadística.

IV.12.2.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS E ÍNDICE DE KARNOSKY

En cuanto a las personas fallecidas, tomando como referencia índices de Karnosky menores o mayores de 70, aunque para estos últimos el número de enfermedades asociadas al éxitus fuera ligeramente superior, tal diferencia no fue significativa ($p= 0,48$), (ver Tabla IV.230).

Tabla IV.230.- Número de enfermedades asociadas al éxitus en función del índice de Karnosky. (t-Test para datos no apareados).

I.Karnosky	Nºenf.asoc.éxitus	D.S.
<70	2,75	1,25
=70	3	1,65

D.S.: Desviación estándar. Nª enf. asoc.éxitus: número de enfermedades asociadas al éxitus. I. Karnosky: índice de Karnosky.

IV.12.3.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” MUERTE Y KARNOSKY

El índice de Karnosky de los pacientes que fallecieron a causa de las enfermedades consideradas como origen del fallecimiento, fue inferior que los índices de Karnosky de los pacientes no fallecidos, siendo (a excepción del infarto agudo de miocardio) todas estas diferencias significativas, (ver Tabla IV.231; figura IV.42).

Tabla IV.231.- Comparación entre los diferentes índices de Karnosky de los pacientes fallecidos y no fallecidos distribuidos por causa “básica” de muerte. (para datos no apareados). (p: nivel de significación).

C.B. Muerte.	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
ACV	45,55	21,27	74,00	16,89	0,0001
EPOC	50	16,03	74,13	16,90	0,0001
Neumonía	44,44	13,33	74,01	16,95	0,0001
EAP	55,29	17,36	74,08	16,98	0,0001
TEP	51,42	10,69	73,88	17,10	0,0006

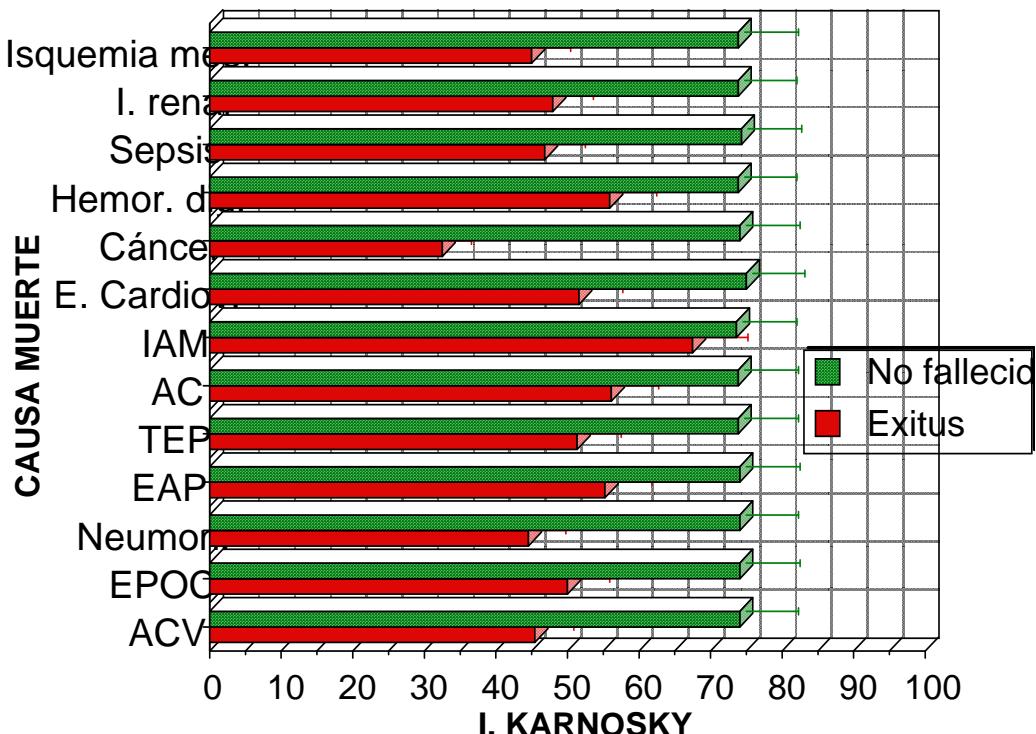
C.B.Muerte: causa “básica” de muerte. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.EAP: edema agudo de pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar.

Tabla IV.231.- (CONTINUACIÓN).Comparación entre los diferentes índices de Karnosky de los pacientes fallecidos y no fallecidos distribuidos por causa “básica” de muerte. (para datos no apareados). (p: nivel de significación).

C.B. Muerte.	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
AC	56,15	19,80	73,90	17,02	0,0002
IAM	67,5	9,57	73,72	17,20	0,46
E. Cardiov.	51,62	17,58	74,89	16,34	0,0001
Cáncer	32,5	7,07	74,09	16,76	0,0001
Hemor. dig.	56	11,40	73,80	17,16	0,02
Sepsis	46,81	13,58	74,42	16,68	0,0001
I. renal	48	23,87	73,85	17,03	0,0008
Isquemia mes.	45	16,43	73,90	17,02	0,0001

C.B.Muerte: causa “básica” de muerte. Isquemia mes.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. Hemor.dig.: hemorragia digestiva. E. Cardiov.: enfermedades cardivasculares. EAP: edema agudo de pulmón. TEP: tromboembolismo pulmonar. AC: arritmia cardíaca. IAM: infarto agudo de miocardio.

Figura IV. 42.- Comparación en la media de índice de Karnosky alcanzado entre las personas fallecidas por las diferentes causas de muerte y las no fallecidas.



Isquemia mesen.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. Hemor. dig. hemorragia vía digestiva. E. Cardiov.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neumon.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

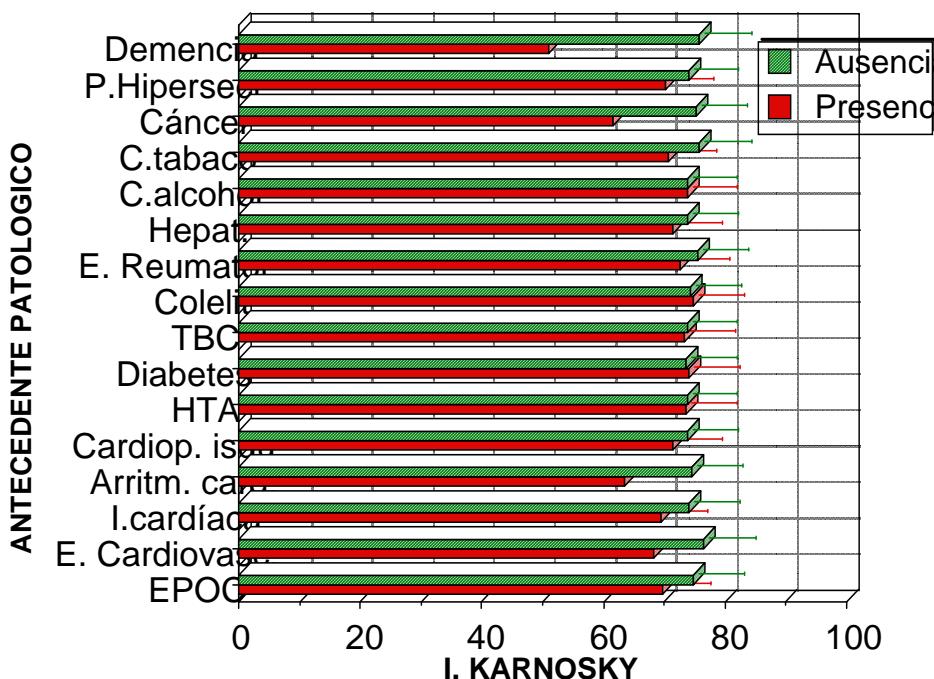
Tabla IV.232.- Índice de Karnosky de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que contaran no con los antecedentes patológicos estudiados. (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

C.morboso	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
EPOC	69,76	15,58	74,72	17,44	0,0007
E. Cardiovasc.	68,17	15,84	76,45	17,17	0,0001
I.cardíaca	69,36	13,14	74,15	17,49	0,01
Aritmia card.	63,45	16,58	74,41	17,00	0,0001
Cardiopatía isqu.	71,42	13,42	73,88	17,44	0,27
HTA	73,66	15,59	73,71	17,98	0,96
Diabetes	74,13	14,07	73,60	17,77	0,73
TBC	73,33	13,82	73,71	17,33	0,89
Colelitiasis	74,80	16,90	74,25	17,22	0,06
E. Reumatol.	72,55	11,22	75,43	13,32	0,2

C. de alcohol	73,75	15,33	73,69	17,39	0,97
C. de tabaco	70,60	16,27	75,74	17,44	0,0001
Cáncer	61,48	17,09	75,24	16,57	0,0001
P.Hipersecr.	70,17	15,38	73,96	17,28	0,10
Hepatopatía	71,38	13,44	73,80	15,43	0,1
Demencia	50,85	15,67	75,78	15,75	0,0001

C. morboso: condicionante morbo. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu.: cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol.: enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

Figura IV. 43.- Índice de Karnosky alcanzado por los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que contaran o no con antecedentes patológicos.



Hepat.: hepatopatía. P. Hipersecr.: patología hipersecretora. C.: consumo. E. Reumatol.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. Cardiop. isqu.: cardiopatía isquémica. Arritm. card.: arritmia cardíaca. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

IV.12.4.- CONDICIONANTES MORBOSOS E ÍNDICE DE KARNOSKY

El índice de Karnosky de las personas con antecedentes patológicos tales como la EPOC, las enfermedades cardiovasculares, (y dentro de estas la insuficiencia cardíaca y arritmia), la demencia, cáncer, y consumo de tabaco fue menor que la media de los índices de Karnosky de las personas que no contaban con estos antecedentes, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, como se puede apreciar en la Tabla IV.232 y en la figura IV.43

IV.12.5.- NIVEL DE CONCIENCIA E ÍNDICE DE KARNOSKY

El índice de Karnosky de los pacientes con nivel de conciencia disminuido fue inferior al de los pacientes cuyo nivel era normal, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.233).

Tabla IV.233.- Comparación del índice de Karnosky de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función de su nivel de conciencia . (t-Test para datos no apareados).

N.conciencia	Media I. Karnosky	D.S
Disminuido	61,50	21,69
Normal	76,27	14,86

D.S.: Desviación estándar. I. Karnosky: índice de Karnosky. N. conciencia: nivel de conciencia.

IV.12.6.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA E ÍNDICE DE KARNOSKY

Tabla IV.234.- Indice de Karnosky de los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones surgidas durante el período que premanecieron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A”.(t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

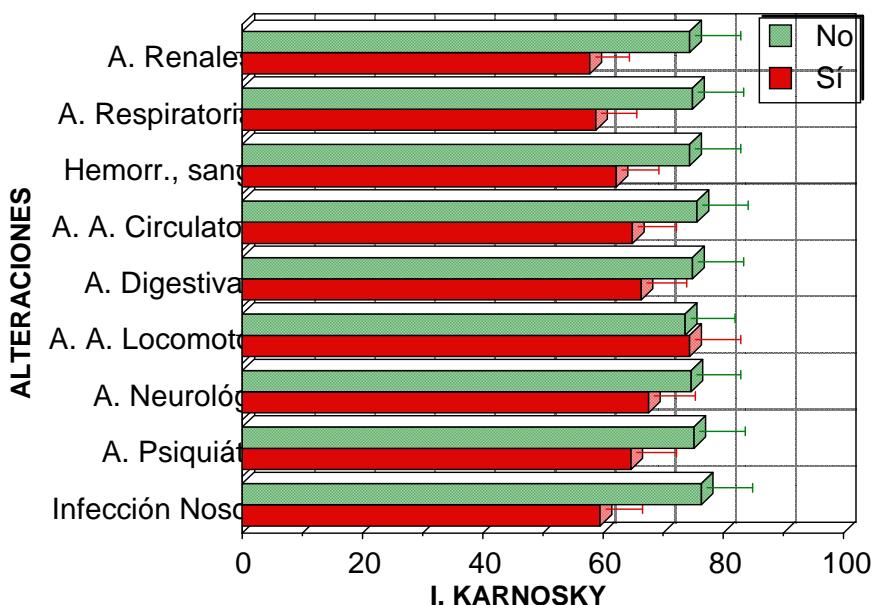
Complicación	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Infeción Nosoc.	59,54	19,08	76,32	15,45	0,0001
A. Psiquiátr.	64,75	17,86	75,19	16,61	0,0001
A. Neurológ.	67,62	18,00	74,53	16,91	0,0001
A. A. Locomotor	74,5	13,56	73,68	17,26	0,83
A. Digestivas	66,26	18,51	74,88	16,67	0,0001
A. A. Circulatorio	64,76	18,32	75,63	16,30	0,0001
Hemorr., sangr.	62,11	17,86	74,46	16,87	0,0001

A. Respiratorias	58,73	16,99	74,91	16,62	0,0001
A. Renales	57,69	15,12	74,48	16,90	0,0001

I. Nosoc: infección nosocomial. A. Siqu.: alteraciones siquiatrásicas. A. Neurol.: alteraciones neurológicas. A. Locom.: alteraciones aparato locomotor. A. Circul.: alteraciones circulatorias. Hemorr, sangr.: hemorragias y sangrados. A. Respir.: alteraciones respiratorias.

El índice de Karnosky alcanzado por los pacientes fue diferente en función del desarrollo o no de alteraciones a lo largo del período de tiempo que permanecieron hospitalizados. En general, la existencia de alteraciones se relacionaba significativamente con una cifra menor de I. Karnosky, (ver Tabla IV.234; figura IV.44)

Figura IV. 44.- Indice de Karnosky alcanzado por los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones a lo largo del período de estancia en el Servicio de Medicina Interna "A".



A.Renales: alteraciones renales. A.Respiratorias. : alteraciones del aparato respiratorio. Hemorr., sangr.: hemorragias, sangrados. A.A.Circulatorio.: alteraciones del aparato circulatorio. A.Digestivas: alteraciones del aparato digestivo. A.A.Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurológ.: alteraciones neurológicas. A. Psiquiátr.: alteraciones psiquiatrásicas. Infección Nosoc. : infecciones nosocomiales.

IV.12.7.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA E ÍNDICE DE KARNOSKY

El índice de Karnosky de aquellos pacientes a los que se les realizó el informe de alta fue mayor

que el de aquellos que no contaban con dicho informe en el momento de ser dados de alta; esta diferencia fue significativa ($p=0,0001$), y se puede observar en la Tabla IV.235.

Tabla IV.235.- Comparación entre la media de índice de Karnosky de los pacientes a los que se les realizó el informe de alta y a los que no. (t-Test para datos no apareados).

IA	Media I.Karnosky	D.S.
Sí	74,31	16,83
No	56,55	18,18

IA: informe de alta (Sí: existencia de informe; No: ausencia de informe). D.S.: desviación estándar.
I.Karnosky: índice de Karnosky.

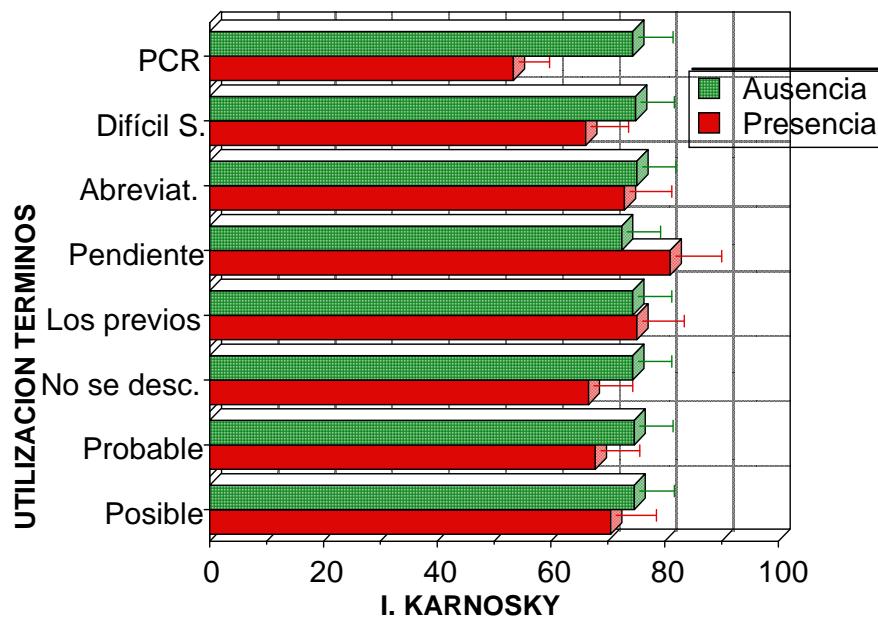
Este índice de Karnosky variaba en función de la utilización de los términos estudiados para valorar la calidad del informe de alta, y así por ejemplo, los pacientes en cuyos informes figuraba el empleo de “ posible”, “probable”, abreviaturas, o la difícil la selección de la causa principal que motivó el diagnóstico, mostraron menores índices que los de aquellos en cuyos informes no aparecían tales términos, siendo dichas diferencias significativas, (ver Tabla IV.236; figura IV.45).

Tabla IV.236.- Comparación del índice de Karnosky en función de la utilización o no de los términos cuya utilidad reside en la valoración de la calidad del informe de alta. (p : nivel de significación). (Prueba de Wilcoxon).

Utilización de:	Media de I. Karnosky		D . S .		p
	Existe	No	Existe	No	
Possible	70,46	74,64	16,37	16,84	0,05
Probable	67,89	74,63	18,03	16,72	0,01
No se desc.	66,66	74,34	25,16	16,81	0,43
Los previos	75	74,30	14	16,88	0,87
Pendiente	80,98	72,5	10,87	17,69	0,0001
Abreviat.	72,90	75,03	15,43	17,48	0,10
Difícil S.	66,04	74,77	18,40	16,63	0,0009
PCR	53,33	74,47	16,33	16,75	0,0001

D.S.: desviación estándar. p : nivel de significación. No se desc.: no se descarta. Abreviat.: abreviaturas. Difícil s.: difícil selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Figura IV. 45.- Índice de Karnosky de los pacientes en función de la utilización o no de los términos que valoran la calidad del informe de alta.



Difícil s.: dificultad de la selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria. Abreviat.: abreviaturas. I. Karnosky: índice de Karnosky.

IV.12.8.- DIAGNÓSTICOS FINALES E ÍNDICE DE KARNOSKY

Tabla IV.237.- Comparación del índice de Karnosky entre los distintos grupos.(t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

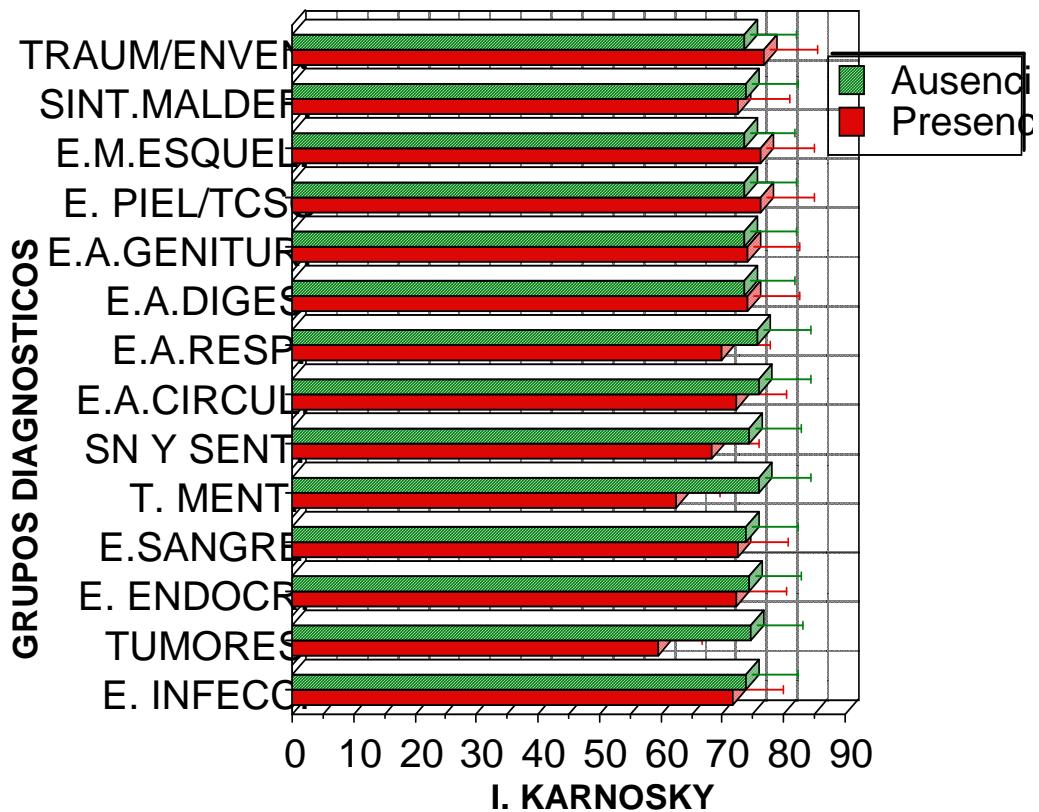
GRUPOS DIAGNOSTICO	SI Media	D.S.	NO Media	D.S.	p
I.- E. INFECCIOSAS	71,68	19,56	73,90	16,92	0,45
TBC	74,90	15,50	73,61	17,30	0,87
II.- TUMORES	59,63	18,45	74,68	16,66	0,0001
T. Respiratorios	49,09	20,71	74,02	16,90	0,0001
T. ORL	40	26,45	73,82	17,04	0,0006
T. Digestivos	66,25	16,68	73,84	17,17	0,08
T. Genitourinarios	53,88	16,85	74,13	16,94	0,0001
T. sangre	70	15,81	73,72	17,19	0,50
III.- E. ENDOCRINAS	72,27	16,68	74,36	17,38	0,07
Patología tiroidea	72,56	13,56	73,72	17,19	0,77
Diabetes	74,56	13,56	73,52	17,93	0,95
IV.- E.SANGRE	72,54	14,53	73,77	17,34	0,26
V.- T. MENTALES	62,37	20,13	75,84	15,67	0,0001
VI.- SN Y SENTIDOS	68,21	20,36	74,45	16,57	0,007
VII.- E. A.CIRCULAT	72,26	15,93	75,85	18,72	0,0001
Enf. HTA	73,73	15,56	73,68	18,08	0,68

IAM, isquemia	73,87	14,37	73,67	17,60	0,69
I.cardiaca	70,35	4,22	74,53	17,75	0,001
Arritmia	72	15,84	73,67	17,60	0,07
ACV	69,06	18,65	74,70	16,68	0,0008
VIII.- E. A.RESP.	69,75	16,96	75,79	16,94	0,0001
VRA	72,58	20,32	73,74	17,06	0,81
Neumonía	67,86	19,33	74,27	16,86	0,005
EPOC, asma. BC	70,44	15,35	74,27	16,86	0,001
IX.- E. A. DIGES	74,18	16,80	73,51	17,33	0,72
Patología hipersecr.	78,94	12,81	73,64	17,21	0,0
Patología hepática	74,75	16,63	73,64	17,21	0,72
X.- E. A. GENITURIN.	74,11	18,87	73,58	16,70	0,29
S. Nefrótico	81,11	20,83	73,61	17,13	0,06
Insuficiencia renal	74,45	19,02	73,62	17,00	0,42
Litiasis	80	19,43	73,62	17,15	0,11
XII.- E. PIEL/TCSC	76,30	16,03	73,68	17,24	0,84
XIII.- E. M. ESQUEL.	76,30	16,06	73,48	17,26	0,20
XVI.-SINT.MAL DEF.	72,65	19,45	73,78	16,99	0,61
XVII.-TRAUM/ENVEN	76,66	20,58	73,64	17,12	0,50

E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESP.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A. DIGES: enfermedades del aparato digestivo. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

La media de índice de Karnosky presentó variaciones en función de los diagnósticos finales de los pacientes. Determinados grupos diagnósticos presentaron una menor media en el índice de Karnosky que otros. Los grupos diagnóstico que menor índice de Karnosky obtuvieron fueron los "Tumores" (y, dentro de estos, los del aparato respiratorio, ORL, genitourinarios y digestivos), los "Trastornos Mentales", las "Enfermedades del aparato respiratorio" (neumonía y broncopatías crónicas), así como las "Enfermedades del aparato circulatorio" y las "Enfermedades del sistema nervioso y sentidos" las diferencias, en estos casos fueron significativas, (ver Tabla IV.237; figura IV.46).

Figura IV. 46.- Comparación de la media de índice de Karnosky entre los diferentes grupos diagnósticos.



I. Karnosky: índice de Karnosky. E.INFECC.: enfermedades infecciosas. E. ENDOCR.: enfermedades endocrinas. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENT.: trastornos mentales. SN Y SENT.: Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Sentidos. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E.A.RESP.: enfermedades del aparato respiratorio. E.A.DIGEST.: enfermedades del aparato digestivo. E. A.GENITOUR.: enfermedades del aparato genitourinario. E. PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. E.M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. SINT. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM/ENV.: traumatismos y envenenamientos.

IV.13.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

IV.13.1.- CALIDAD IA Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

La media de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes que presentaron durante su evolución alteraciones siquiátricas, respiratorias o renales, fue

significativamente inferior que la calidad de los IA del resto de pacientes que no desarrollaron ninguna alteración, como se puede apreciar en la Tabla IV.238.

Tabla IV.238.- Comparación de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes, en función de la presentación o no de alteraciones durante el período de tiempo que permanecieron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

C. MORBOSO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Infección Nosocomial	6,01	1,58	6,03	1,32	0,35
A. Siquiátricas	5,64	1,93	6,1	1,23	0,0006
A. Neurológicas	6,13	1,11	6,02	1,39	0,41
A. A. Locomotor	6,4	0,75	6,02	1,37	0,22
A. Digestivas	5,79	1,75	6,07	1,29	0,26
A. A. Circulatorio	5,79	1,82	6,08	1,23	0,67
Hemorragias, sangrado	5,48	2,14	6,07	1,29	0,19
A. Respiratorias	5	2,55	6,11	1,18	0,01
A. Renales	4,64	2,86	6,10	1,21	0,03

A: alteraciones. A.A.:alteraciones aparato.

IV.13.2.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

El número de diagnósticos finales correspondiente a los pacientes que presentaron alteraciones en la evolución clínica durante el período de tiempo en el que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, fue mayor que el de los pacientes que no sufrieron alteraciones. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, y se pueden observar en la Tabla IV.239 y figura IV.47.

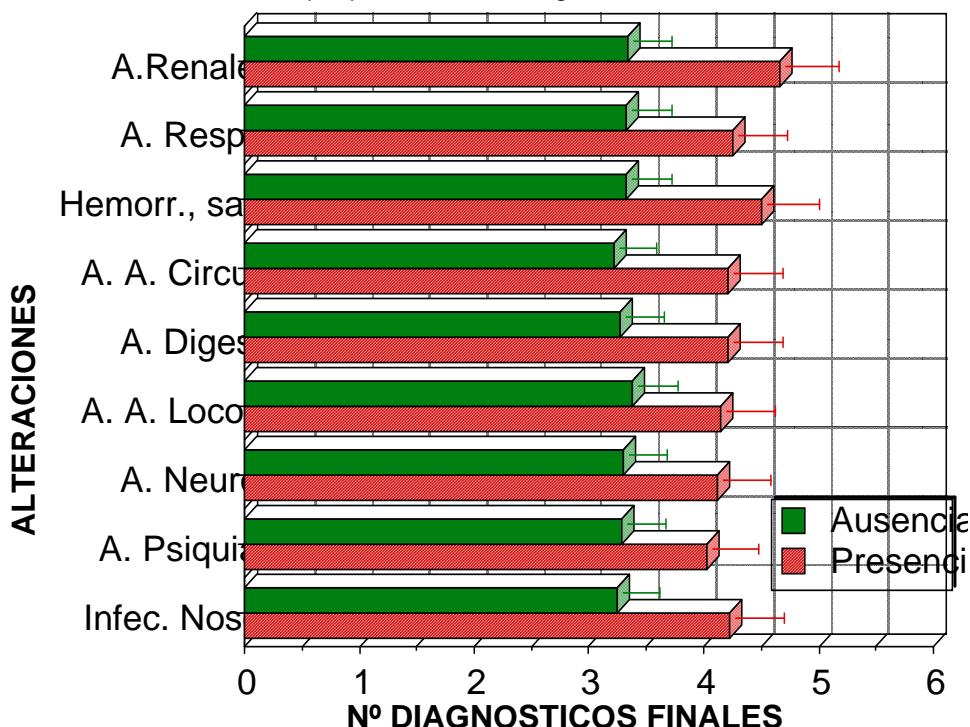
Tabla IV.239.- Número de diagnósticos finales asignados a los pacientes en función de la presencia o no de alteraciones en la evolución clínica durante el período de tiempo en el que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”. (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

C. MORBOSO	SI	NO	p
------------	----	----	---

	Media	D.S.	Media	D.S.	
Infeción Nosoc.	4,23	1,92	3,24	1,66	0,0001
A. Psiquiátricas	4,02	1,77	3,29	1,72	0,0001
A. Neurológicas	4,12	1,83	3,30	1,72	0,0001
A. A. Locomotor	4,15	2,23	3,38	1,73	0,05
A. Digest.	4,21	1,82	3,27	1,69	0,0001
A. A. Circulat.	4,21	1,84	3,22	1,67	0,0001
Hemorr., sangr.	4,5	2,07	3,33	1,7	0,0001
A. Respir.	4,25	1,48	3,33	1,74	0,0001
A.Renales	4,66	1,91	3,34	1,71	0,0001

Infeción Nosoc: infección nosocomial. A.: alteraciones. A.A.Locom.: alteraciones aparato locomotor. A. Diges.: alteraciones digestivas. A.A.Circul.: alteraciones aparato circulatorio. Hemorr,sangr.: hemorragias y sangrados. A.Respir.: alteraciones respiratorias.

Figura IV. 47.- Número de diagnósticos finales asignados a los pacientes según presentaran o no alteraciones en la evolución clínica durante el período de tiempo en el que permanecieron ingresados.



A.Renales: alteraciones renales. A.A. Respir. : alteraciones del aparato respiratorio. Hemorr., sangr.: hemorragias, sangrados. A.A.Circul.: alteraciones del aparato circulatorio. A. A.Digest: alteraciones del aparato digestivo. A.A.Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurol.: alteraciones neurológicas. A. Psiquiátr.: alteraciones psiquiátricas. Infec. Nosoc. : infecciones nosocomiales.

IV.13.3.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y DIAGNÓSTICOS FINALES

Cuando se valoraron los distintos diagnósticos finales en función de cada una de las complicaciones que podían surgir a consecuencia de la hospitalización, se encontraron algunas diferencias significativas; en el caso de que la alteración considerada fuera la infección nosocomial, ésta se dio con mayor frecuencia entre los pacientes con determinados diagnósticos finales, como por ejemplo los “Trastornos Mentales”, el accidente cerebro vascular (dentro de las “Enfermedades del Aparato Circulatorio”), las “Enfermedades del Aparato Respiratorio”. Estos datos se pueden observar en las tablas IV. 240 y IV. 241. Cuando se tomaron en cuenta las alteraciones siquiatrásicas, se observó que fueron más frecuentes entre los pacientes diagnosticados de tumores de ORL, de “Enfermedades del aparato circulatorio” (en concreto, en arritmias y ACV), así como de “Enfermedades del aparato respiratorio”, tales diferencias vienen detalladas en las tablas IV. 242 y IV. 243.

Tabla IV.240.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de INFECCION NOSOCOMIAL en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	INFECCION NOSOCOMIAL	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,001
TBC		0,16
II.- TUMORES		0,35
T. DIGESTIVO		0,08
T. ORL		0,45
T. RESPIRATORIO		0,28
T. GENITOURINARIO		0,15
T. SANGRE		0,78
III.- E. ENDOCRINAS		0,14
E. TIROIDES		0,72
DIABETES		0,83
IV.- E. SANGRE		0,10
V.- T. MENTALES		0,001
VI.- SN Y SENTIDOS		0,06

E.:enfermedades. A.: aparato. TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales.

Tabla IV.240.- (CONTINUACIóN). Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de INFECCION NOSOCOMIAL en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	INFECCION NOSOCOMIAL	p
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,21
VALVULOPATIAS		0,92
HTA		0,61
ENFERMEDAD HIPERT.		0,50
IAM/ISQUEMIA		0,25
ARRITMIA		0,37
I.CARDIACA		0,16
ACV		0,03
VIII.- E. A.RESPIR.		0,007
vra		0,27
NEUMONIA		0,0001
EPOC, ASMA, BC		0,20
IX.- E. A.DIGESTIVO		0,36
PAT. HIPERSECRET.		0,34
HIGADO		0,57
X.- E. A. GENITOUR.		0,23
S. NEFROTICO		0,70
I. RENAL		0,59
LITIASIS		0,62
XII.- E. PIEL Y TCSC		0,55
XIII.- E. M. ESQUEL.		0,51
XVI.- ST. MAL DEF.		0,72
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.		0,63

E.:enfermedades. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hypertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV. 241.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de una infección nosocomial durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	INFECCION NOSOCOMIAL	p
----------------	----------------------	---

	Sí	No	TOTAL	
II.- TUMORES				
T. DIGESTIVO	0%	2,26%	1,91%	0,08
V.- T. MENTALES	27,48%	12,45%	14,8%	0,001
VII.- E. A.CIRCULAT.				
ACV	24,43%	16,69%	17,9%	0,03
VIII.- E. A.RESPIR.	45,05%	32,81%	34,73%	0,007
NEUMONIA	20,61%	6,79%	8,95%	0,0001

T.: tumores. T. MENTALES: Trastornos mentales. E. A.CIRCULAT. : enfermedades del aparato circulatorio. E. A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. ACV: accidente cerebral vascular.

Tabla IV.242.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones SIQUIATRICAS en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G.DIAGNOSTICO	A. SIQUIATRICAS	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,50
TBC		0,72
II.- TUMORES		0,10
T. DIGESTIVO		0,83
T. ORL		0,009
T. RESPIRATORIO		0,71
T. GENITOURINARIO		0,09
T. SANGRE		0,71
III.- E. ENDOCRINAS		0,23
E. TIROIDES		0,60
DIABETES		0,29
IV.- E. SANGRE		0,48
V.- T. MENTALES		0,04
VI.- SN Y SENTIDOS		0,09
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,04
VALVULOPATIAS		0,69
HTA		0,42
ENFERMEDAD HIPERT.		0,71
IAM/ISQUEMIA		0,45
ARRITMIA		0,05
I.CARDIACA		0,31
ACV		0,0001
VIII.- E. A.RESPIR.		0,05
vra		0,76
NEUMONIA		0,06
EPOC, ASMA, BC		0,34
IX.- E. A.DIGESTIVO		0,69
PAT. HIPERSECRET.		0,18

HIGADO	0,29
X.- E. A. GENITOUR.	0,59
S. NEFROTICO	0,78
I. RENAL	0,23
LITIASIS	0,60
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,87
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,39
XVI.- ST. MAL DEF.	0,95
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,91

E.:enfermedades. A.: aparato. TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hypertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.243.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones sistémicas durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A. SI QUIATRICAS p			TOTAL
	Sí	No		
II.- TUMORES				
T. ORL	1,67%	0,14%	0,36%	0,009
VII - E. A.CIRCULAT.	68,33%	58,64%	60,02%	0,04
ARRITMIA	24,17%	16,85%	17,9%	0,05
ACV	32,5%	15,46%	17,9%	0,0001
VIII.- E. A.RESPIR.	42,5%	33,43%	34,73%	0,05

T.: tumores. E. A.CIRCULAT.: enfermedades aparato circulatorio. E.A. RESPIR.: enfermedades aparato respiratorio.

En cuanto al desarrollo de alteraciones neurológicas, los pacientes diagnosticados de "Enfermedades del sistema endocrino", "Enfermedades del sistema nervioso y sentidos", así como de arritmia cardíaca y accidente cerebral vascular (dentro de las "Enfermedades del aparato circulatorio"), fueron los que con mayor frecuencia desarrollaron dichas alteraciones con diferencias estadísticamente significativas, (ver tablas IV.244 y 245).

Tabla IV.244.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones NEUROLOGICAS en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A. NEUROLOGICAS p
I.- E. INFECCIOSAS	0,90
TBC	0,48
II.- TUMORES	0,87
T. DIGESTIVO	0,47
T. ORL	0,25
T. RESPIRATORIO	0,76
T. GENITOURINARIO	0,18
T. SANGRE	0,40
III.- E. ENDOCRINAS	0,04
E. TIROIDES	0,13
DIABETES	0,08
IV.- E. SANGR	0,08
V.- T. MENTALES	0,53
VI.- SN Y SENTIDOS	0,02

E.:enfermedades. A.: aparato. TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales..

Tabla IV.244 (CONTINUACIÓN).- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones NEUROLOGICAS en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A. NEUROLOGICAS	p
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,11
VALVULOPATIAS		0,59
H1A		0,85
ENFERMEDAD HIPERT.		0,40
IAM/ISQUEMIA		0,76
ARRITMIA		0,05
I.CARDIACA		0,19
ACV		0,01
VIII.- E. A.RESPIR.		0,64
vra		0,47
NEUMONIA		0,72
EPOC, ASMA, BC		0,78
IX.- E. A.DIGESTIVO		0,48
PAT. HIPERSECRET.		0,75
HIGADO		0,16
X.- E. A. GENITOUR.		0,14
S. NEFROTICO		0,93
I. RENAL		0,27

LITIASIS	0,07
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,19
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,39
XVI.- ST. MAL DEF.	0,95
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,91

E.:enfermedades. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV. 245.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones Neurológicas durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A . N E U R O L O G I C A S			p
	Sí	No	TOTAL	
III.- E. ENDOCRINAS	40,59	30,8%	31,98%	0,04
VI.- SN Y SENTIDOS	18,1%	11,1%	12,05%	0,02
VII.- E. A.CIRCULAT.				
ARRITMIA	24,75%	16,96%	17,9%	0,05
ACV	26,73%	16,69%	17,9%	0,01

E.: Enfermedades. SN y SENTIDOS: enfermedades del Sistema Nerviosos y de los sentidos. E.A.CIRCULAT.: enfermedades del aparato circulatorio. ACV: accidente cerebral vascular.

Con respecto a las alteraciones del aparato locomotor, ningún diagnóstico mostró estar asociado significativamente con una mayor frecuencia de presentación de este tipo de complicación, (ver Tabla IV.246).

Tabla IV. 246.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones del APARATO LOCOMOTOR en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A LOCOMOTOR	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,89
TBC		0,52
II.- TUMORES		0,52
T. DIGESTIVO		0,52
T. ORL		0,78
T. RESPIRATORIO		0,60
T. GENITOURINARIO		0,37
T. SANGRE		0,72

III.- E. ENDOCRINAS	0,84
E. TIROIDES	0,52
DIABETES	0,51
IV.- E. SANGRE	0,24
V.- T. MENTALES	0,97
VI.- SN Y SENTIDOS	0,68
VII.- E. A.CIRCULAT.	0,99
VALVULOPATIAS	0,13
HTA	0,42
ENFERMEDAD HIPERT.	0,10
IAM/ISQUEMIA	0,87
ARRITMIA	0,80
I.CARDIACA	0,99
ACV	0,35
VIII.- E. A.RESPIR.	0,65
vra	0,13
NEUMONIA	0,33
EPOC, ASMA, BC	0,71
IX.- E. A.DIGESTIVO	0,45
PAT. HIPERSECRET.	0,88
HIGADO	0,31
X.- E. A. GENITOUR.	0,47
S. NEFROTICO	0,63
I. RENAL	0,15
LITIASIS	0,61
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,41
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,12
XVI.- ST. MAL DEF.	0,29
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,22

E.:enfermedades.TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Las complicaciones digestivas fueron más frecuentes en los pacientes cuyos diagnósticos finales fueron los “Tumores” (en concreto, los del aparato digestivo, y los genitourinarios), o las “Enfermedades de la sangre”, (ver tablas IV. 247 y IV. 248).

Cuando se tomaron en cuenta el desarrollo de alteraciones circulatorias, se vio que eran más frecuentes en aquellos pacientes diagnosticados de “Enfermedades de la sangre”, así como de “Enfermedades del aparato respiratorio” (concretamente, la neumonía, y

broncopatías crónicas), tales diferencias fueron estadísticamente significativas y vienen detalladas en las tablas IV. 249 y 250.

Tabla IV.247.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de alteraciones del aparato DIGESTIVO en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A.A. DIGESTIVO	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,88
TBC		0,85
II.- TUMORES		0,0001
T. DIGESTIVO		0,0001
T. ORL		0,48
T. RESPIRATORIO		0,65
T. GENITOURINARIO		0,0001
T. SANGRE		0,68
III.- E. ENDOCRINAS		0,30
E. TIROIDES		0,88
DIABETES		0,81
IV.- E. SANGRE		0,01
V.- T. MENTALES		0,39
VI.- SN Y SENTIDOS		0,33
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,99
VALVULOPATIAS		0,13
HTA		0,75
ENFERMEDAD HIPERT.		0,26
IAM/ISQUEMIA		0,37
ARRITMIA		0,67
I.CARDIACA		0,78
ACV		0,08
VIII.- E. A.RESPIR.		0,39
vra		0,50
NEUMONIA		0,91
EPOC, ASMA, BC		0,46

E.:enfermedades. A.: aparato. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hypertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. BC: bronquitis crónica.

Tabla IV.247.- (CONTINUACIÓN). Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de alteraciones del aparato DIGESTIVO en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A.A. DIGESTIVO	p
----------------	----------------	---

IX.- E. A.DIGESTIVO	0,0001
PAT. HIPERSECRET.	0,0008
HIGADO	0,48
X.- E. A. GENITOUR.	0,94
S. NEFROTICO	0,81
I. RENAL	0,06
LITIASIS	0,73
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,80
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,27
XVI.- ST. MAL DEF.	0,50
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,42

E.:enfermedades. A.: aparato. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.248.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de una alteraciones del aparato digestivo durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A . A . D I G E S T I V O			p
	Sí	No	TOTAL	
II.- TUMORES	19,13%	4,56%	6,56%	0,0001
T. DIGESTIVO	7,83%	0,97%	1,91%	0,0001
T. GENITOURINARIO	8,7%	1,11%	2,15%	0,0001
IV.- E. SANGRE	11,3%	5,26%	6,09%	0,01
IX.- E. A DIGESTIVO	47,83%	24,48%	27,68%	0,0001
PAT. HIPERSECRET.	17,39%	7,75%	9,07%	0,0008

A.A. Digestivo: alteraciones del aparato digestivo.T.: tumores. E.: enfermedades.

Tabla IV.249.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones del APARATO CIRCULATORIO en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A.A. CIRCULATORIO	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,49
TBC		0,41
II.- TUMORES		0,51
T. DIGESTIVO		0,22
T. ORL		0,48
T. RESPIRATORIO		0,44
T. GENITOURINARIO		0,26
T. SANGRE		0,89

A.A. Circulatorio: alteraciones del aparato circulatorio.E.: enfermedades. A.: aparato. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos

Tabla IV.249.- (CONTINUACIÓN). Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones del APARATO CIRCULATORIO en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A.A. CIRCULATORIO	p
III.- E. ENDOCRINAS		0,27
E. TIROIDES		0,44
DIABETES		0,28
IV.- E. SANGRE		0,02
V.- T. MENTALES		0,45
VI.- SN Y SENTIDOS		0,39
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,007
VALVULOPATIAS		0,01
HTA		0,18
ENFERMEDAD HIPERT.		0,75
IAM/ISQUEMIA		0,53
ARRITMIA		0,01
I.CARDIACA		0,001
ACV		0,38
VIII.- E. A.RESPIR.		0,0001
vra		0,23
NEUMONIA		0,006
EPOC, ASMA, BC		0,005
IX.- E. A.DIGESTIVO		0,87
PAT. HIPERSECRET.		0,26
HIGADO		0,37
X.- E. A. GENITOUR.		0,27
S. NEFROTICO		0,16
I. RENAL		0,22
LITIASIS		0,85
XII.- E. PIEL Y TCSC		0,74
XIII.- E. M. ESQUEL.		0,59
XVI. ST. MAL DEF.		0,37
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.		0,11

A.A. Circulatorio: alteraciones del aparato circulatorio. E.: enfermedades. A.: aparato. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva. HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV. 250.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones del aparato circulatorio durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A . A . C I R C U L A T O R I O			p
	Sí	No	TOTAL	

IV.- E. SANGRE	10,07%	5,22%	6,09%	0,02
VIII.- E. A.RESPIR.	51,01%	31,2%	34,73%	0,0001
NEUMONIA	14,77%	7,69%	8,95%	0,006
EPOC, ASMA, BC	30,2%	19,88%	21,72%	0,005

A.A. Circulatorio: alteraciones del aparato circulatorio.E.: enfermedades. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica.

Las hemorragias y sangrados fueron complicaciones más frecuentes en aquellos pacientes con "Tumores" (tumores genitourinarios), "Enfermedades del aparato respiratorio" (broncopatías crónicas) y "Enfermedades del aparato digestivo", ver tablas IV. 251 y IV.252.

Tabla IV. 251.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de HEMORRAGIAS Y SANGRADOS en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	HEMORRAGIAS,SANGRADO	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,37
TBC		0,73
II.- TUMORES		0,001
T. DIGESTIVO		0,29
T. ORL		0,65
T. RESPIRATORIO		0,39
T. GENITOURINARIO		0,0001
T. SANGRE		0,56
III.- E. ENDOCRINAS		0,46
E. TIROIDES		0,99
DIABETES		0,28
IV.- E. SANGRE		0,92
V.- T. MENTALES		0,90
VI.- SN Y SENTIDOS		0,22
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,16
VALVULOPATIAS		0,78
HTA		0,11
ENFERMEDAD HIPERT.		0,09
IAM/ISQUEMIA		0,73
ARRITMIA		0,79
I.CARDIACA		0,22
ACV		0,16
VIII.- E. A.RESPIR.		0,13
vra		0,48
NEUMONIA		0,40
EPOC, ASMA, BC		0,04
IX.- E. A.DIGESTIVO		0,0001
PAT. HIPERSECRET.		0,001
HIGADO		0,30
X.- E. A. GENITOUR.		0,68
S. NEFROTICO		0,43
I. RENAL		0,42

LITIASIS	0,41
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,18
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,24
XVI.- ST. MAL DEF.	0,12
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,09

E.:enfermedades.TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV. 252.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de una infección nosocomial durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	HEMORRAGIAS,SANGRADO			p
	Sí	No	TOTAL	
II.- TUMORES	17,31%	5,85%	6,56%	0,001
T. GENITOURINARIO	11,54%	1,53%	2,15%	0,0001
VIII.- E. A.RESPIR.				
EPOC, ASMA, BC	32,69%	20,99%	21,72%	0,04
IX.- E. A.DIGESTIVO	53,85%	25,95%	27,68%	0,0001
PAT. HIPERSECRET.	21,15%	8,27%	9,07%	0,001

T.: tumores. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.DIGEST.:enfermedades del aparato digestivo.

Los pacientes diagnosticados de “Enfermedades infecciosas”, “Tumores” (tumores genitourinarios), “Enfermedades del aparato circulatorio”, (en concreto la hipertensión, arritmia e insuficiencia cardíaca) presentaron, con una mayor frecuencia que el resto de personas diagnosticadas de otros procesos, complicaciones respiratorias durante su evolución, (ver tablas IV.253 y 254).

Tabla IV.253.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de una alteraciones del aparato respiratorio durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado).

G. DIAGNOSTICO	A . A . R E S P I R A T O R I O	p
----------------	---------------------------------	---

	Sí	No	TOTAL	
I.- E. INFECCIOSAS	17,49%	8,52%	9,19%	0,01
II.- TUMORES	12,7%	6,06%	6,56%	0,04
T. GENITOURINARIO	6,53%	1,81%	2,15%	0,01
VII.- E. A.CIRCULAT.	74,6%	58,84%	60,02%	0,01
HTA	3,17%	10,97%	10,38%	0,05
ARRITMIA	30,16%	16,9%	17,9%	0,008
I.CARDIACA	34,92%	18,7%	19,93%	0,002

A.A. Respiratorio: alteraciones del aparato respiratorio. T.: tumores. E. A.CIRCULAT.: enfermedades del aparato circulatorio. HTA: hipertensión arterial. I. cardíaca: insuficiencia cardíaca.

Tabla IV.254.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de alteraciones del aparato RESPIRATORIO en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado).

G.DIAGNOSTICO	A.A.RESPIRATORIO	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,01
TBC		0,32
II.- TUMORES		0,04
T. DIGESTIVO		0,84
T. ORL		0,08
T. RESPIRATORIO		0,84
T. GENITOURINARIO		0,01
T. SANGRE		0,28
III.- E. ENDOCRINAS		0,74
E. TIROIDES		0,84
DIABETES		0,46
IV.- E. SANGRE		0,31
V.- T. MENTALES		0,90
VI.- SN Y SENTIDOS		0,57
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,01
VALVULOPATIAS		0,24
HTA		0,05
ENFERMEDAD HIPERT.		0,32
IAM/ISQUEMIA		0,30
ARRITMIA		0,008
I.CARDIACA		0,002
ACV		0,20
VIII.- E. A.RESPIR.		0,0001
vra		0,35
NEUMONIA		0,0001

EPOC, ASMA, BC	0,001
X.- E. A.DIGESTIVO	0,89
PAT. HIPERSECRET.	0,09
HIGADO	0,99
X.- E. A. GENITOUR.	0,07
S. NEFROTICO	0,38
I. RENAL	0,47
LITIASIS	0,76
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,13
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,95
XVI.- ST. MAL DEF.	0,28
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,89

A.A. Respiratorio: alteraciones del aparato respiratorio. E.: enfermedades. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva. HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Las personas diagnosticadas de “Enfermedades infecciosas”, tumores genitourinarios (dentro del grupo diagnóstico de “Tumores”), y “Enfermedades de la sangre” desarrollaron alteraciones renales durante su evolución, con mayor frecuencia que el resto de los pacientes, siendo estas diferencias significativas (ver tablas IV.255 y 256).

Tabla IV.255.- Nivel de significación (p). Diferencias del desarrollo de complicaciones RENALES en los pacientes ingresados en función de los diagnósticos finales recibidos. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A. RENALES	p
I.- E. INFECCIOSAS		0,01
TBC		0,34
II.- TUMORES		0,34
T. DIGESTIVO		0,75
T. ORL		0,70
T. RESPIRATORIO		0,46
T. GENITOURINARIO		0,01
T. SANGRE		0,62
III.- E. ENDOCRINAS		0,59
E. TIROIDES		0,75
DIABETES		0,85
IV.- E. SANGRE		0,001
V.- T. MENTALES		0,91
VI.- SN Y SENTIDOS		0,17
VII.- E. A.CIRCULAT.		0,59
VALVULOPATIAS		0,36

HTA	0,27
ENFERMEDAD HIPERT.	0,23
AM/ISQUEMIA	0,84
ARRITMIA	0,67
I.CARDIACA	0,61
ACV	0,19
VIII.- E. A.RESPIR.	0,12
vra	0,02
NEUMONIA	0,76
EPOC, ASMA, BC	0,54
IX.- E. A.DIGESTIVO	0,65
PAT. HIPERSECRET.	0,40
HIGADO	0,10
X.- E. A. GENITOUR.	0,34
S. NEFROTICO	0,50
I. RENAL	0,40
LITIASIS	0,48
XII.- E. PIEL Y TCSC	0,09
XIII.- E. M. ESQUEL.	0,06
XVI.- ST. MAL DEF.	0,21
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	0,38

A. Renales: alteraciones renales. E.: enfermedades. TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.256.- Distribución de los pacientes en función del desarrollo o no de alteraciones renales durante el tiempo que permanecieron ingresados. Diferencias SIGNIFICATIVAS según los diagnósticos finales. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	A . R E N A L E S			p
	Sí	No	TOTAL	
I.- E. INFECCIOSAS	20,51%	8,64%	9,19%	0,01
II.- TUMORES				
T. GENITOURINARIO	7,69%	1,88%	2,15%	0,01
IV.- E. SANGRE	17,95%	5,51%	6,09%	0,001

A. Renales: alteraciones renales. E.: enfermedades. T.: tumores.

IV.14.-CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

IV.14.1.- INFORME DE ALTA Y CALIDAD

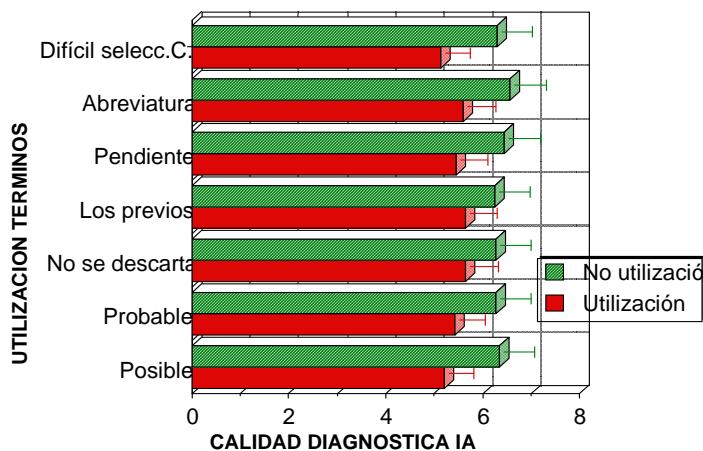
La Calidad diagnóstica global de los informes de alta emitidos fue menor en aquellos informes en los que se emplearon los términos cuya utilidad residía en la valoración de dicha calidad, (ver Tabla IV.257; figura IV.48).

Tabla IV.257.- Calidad de los informes de alta emitidos en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de la utilización o no de los términos que valoraban dicha calidad.(t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

TERMINO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Possible	5,20	0,76	6,34	0,68	0,0001
Probable	5,42	0,72	6,29	0,73	0,0001
No se descarta	5,66	0,57	6,29	0,73	0,18
Los previos	5,64	0,49	6,26	0,75	0,002
Pendiente	5,46	0,64	6,46	0,64	0,0001
Abreviatura	5,61	0,59	6,57	0,61	0,0001
Difícil selecc.C.P.	5,14	0,83	6,31	0,70	0,0001
PCR	4,83	1,33	3,38	1,76	0,03

Difícil selecc.C.P.: difícil selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Figura IV. 48.- Calidad diagnóstica global del informe de alta en función de la aparición o no de los términos que valoran dicha calidad.



IV.14.2.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

Hubo diferencias en cuanto al número de diagnósticos finales según el empleo o no de los términos utilizados para la valorar la calidad de los informes. Aquellos IA que contenían los términos de “possible”, “probable” en el apartado correspondiente al diagnóstico, poseían mayor número de diagnósticos finales que aquellos informes que no los contenían. Por el contrario, los informes en los que figuraban “los previos”, “pendiente”, o en los que era difícil seleccionar la causa principal que había motivado el ingreso del paciente, poseían menor número de diagnósticos finales. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas, y así, las únicas diferencias significativas fueron la utilización de abreviaturas, que conllevaba un mayor número de diagnósticos finales ($p=0,0001$), así como el empleo de “PCR” ($p=0,01$), (ver Tabla IV.258 y figura IV.49).

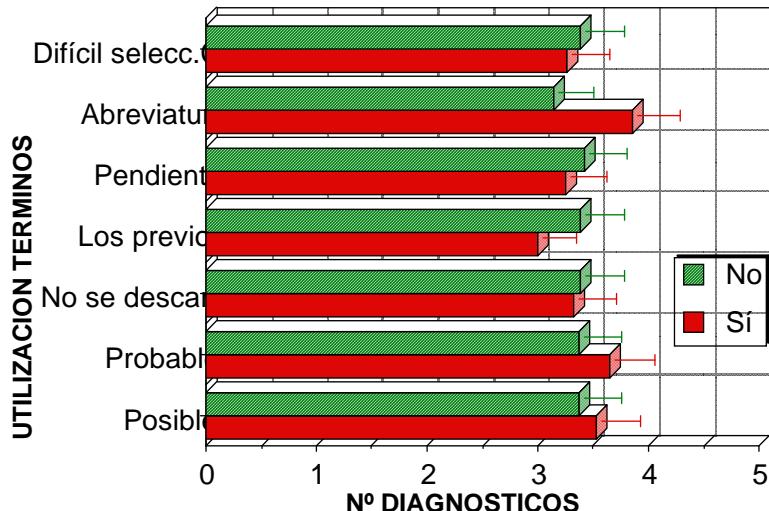
Tabla IV.258.- Número de diagnósticos finales recibidos por los pacientes en función de la calidad del informe de alta (utilización o no de los términos que valoran dicha calidad). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney). (p : nivel de significación).

TERMINO	SI		NO		p		
	Media	NDF	D.S.	Media	NDF		
Possible	3,53		1,7	3,37		1,76	0,50
Probable	3,65		1,87	3,37		1,75	0,3
No se descarta	3,33		0,57	3,39		1,76	0,95
Los previos	32		3,39	1,75		0,40	
Pendiente	3,25		1,70	3,42		1,77	0,25

Abreviaturas	3,85	1,76	3,14	1,71	0,0001
Difícil selecc.C.P.	3,27	1,91	3,39	1,75	0,67
PCR	4,83	1,33	3,38	1,76	0,01

Difícil selecc.C.P.: difícil selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Figura IV. 49.- Número de diagnósticos finales en función de la utilización o no de los términos que valoran la calidad del informe de alta.



Difícil selecc. C. P.: dificultad de la selección de la causa principal. PCR: parada cardiorrespiratoria.

IV.14.3.-DIAGNÓSTICOS FINALES Y CALIDAD IA

La aparición de determinados diagnósticos finales conllevó una menor Calidad diagnóstica global en el informe de alta. Esta diferencia fue significativa para los grupos diagnósticos de “Enfermedades del aparato circulatorio”($p=0,02$) y “Enfermedades del aparato respiratorio” ($p=0,005$), (ver Tabla IV.259 y figura IV.50).

Dentro de los diversos Grupos Diagnósticos, las patologías presentes en los informes de alta con menor calidad diagnóstica fueron la TBC (dentro de apartado de “Enfermedades del infecciosas”) ($p=0,01$), los tumores otorrinolaringológicos ($p=0,0006$) (dentro del grupo de “Tumores”), y las broncopatías crónicas ($p=0,03$), (dentro de las “Enfermedades del

aparato respiratorio"), así como el diagnóstico de insuficiencia renal (en las "Enfermedades del aparato genitourinario") (con $p=0,03$), (ver Tabla IV.260).

Tabla IV.259.- Comparación de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta en función de los diagnósticos finales emitidos clasificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC). (t-Test para datos no apareados). (p : nivel de significación) . (U de Mann-Whitney).

DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
I.- E. INFECC.	5,76	1,96	6,06	1,28	0,07
TBC	5,61	1,92	6,06	1,31	0,01
II.- TUMORES	5,63	1,93	6,06	1,31	0,2
T. Respiratorios	6	0,63	6,03	1,37	0,93
T. ORL	3,33	2,88	6,04	1,35	0,0006
T. Digestivos	6	1,71	6,03	1,35	0,91
T. Genitourinarios	5,55	2,14	6,04	1,34	0,13
T. sangre	6,2	0,83	6,03	1,36	0,78
III.- E. ENDOCRINAS	5,91	1,58	6,08	1,24	0,89
Patología tiroidea	5,5	1,78	6,04	1,35	0,11
Diabetes	6,02	1,40	6,03	1,35	0,92
IV.- E. SANGRE	5,88	1,46	6,04	1,35	0,41
V.- T. MENTALES	6,04	1,47	6,03	1,34	0,90
Demencia	5,6	1,33	5,90	1,43	0,20
Depresión	5,98	1,12	6,01	1,13	0,19
VI.- SN Y SENTIDOS	6,19	1,14	6,01	1,39	0,19
VII.- E. A. CIRCULAT.	5,94	1,35	6,16	1,38	0,02
Enf. HTA	6,00	1,40	6,05	1,34	0,60
HTA	5,88	1,21	6,05	1,38	0,28
Enf. cardiaca HT	6,02	1,24	6,03	1,37	0,98
Enf. renal HT	6	1,22	6,03	1,35	0,97
Enf. cardiorrenal	5,8	1,09	6,03	1,36	0,7
HTA secundaria	5,90	2,02	6,03	1,35	0,75
IAM	6,44	0,52	6,03	1,37	0,36
IAM. isquemia	6,14	1,10	6,07	1,40	0,34
Insuf. cardiaca	5,91	1,49	6,06	1,42	0,21
Arritmia	6,07	1,05	6,02	1,42	0,70
FA	5,9	1,49	6,06	1,33	0,21
V. Mitral	6,25	0,71	6,02	1,38	0,38
V. aórtica	6,09	0,76	6,03	1,37	0,83
Valvulopatía	6,07	0,78	6,03	1,39	0,83
ACV	6,03	1,27	6,03	1,38	0,99

VIII.- E. A. RESPIR.	5,85	1,59	6,13	1,21	0,005
VRA	6,22	0,85	6,02	1,38	0,42
Neumonía	5,98	1,44	6,03	1,35	0,75
EPOC, asma. BC	5,84	1,43	6,08	1,34	0,03

D.S.: desviación estándar. E. INFECC.: enfermedades infecciosas. TBC: tuberculosis. T.: tumores. T.ORL: tumores otorrinolaringológicos. E.ENDOCRINAS: enfermedades endocrinas. TRAS. HEMATOL.: trastornos hematológicos. SN: sistema nervioso. E. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HT: enfermedad hipertensiva. HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebral vascular. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. Patol. hipersecreto.: patología hipersecretora. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico: síndrome nefrótico. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo . ST. MAL DEF.: síntomas, signos y procesos morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.259.- (CONTINUACIÓN). Comparación de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta en función de los diagnósticos finales emitidos clasificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC). (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación) . (U de Mann-Whitney).

DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
IX.- E. A. DIGESTIVO	5,99	1,27	6,05	1,39	0,60
Patol. hipersecret.	6,28	0,72	6,00	1,41	0,08
Isquemia intestinal	6,4	1,2	5,9	0,7	0,1
Patología hepática	5,85	1,54	6,04	1,35	0,38
X.- E. A.GENITOURIN.	5,88	1,56	6,07	1,30	0,10
S. Nefrótico	5,88	2,26	6,03	1,35	0,74
Insuficiencia renal	5,71	1,62	6,06	1,33	0,03
Litiasis	6,3	0,67	6,03	1,37	0,53
XII.- E. PIEL Y TCSC	6,42	0,70	6,02	1,38	0,14
XIII.- E. M. ESQU.	6,24	0,74	6,01	1,40	0,22
XVI.- ST. MAL DEF.	6,07	1,33	6,03	1,36	0,79
XVII.- TRAUMAT., ENV.	6,53	0,64	6,02	1,37	0,15

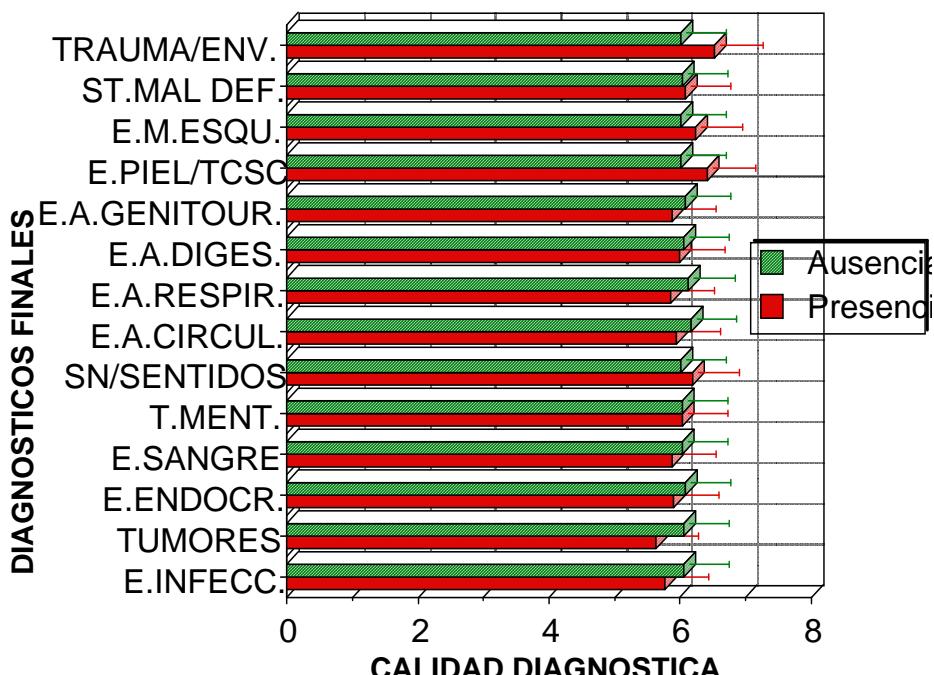
D.S.: desviación estándar. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. Patol. hipersecreto.: patología hipersecretora. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico: síndrome nefrótico. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo . ST. MAL DEF.: síntomas, signos y procesos morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.260.- Comparación de la Calidad diagnóstica global de los informes de alta en función de los diagnósticos finales emitidos clasificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC). Resultados SIGNIFICATIVOS. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

G. DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
I.- E. INFECC.					
TBC	5,61	1,92	6,06	1,31	0,01
II.- TUMORES					
T. ORL	3,33	2,88	6,04	1,35	0,0006
VII.- E. A. CIRCULAT.	5,94	1,35	6,16	1,38	0,02
VIII.- E. A. RESPIR.	5,85	1,59	6,13	1,21	0,005
EPOC. asma. BC	5,84	1,43	6,08	1,34	0,03
X.- E. A. GENITOURIN.					
Insuficiencia renal	5,71	1,62	6,06	1,33	0,03

D.S.: desviación estándar. E. INFECC.: enfermedades infecciosas. TBC: tuberculosis. T.ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. A. CIRCULAT.: enfermedades del aparato circulatorio. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario.

Figura IV. 50.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta en función de los diagnósticos finales emitidos clasificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC).



E. INFECC.: enfermedades infecciosas. T.: tumores. .ENDOCRINAS: enfermedades endocrinas. TRAS. HEMATOL.: trastornos hematológicos. SN:

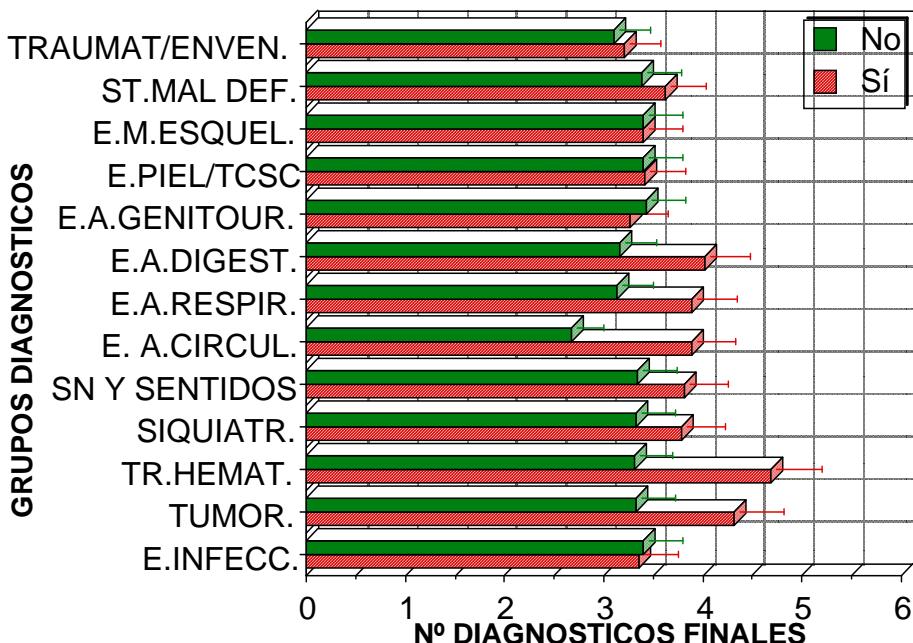
sistema nervioso. E. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo . ST. MAL DEF.: síntomas, signos y procesos morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos.

IV.15.-DIAGNÓSTICOS FINALES

IV.15.1.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y DIAGNÓSTICOS FINALES

Diagnósticos finales como los “Tumores”, “Enfermedades del sistema endocrino”, “Enfermedades de la sangre”, “Enfermedades del aparato Sistema Nervioso y sentidos”, “Trastornos mentales”, “Enfermedades del aparato circulatorio” y “respiratorio”, así como las “Enfermedades del aparato digestivo”, se asociaron a un mayor número de diagnósticos finales en los informes de alta en los que aparecieron, siendo estas diferencias significativas como se muestra en la Tabla IV.261 y figura IV.51.

Figura IV. 51.- Número de diagnósticos finales según el diagnóstico del informe de alta.



E. INFECC.: enfermedades infecciosas. T.: tumores. ENDOCRINAS: enfermedades endocrinas. TRAS. HEMATOL.: trastornos hematológicos. SN: sistema nervioso. E. A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. E.A. RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. E. A. DIGESTIVO: enfermedades del aparato digestivo. E.A.GENITOURIN.: enfermedades del aparato genitourinario. E. PIEL Y TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E.M. ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo . ST. MAL DEF.: síntomas, signos y procesos morbosos mal definidos. TRAUMAT., ENVEN.: traumatismos y envenenamientos.

Tabla IV.261.- Número de diagnósticos finales existentes en los Informes de Alta emitidos en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de los diversos grupos diagnósticos clasificados mediante la Clasificación de Enfermedades (CIE-9^a- MC). (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
I.- E. INFECCIOSAS	3,36	2,07	3,40	1,71	0,83
TBC	3,4	1,92	3,40	1,73	0,99
II.- TUMORES	4,32	1,93	3,33	1,71	0,0001
T. DIGESTIVO	3,75	1,77	3,39	1,74	0,42
T. ORL	3,33	2,51	3,40	1,74	0,94
T. RESPIRATORIO	3,72	1,61	3,39	1,74	0,53
T. GENITOURINARIO	4,55	1,94	3,37	1,73	0,004
T. SANGRE	4,8	2,95	3,39	1,73	0,07
III.- E. ENDOCRINAS	3,82	1,72	3,20	1,72	0,0001
E. TIROIDES	4,43	2,03	3,38	1,73	0,01
DIABETES	3,63	1,76	3,34	1,73	0,05
IV.- E. SANGRE	4,68	1,98	3,31	1,69	0,0001

E.: enfermedades. TBC: tuberculosis.T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre.

Tabla IV.261.- (CONTINUACIÓN). Número de diagnósticos finales existentes en los Informes de Alta emitidos en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de los diversos grupos diagnósticos clasificados mediante la Clasificación de Enfermedades (CIE-9^a- MC). (t-Test para datos no apareados). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
V.- T. MENTALES	3,79	1,66	3,33	1,75	0,006
DEMENCIA	3,75	1,64	3,36	1,75	0,05
DEPRESION	3,61	1,32	3,39	1,75	0,65
VI.- SN Y SENTIDOS	3,81	1,98	3,34	1,70	0,01
VII.- E. A.CIRCULAT.	3,88	1,71	2,68	1,43	0,0001
VALVULOPATIAS	4,73	2,22	3,30	1,66	0,0001
HTA	4,42	1,94	3,28	1,68	0,0001
ENFERMEDAD HIPERT.	3,79	1,85	3,17	1,64	0,0001
IAM/ISQUEMIA	3,83	2,01	3,33	1,69	0,003
ARRITMIA	4,5	1,73	3,16	1,65	0,0001
I.CARDIACA	4,09	1,69	3,23	1,71	0,0001
ACV	3,99	1,85	3,27	1,69	0,0001
VIII.- E. A.RESPIR.	3,89	1,70	3,13	1,71	0,0001
vra	4	1,94	3,37	1,73	0,05
NEUMONIA	3,85	1,75	3,35	1,74	0,01
EPOC, ASMA, BC	4,06	1,75	3,22	1,70	0,0001
IX.- E. A.DIGESTIVO	4,02	1,93	3,16	1,60	0,0001
PAT. HIPERSECRET.	4,21	1,94	3,32	1,70	0,0001
HIGADO	4,4	2,04	3,35	1,71	0,0001
X.- E. A. GENITOUR.	3,27	1,82	3,43	1,72	0,28
S. NEFROTICO	2,22	1,09	3,41	1,74	0,04
I. RENAL	3,27	1,80	3,41	1,74	0,49
LITASIS	3,6	2,27	3,4	1,74	0,71
XII.- E. PIEL Y TCSC	3,42	1,94	3,40	1,74	0,95
XIII.- E. M. ESQUEL.	3,4	1,84	3,40	1,73	0,99
XVI.- ST. MAL DEF.	3,62	1,56	3,38	1,76	0,28
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	3,20	1,42	3,11	2,75	0,65

E.: enfermedades.T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva.HTA: hipertension arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. S. Nefrótico : síndrome nefrótico. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

IV.16.- ÉXITUS

IV.16.1.- ÍNDICE DE KARNOSKY Y ÉXITUS

El índice de Karnosky alcanzado por los pacientes fallecidos fue menor que el de los pacientes que no fallecieron, siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.262).

Tabla IV.262.- Índice de Karnosky de los éxitus y de los pacientes no fallecidos. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

ÉXITUS	Media Karnosky	D.S.
Sí	48,60	16,32
No	76,83	14,51

D.S.:desviaciónestándar.

IV.16.2.- NÚMERO DIAGNÓSTICOS FINALES Y ÉXITUS

El número de diagnósticos finales que aparecía en los informes de alta de los pacientes que fallecieron durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A”, fue mayor que de los no fallecidos, siendo las diferencias muy significativas ($p=0,0001$),(ver Tabla IV.263).

Tabla IV.263.- Número de diagnósticos finales (índice diagnóstico) que figuraba en los informes de alta de los pacientes fallecidos y de los no. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

ÉXITUS	Media NºDF	DS
Sí	4,17	1,53
No	3,30	1,74

D.S.: desviaciónestándar. Media N^a DF: Media del número de diagnósticos finales.

IV.16.3.- CALIDAD DIAGNÓSTICA Y ÉXITUS

La Calidad diagnóstica global que poseían los informes de alta de los pacientes fallecidos durante el período de tiempo que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”, fue inferior que la calidad de los informes de aquellos pacientes que no murieron ($p=0,01$), (ver Tabla IV.264).

Tabla IV.264.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta de los pacientes fallecidos en comparación con los que no fallecieron. (t-Test para datos no apareados. U Mann-Whitney).

EXITUS	Media Calidad	DS
Sí	5,09	2,54
No	6,15	1,08

D.S.:desviaciónestándar. Media Calidad : media de Calidad diagnóstica global del informe de alta.

IV.17.- HUELGA

En el transcurso del estudio tuvo lugar una huelga de Médicos en el Hospital Clínico Universitario. Este hecho nos brindó la oportunidad de poder aplicar a dicho evento los parámetros que hemos venido analizando a lo largo del capítulo de “RESULTADOS”.

IV.17.1.- SEXO Y HUELGA

Durante la huelga hospitalaria el porcentaje de mujeres que permanecieron ingresadas fue levemente superior que el de hombres; no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,71$), como se muestra en la Tabla IV.265.

Tabla IV.265.- Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de duración de huelga hospitalaria en función del sexo al que pertenecieran. (Prueba de Chi cuadrado).

SEXO	H U E L G A	
	Sí	No
Mujer	57(54,29%)	412(56,21%)
Hombre	48(45,71%)	321(43,79%)
TOTAL	105(100%)	733(100%)

Entre paréntesis, porcentajes.

IV.17.2.- EDAD Y HUELGA

La media de edad de los pacientes ingresados durante el período de tiempo de la huelga fue mayor que la media de los pacientes que ingresaron en el resto del período de tiempo estudiado, no obstante, esta diferencia tampoco fue significativa ($p=0,73$) y se puede observar en la Tabla IV.266.

Tabla IV.266.- Media de edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de realización de la huelga. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

HUELGA	Media edad	D.S.
--------	------------	------

Sí huelga	70,74	16,38
No huelga	68,04	18,93

D.S.: desviación estándar.

IV.17.3.-PROCEDENCIA Y HUELGA

Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al lugar desde donde los pacientes habían realizado su ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A," según se hubiera realizado durante o fuera del período de duración de huelga hospitalaria ($p=0,28$), (ver Tabla IV.267).

Tabla IV.267.- Procedencia de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que dicho ingreso hubiera tenido lugar durante o fuera del período en el que se desarrolló la huelga hospitalaria. (Prueba de Chi cuadrado).

PROCEDENCIA	H U E L G A		TOTAL
	Sí	No	
Urgencias	95(90,48%)	662(90,31%)	757(90,33%)
Consulta	7(6,67%)	37(5,05%)	44(5,25%)
UCI	1(0,95%)	28(3,82%)	29(3,46%)
Otros	2(1,9%)	6(0,82%)	8(0,95%)

Otros: otros Servicios, otros Hospitales.

IV.17.4.- DESTINO AL ALTA Y HUELGA

No se obtuvieron diferencias significativas a la hora de comparar el número de pacientes fallecidos durante o fuera del período de tiempo en el que tuvo lugar la huelga hospitalaria ($p=0,31$). Por otra parte, tampoco existieron diferencias significativas con respecto al número de pacientes que murieron a lo largo de las primeras 72 horas de haber realizado su ingreso en el Servicio de Medicina Interna "A", según hubiera tenido lugar en el período de huelga o en el resto del año ($p=0,82$), (ver Tabla IV.268).

Tabla IV.268.- Procedencia de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función de que dicho ingreso hubiera tenido lugar durante o fuera del período en el que se desarrolló la huelga hospitalaria. (Prueba de Chi cuadrado).

EXITUS	H U E L G A		TOTAL
	Sí	No	
Sí	10,48%	11,19%	11,1%
No	89,52%	88,81%	89,9%

IV.17.5.- ESTANCIA Y HUELGA

La media de estancia generada por los pacientes ingresados durante el tiempo en el que tuvo lugar la huelga hospitalaria se incrementó notablemente. En este período de tiempo, la media de estancia fue de $22,46 \pm 16,05$ días frente a una media de $14,39 \pm 12,65$ días de estancia en el resto del año estudiado; esta diferencia fue muy significativa ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.269).

Tabla IV.269.- Estancia (media de días estancia) que los pacientes permanecieron en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de tiempo de realización de la huelga hospitalaria . (t- Test para datos apareados.)

HUELGA	Media de estancia (días)	D.S.
Sí huelga	22,46	16,05
No Huelga	14,39	12,65

D.S.: desviación estándar.

IV.17.6.- MULTINGRESO Y HUELGA

Los pacientes que se encontraban hospitalizados durante la realización de huelga, contaban con menor número de ingresos realizados en anteriores ocasiones, que los ingresados durante el resto del tiempo estudiado; sin embargo, esta diferencia no fue significativa ($p=0,62$), (ver Tabla IV.270).

Tabla IV.270.- Comparación entre el número de ingresos previos realizados por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de tiempo que tuvo lugar la huelga hospitalaria. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

HUELGA	Media de ingr. previos	D.S
Sí huelga	2,54	1,88
No huelga	2,82	2,33

D.S.: desviación estándar. Ingr. previos: ingresos previos.

En cuanto al lapso de tiempo transcurrido entre el último ingreso realizado en el Hospital Clínico Universitario y el actual, tampoco existieron diferencias significativas en función de que los pacientes se encontraran ingresados durante la huelga o fuera de ella ($p=0,93$), (ver Tabla IV.271).

Tabla IV. 271.- Lapso de tiempo (medido en semanas) transcurrido entre el último ingreso realizado y el actual, según este último hubiera tenido lugar durante la huelga hospitalaria o en el resto del año estudiado.

HUELGA	Lapso de tiempo	D.S.
--------	-----------------	------

(media semanas)		
Sí huelga	51,02	58,62
No huelga	54,26	61,81

D.S.: desviación estándar. Llapso de tiempo (media semanas): media de tiempo transcurrido desde el último ingreso realizado y el actual (medido en semanas).

Tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pacientes que contaba o no con antecedentes de ingresos previos según hubiera permanecido hospitalizado durante o fuera del período de duración de la huelga ($p=0,77$), (ver Tabla IV.272).

Tabla IV.272.- Porcentaje de pacientes con y sin antecedentes de ingresos previos según estuvieran hospitalizados durante o fuera del período de realización de la huelga. (Prueba de Chi cuadrado).

Ingreso previo	H U E L G A		TOTAL
	Sí	No	
Sí ingreso previo	48,57%	50,61%	50,36%
No ingreso previo	51,43%	49,53%	49,64%
TOTAL	100%	100%	100%

IV.17.7.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE Y HUELGA

Respecto a las causas que ocasionaron la muerte de los individuos que permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante el período en que la huelga tuvo lugar, y el resto de tiempo estudiado, no se encontraron diferencias significativas, salvo en el caso de la neumonía, que originó un mayor porcentaje de fallecimientos en los ingresados durante la huelga ($p=0,05$), ver tablas IV.273 y IV.274.

Tabla IV.274.- Nivel de significación (p). Diferencias entre las causas que originaron el fallecimiento de los pacientes durante o fuera del período en el que la huelga tuvo lugar . (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

C.B.MUERTE

p

ACV	0,25
EPOC	0,92
Neumonía	0,05
Edema agudo pulmón	0,92
Tromboembolismo pulmonar	0,88
Aritmia cardíaca	0,75
Infarto miocardio	0,44
E. Cardiovasculares	0,85
Cáncer	0,28
Hemorragia digestiva	0,39
Sepsis	0,61
Insuficiencia renal	0,41
Isquemia mesentérica	0,75

C.B.MUERTE: Causa básica de muerte. ACV: accidente cerebral vascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E.: enfermedades.

Tabla IV.274.- Distribución del porcentaje de éxitus en los que la neumonía fue la causa responsable de sus muerte según se encontraran hospitalizados durante o fuera del período en que se desarrolló la huelga . (Prueba de Chi cuadrado).

Neumonía	H u e l g a		
	SI	No	TOTAL
Sí neumonía	3(2,86%)	6(0,82%)	9(1,07%)
No neumonía	102(97,14%)	727(99,18%)	829(98,93%)

Entre paréntesis, porcentajes.

IV.17.8.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ÉXITUS Y HUELGA

No hubo diferencias significativas entre el porcentaje de éxitus con o sin enfermedades asociadas a la causa que originó sus fallecimientos según este se hubiera producido durante o fuera de la huelga ($p=0,74$), (ver Tabla IV.275).

Tabla IV.275.- Presencia o no de enfermedades asociadas al fallecimiento de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según este tuviera lugar durante o fuera del período de huelga. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Enf. asociadas	H U E L G A	
	Sí	No
Sí	13,25%	86,75%
No	12,45%	87,55%
TOTAL	12,53%	87,47%

Enf. asociadas: enfermedades asociadas al éxitus.

El número de enfermedades asociadas al éxitus fue superior en los pacientes ingresados durante el período de huelga, sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p=0,74$), (ver Tabla IV.276).

Tabla IV.276 .- Media de número de enfermedades asociadas a la responsable del éxitus en función de este hubiera tenido lugar durante o fuera del período en el que se desarrolló la huelga hospitalaria . (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

HUELGA	Media N°E. asociadas éxitus	D.S.
Sí	3,18	1,99
No	2,74	1,22

Media N°E. asociadas éxitus: media del número de enfermedades asociadas al éxitus.

IV.17.9.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y HUELGA

Existieron algunas diferencias con respecto a los antecedentes de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según hubieran sido ingresados durante o fuera del período de realización de huelga hospitalaria. Así, los pacientes con antecedentes de colelitiasis ingresaron más frecuentemente cuando no existía huelga ($p=0,01$), al contrario de lo que sucedió en aquellos pacientes con antecedentes de TBC ($p=0,04$), o de patología hipersecretora ($p=0,0001$), (ver Tabla IV.277 y 278).

Tabla IV.278.- Diferencias SIGNIFICATIVAS entre el porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” con antecedentes patológicos en función de que la realización del ingreso se hubiera producido durante o fuera del período de duración de la huelga hospitalaria. (Prueba de Chi cuadrado).

C. MORBOSOS	H U E L G A		p
	SI	NO	
TBC	9(8,57%)	30(4,09%)	0,04
Colelit.	3(2,86%)	74(10,1%)	0,01
P.Hipersecr.	17(16,19%)	41(5,59%)	0,0001

%: porcentaje sobre el total de pacientes. C. MORBOSOS: condicionantes morbosos.

Tabla IV.277.- Nivel de significación (p). Diferencias entre los antecedentes patológicos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” cuando la realización del ingreso tuvo lugar durante o fuera del período de huelga . (Prueba de Chi cuadrado).

C. morboso	p
EPOC	0,86

E. Cardiovasc.	0,66
I.cardíaca	0,16
Arritmia card.	0,08
Cardiopatía isqu.	0,45
HTA	0,16
Diabetes	0,43
TBC	0,04
Colelitiasis	0,01
E. Reumatol.	0,43
C. de alcohol	0,99
C. de tabaco	0,87
Cáncer	0,94
P.Hipersecr.	0,0001
Hepatopatía	0,19
Demencia	0,07

C. morboso: condicionante morboso. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. I.cardíaca: insuficiencia cardíaca. Arritmia card.: arritmia cardíaca. Cardiop.isqu. : cardiopatía isquémica. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E. Reumatol. : enfermedades reumatólogicas. C.: consumo. P.Hipersecr.: patología hipersecretora.

IV.17.10.- NIVEL DE CONCIENCIA Y HUELGA

No existieron diferencias entre el nivel de conciencia de los pacientes ingresados durante y fuera del período de huelga ($p=0,45$).

IV.17.11.- AUSENCIA DE ENFERMEDAD AL ALTA Y HUELGA

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que presentaron ausencia o presencia de la enfermedad responsable del ingreso, en función de que el alta se produjera durante el período en el que se desarrolló la huelga hospitalaria o en el resto del año ($p=0,89$).

IV.17.12.- INDICE DE KARNOSKY Y HUELGA

El índice de Karnosky fue diferente en función de que los pacientes ingresaran durante la huelga hospitalaria o fuera de ella. Los primeros presentaron una media de índice de Karnosky más baja ($69,33 \pm 18,67$) que el resto ($74,32 \pm 16,88$), siendo estas diferencias muy significativas ($p=0,005$), (ver Tabla IV.279).

Tabla IV.279.- Índice de Karnosky de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de realización de huelga hospitalaria. (t-Test para datos no pareados. U de Mann-Whitney).

Huelga	Media de I. Karnosky	DS
Sí	69,33	18,67
No	74,32	16,88

D.S.: desviación estándar. I. Karnosky: Índice de Karnosky.

IV.17.13.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y HUELGA

Algunas alteraciones derivadas del período de tiempo que los pacientes permanecieron hospitalizados, resultaron ser más frecuentes durante el período de duración de la huelga que fuera de ella. Esto sucedió en el caso de la aparición de infecciones nosocomiales ($p=0,01$), (especialmente de infecciones respiratorias ($p=0,03$)), alteraciones siquiátricas ($p=0,0001$), neurológicas ($p=0,001$), y alteraciones referentes al aparato locomotor ($p=0,01$), digestivo ($p=0,0004$) y circulatorio ($p=0,0004$), (ver Tabla IV.280).

Tabla IV.280.- Nivel de significación (p). Diferencias entre las alteraciones surgidas a lo largo de la evolución de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna “A” según las personas estuvieran hospitalizadas durante o fuera del período de realización de la huelga (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

Complicación	p
Infección Nosocomial	0,01
I. N. sin foco	0,41
I. N. Dérmicas	0,27
I. N. Urinarias	0,06
I. N. Respiratorias	0,03
Alteraciones Psiquiátricas	0,0001
Alteraciones Neurológicas	0,001
Alteraciones A. Locomotor	0,01
Alteraciones Digestivas	0,0004
Alteraciones A. Circulatorio	0,004
Hemorragias, sangrado	0,13
Alteraciones Respiratorias	0,21
Alteraciones Renales	0,58

I.N.: infecciones nosocomiales. A.: aparato.

A continuación se detalla en la siguiente Tabla IV.281 y figura IV.52, la diferente distribución de pacientes según las diversas alteraciones evolutivas desarrolladas por los

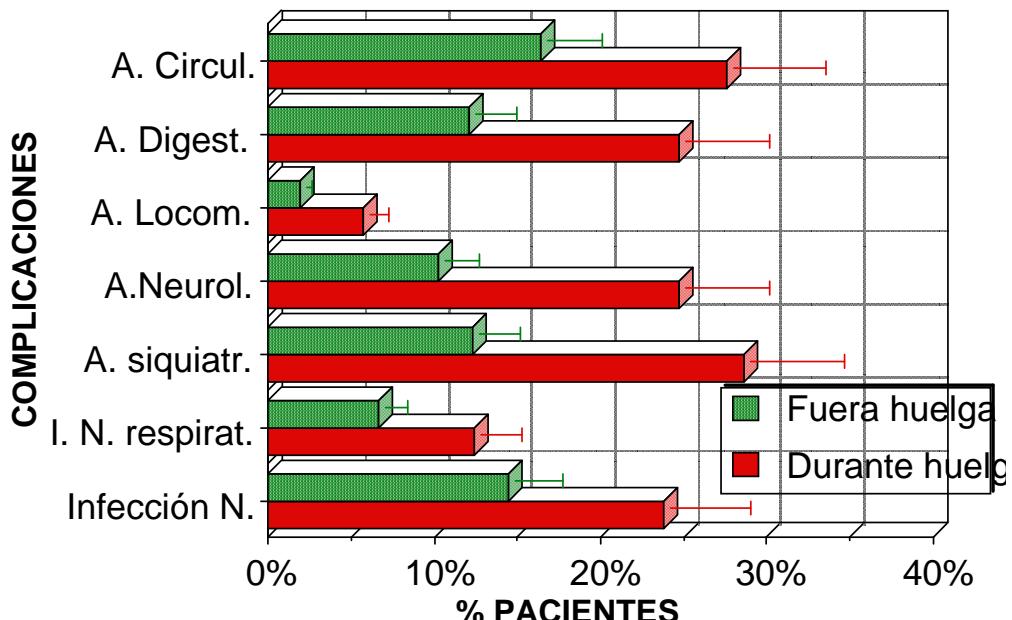
pacientes a lo largo del espacio de tiempo que permanecieron hospitalizados (según hubieran tenido lugar durante o fuera del tiempo de realización de la huelga).

Tabla IV.281.- Distribución del porcentaje de pacientes con alteraciones evolutivas desarrolladas a lo largo del espacio de tiempo que permanecieron hospitalizados, según hubieran tenido lugar durante o fuera del período de tiempo de realización de la huelga.
Resultados SIGNIFICATIVOS. (Prueba de Chi cuadrado).

COMPLICACION	H	U	E	L	G	A	p
	Sí	No				TOTAL	
INFECCIÓN N.	25(23,81%)	106(14,46%)			131(15,63%)		0,01
I. N. respirat.	13(12,38%)	49(6,68%)			62(7,4%)		0,03
A. SIQUIATR.	30(28,57%)	90(12,28%)			120(14,32%)		0,0001
A. NEUROL.	26(24,76%)	75(10,23%)			101(12,05%)		0,001
A. LOCOM.	6(5,71%)	14(1,91%)			20(2,39%)		0,01
A. DIGEST.	26(24,76%)	89(12,14%)			115(13,72%)		0,0004
A. CIRCUL.	29(27,62%)	120(16,37%)			149(17,78%)		0,004

Entre paréntesis, porcentajes. INFECCIÓN N.: Infección nosocomial. I. N. respirat.: infección nosocomial respiratoria. A. SIQUIATR.: alteraciones siquiatrásicas. A. NEUROL.: Alteraciones neurológicas. A. LOCOM.: Alteraciones del aparato locomotor. A. DIGEST.: alteraciones del aparato digestivo. A. CIRCUL.: alteraciones del aparato circulatorio.

Figura IV. 52.- Porcentaje de pacientes que desarrollaron alteraciones durante su evolución en función de que su ingreso se hubiera realizado durante o fuera del período de realización de la huelga.



A.Circu.: alteraciones circulatorias. A. Digest: alteraciones digestivas. A. Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurol: alteraciones neurológicas. A. siquiatr.: alteraciones siquáticas. Infección N. : infecciones nosocomiales.

IV.17.14.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y HUELGA

No se encontraron diferencias significativas entre la Calidad diagnóstica global de los informes de alta emitidos durante el período de huelga y los realizados en el resto del año ($p=0,11$), (ver Tabla IV.282).

Tabla IV.282.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta confeccionados durante y fuera de la huelga. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

HUELGA	Media c.diagnóstica	D.S.
Sí huelga	6,22	1,25
No huelga	6,00	1,37

D.S.: desviación estándar. Media c. diagnóstica: Media de la calidad diagnóstica global del informe de alta.

Sin embargo cuando se tuvieron en cuenta únicamente los informes de alta realizados, la Calidad diagnóstica global de estos sí que aumentaba significativamente durante el tiempo en el que tuvo lugar la huelga ($p=0,04$). Ver Tabla IV.283.

Tabla IV.283.- Calidad diagnóstica global de los informes de alta emitidos durante y fuera del período de realización de la huelga, excluyendo aquellos informes NO realizados. (Prueba de Chi cuadrado).

HUELGA	Media c.diagnóstica	D.S.
Sí huelga	6,42	0,63
No huelga	6,22	0,77

D.S.: desviación estándar. Media c. diagnóstica: Media de la calidad diagnóstica global del informe de alta.

El empleo de determinados términos en el informe de alta fue más frecuente durante el período de duración de la huelga que fuera de él; fue este el caso de la utilización “pendiente de” ($p=0,02$). Sin embargo, en otras ocasiones como por ejemplo en la utilización de “probable”, ocurrió precisamente lo contrario ($p=0,01$), (ver tabla IV.284).

Tabla IV.284.- Nivel de significación (p). Diferencias en la utilización de los términos que aparecieron en el informe de alta durante y fuera de la huelga. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

Términos empleados	p
Possible	0,41
Probable	0,01
No se descarta	0,50
Los previos	0,84
Pendiente	0,02
Abreviaturas	0,94
Difícil selección causa principal	0,25
PCR	0,89

PCR: parada cardiorrespiratoria.

Con el fin de poder observar con más facilidad dichas diferencias comentadas se puede observar la Tabla IV.285.

Tabla IV.285.- Distribución del porcentaje de informes de alta con la utilización del término “probable” y “pendiente de” durante y fuera del período de duración de la huelga. (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

Utilización	H U E L G A			p
	Sí	No	TOTAL	
Probable	0(0%)	38(5,37%)	38(4,7%)	0,01
Pendiente	13(12,75%)	160(22,63%)	173(21,38%)	0,02

IV.17.15.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA

El número de diagnósticos finales que aparecía en los informes de alta hospitalaria fue sensiblemente mayor en aquellos informes de pacientes que permanecieron hospitalizados durante el período de huelga hospitalaria ($3,81 \pm 2,04$ diagnósticos frente a $3,34 \pm 1,69$). Siendo esta diferencia muy significativa ($p=0,008$), (ver Tabla IV.286).

Tabla IV.286.- Comparación entre el número de diagnósticos finales (índice diagnóstico) de los informes de alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” durante y fuera del período de realización de la huelga (t-Test para datos no pareados. U de Mann-Whitney).

HUELGA	Media Nº DF	D.S.
Sí	3,81	2,04
No	3,34	1,69

D.S.: desviación estándar. Nº DF: número de diagnósticos finales.

IV.17.16.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de distribución de los diagnósticos finales asignados a los pacientes durante y fuera del período de realización de la huelga, salvo en el caso de los diagnósticos de neumonía, valvulopatía, y del grupo diagnóstico de “Enfermedades músculo-esqueléticas”, que se dieron con una frecuencia significativamente mayor en los pacientes dados de alta inmediatamente tras la finalización de la huelga ($p=0,04$, $p=0,01$, $p=0,05$ respectivamente), (ver Tabla IV.287).

Tabla IV.287.- Nivel de significación (p). Diferencias entre los diagnósticos atribuidos a los pacientes durante y fuera del período de realización de la huelga hospitalaria. Diagnósticos finales clasificados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC). (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

Código OMS	Grupos diagnósticos	p
001-139	I-E. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,39
	TBC	0,08
140-239	II-TUMORES	0,64
	T. Digestivos	0,44
	T. ORL	0,51

	T. Respiratorios	0,72
	T. Genitourinarios	0,20
	T. Sangre	0,39
240-279	III- E. ENDOCRINAS	0,92
	Tiroides	0,44
	Diabetes	0,47
280-289	IV-E. SANGRE	0,79
290-319	V-T. MENTALES	0,10
320-389	VI-SN Y SENTIDOS	0,13
390-459	VII-E.APARATO CIRCULATORIO	0,39
	Valvulopatía	0,01
	Enfermedad hipertensiva	0,19
	IAM, isquemia	0,87
	Arritmia	0,15
	Insuficiencia cardíaca	0,98
	ACV	0,54
	Otros circulatorio	0,45
460-519	VIII-E.APARATO RESPIRATORIO	0,73
	VRA	0,94
	Neumonía	0,04
	EPOC, asma, BC	0,96
520-579	IX-E.APARATO DIGESTIVO	0,25
	Patología hipersecretrora	0,84
	Enfermedades hepáticas	0,14
580-596	X-E.APARATO GENITOURINARIO	0,51
	S. Nefrótico	0,25
	Insuficiencia renal	0,78
	Litiasis renal	0,22
680-709	XII-E.PIEL Y T.CELULAR SUBCUTANEO	0,65
710-739	XIII-E. M.ESQUELETICO Y T. CONECTIVO	0,05
780-799	XVI-SINTOMAS MAL DEFINIDOS	0,68
800-999	XVII-TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS	0,92

E.: enfermedades. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

IV.17.17.- DIAGNOSTICOS FINALES EXITUS Y HUELGA

Algunos de los diagnósticos de los pacientes fallecidos se dieron más con mayor

frecuencia en los pacientes que murieron durante la huelga que fuera de ella. Esto ocurrió con las “Enfermedades infecciosas”, así como en los grupos diagnósticos de “Tumores”, “Trastornos mentales”, “Enfermedades del aparato circulatorio”, y “Enfermedades aparato respiratorio”, todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,05$), ($p=0,001$), ($p=0,0009$), ($p=0,007$) y ($p=0,008$) respectivamente. Lo contrario sucedió con los pacientes fallecidos diagnosticados de “Enfermedades de la sangre” ($p=0,05$), (ver Tabla IV.289).

Tabla IV.290.- Distribución de los pacientes fallecidos durante y fuera del período de realización de la huelga, en función de los distintos diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC). (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	H Sí	U No	E L	G TOTAL	A p
I.- E. INFECCIOSAS	18,46%	10,48%	11,19%	11,19%	0,05
TBC	11,36%	11,18%	11,19%	11,19%	0,96
II.- TUMORES	25,53%	10,2%	11,19%	11,19%	0,001
T. DIGESTIVO	23,08%	10,97%	11,19%	11,19%	0,17
T. ORL	66,67%	10,96%	11,19%	11,19%	0,002
T. RESPIRATORIO	40%	10,79%	11,19%	11,19%	0,003
T. GENITOURINARIO	42,86%	10,57%	11,19%	11,19%	0,001
T. SANGRE	0%	11,26%	11,19%	11,19%	0,42
III.- E. ENDOCRINAS	1,69%	10,02%	11,19%	11,19%	0,14
E. TIROIDES	2,08%	10,97%	11,19%	11,19%	0,17
DIABETES	10,07%	11,47%	11,19%	11,19%	0,64
IV.- E. SANGRE	2,27%	11,76%	11,19%	11,19%	0,05
V.- T. MENTALES	20,18%	9,54%	11,19%	11,19%	0,0009
DEMENCIA	25,94%	9,6%	11,19%	11,19%	0,0001
DEPRESION	0%	11,6%	11,19%	11,19%	0,24
VI.- SN Y SENTIDOS	11,84%	11,09%	11,19%	11,19%	0,84
VII.- E. A.CIRCULAT.	14,74%	7,41%	11,19%	11,19%	0,007
VALVULOPATIAS	9,4%	11,%	11,19%	11,19%	0,68
HTA	4,11%	11,97%	11,19%	11,19%	0,04
ENFERMEDAD HIPERT.	11,28%	11,14%	11,19%	11,19%	0,95
IAM/ISQUEMIA	10,24%	11,11%	11,19%	11,19%	0,56
ARRITMIA	11,11%	11,2%	11,19%	11,19%	0,97
I.CARDIACA	15,75%	10,05%	11,19%	11,19%	0,05
ACV	17,05%	9,94%	11,19%	11,19%	0,01

E.: enfermedades. T.: tumores. T. ORL: tumores otorrinolaringológicos. E. SANGRE.: enfermedades de la sangre. T. MENTALES: trastornos mentales. E.A. CIRCUL.: enfermedades del aparato circulatorio. Enf. HTA: enfermedad hipertensiva. IAM: infarto agudo de miocardio. I. Cardíaca: insuficiencia cardíaca. FA: fibrilación

auricular. V.: valvulopatía. ACV: accidente cerebro vascular.

Tabla IV.290.- (CONTINUACIÓN).Distribución de los pacientes fallecidos durante y fuera del período de realización de la huelga, en función de los distintos diagnósticos finales ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC). (Prueba de Chi cuadrado). (p: nivel de significación).

G. DIAGNOSTICO	H Sí	U No	E L	G TOTAL	A p
VIII.- E. A.RESPIR.	15,42%	8,96%	11,19%	0,008	
vra	11,11%	11,19%	11,19%	0,9	
NEUMONIA	14,44%	11%	11,19%	0,58	
EPOC, ASMA, BC	14,47%	10,28%	11,19%	0,14	
IX.- E. A.DIGESTIVO	11,62%	11,04%	11,19%	0,82	
PAT. HIPERSECRET.	10,45%	11,26%	11,19%	0,84	
HIGADO	7,89%	11,47%	11,19%	0,5	
X.- E. A. GENITOUR.	11,88%	10,99%	11,19%	0,75	
S. NEFROTICO	11,11%	11,19%	11,19%	0,99	
I. RENAL	10,94%	11,21%	11,19%	0,94	
LITIASIS	10%	11,2%	11,19%	0,90	
XII.- E. PIEL Y TCSC	0%	11,5%	11,19%	0,09	
XIII.- E. M. ESQUEL.	4,00%	11,75%	11,19%	0,08	
XVI.- ST. MAL DEF.	15,79%	10,8%	11,19%	0,25	
XVII.- TRAUMAT., ENVEN.	7,69%	11,25%	11,19%	0,68	

E.: enfermedades. E.A.RESPIR.: enfermedades del aparato respiratorio. VRA: procesos de vías respiratorias altas. BC: bronquitis crónica. E. A.GENITOURIN.:enfermedades del aparato genitourinario. E.PIEL/TCSC: enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo. E. M.ESQUEL.: enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. ST. MAL DEF.: síntomas y signos mal definidos. TRAUM.ENV.: traumatismos y envenenamientos.

V- Discusión

V.1.- SEXO

En 1992 la distribución por sexos de la población total de Aragón era de 50,6% mujeres y 49,31% varones. En concreto, en la provincia de Zaragoza estas cifras alcanzaron valores de 51,09% mujeres y 48,9% varones; los porcentajes correspondientes únicamente a la población de Zaragoza capital fueron de 51,6% mujeres y 48,31% varones^{213,315}.

En el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón se encuentran establecidas tres Areas de Salud: Area II, III y V (esta última englobada en el Area II en cuanto a asistencia sanitaria corresponde). El Area III es el marco geográfico que comprende a una población cuyos Servicios de referencia para la Atención Sanitaria Especializada están ubicados en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez. En este Area III, en 1993 existían 50,12% mujeres y 49,87% hombres³¹⁶. Teniendo en cuenta estos datos, la distribución por sexos de la muestra escogida para el estudio se corresponde con el porcentaje de la población de referencia que comprende este centro sanitario. Y así, en dicha muestra el 55,96% fueron mujeres y el resto, 44,04%, hombres. Con el fin de poder observar estos datos más fácilmente confeccionamos la siguiente tabla V.1.

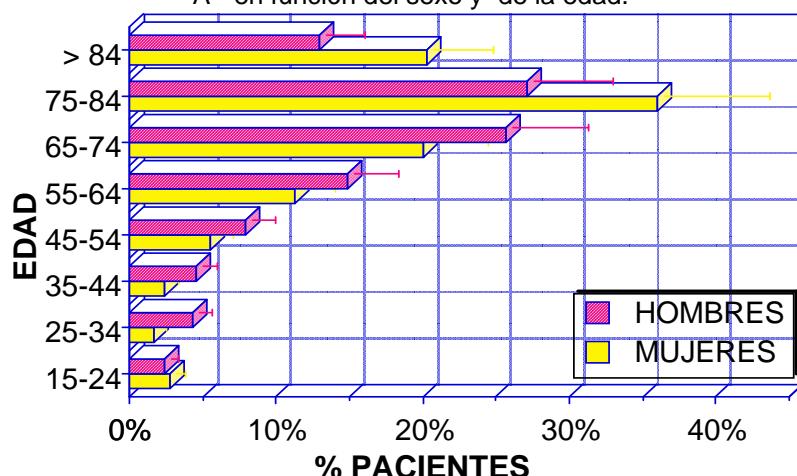
Tabla V.1.- Distribución de la población de Aragón y Zaragoza en función del sexo.

Población estudiada	Mujeres	Hombres
Aragón (1993)	601.586(50,6%)	585.294(49,31%)
Zaragoza (1992)	427.384 (51,09%)	408.986 (48,9%)
Zaragoza (1995)	435.486(51,10%)	416.846(48,9%)
Zaragoza capital (1992)	307.303(51,69%)	287.182 (48,31%)
Zaragoza capital (1995)	314.265(51,59%)	293.634(48,30%)
Area III (1992)	160.218 (50,12%)	159.413 (49,87%)
S. M. Interna "A" (1994/1995)	469(55,96%)	369(44,04%)

S.M. Interna "A": Pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A". Entre paréntesis, porcentajes.

Sin embargo, esta distribución por sexos tiende a invertirse prácticamente en la totalidad de los trabajos realizados previamente en otros Servicios de Medicina Interna. Existiendo en dichos trabajos una cifra de pacientes de sexo masculino algo mayor que en nuestros resultados, independientemente de que dichos estudios tuvieran lugar en Servicios de Medicina Interna de hospitales de tercer nivel (con una proporción de varones del 54,7%^{44,66}, o bien del 50,9%⁸²); o en Servicios de Medicina Interna de hospitales generales de segundo nivel (con cifras de varones de 60,4%⁴⁵, ó de 60,18%⁸⁴; 60,57%⁸⁸; 67,93%¹³⁰); o bien en Unidades de Medicina Interna que prestaban apoyo a grandes Hospitales (con 56% hombres y 44% mujeres⁶⁹); en otros Servicios de Medicina Hospitalarios (con el 60,5% varones¹⁷⁶). Dentro de estos servicios, estudios que analizaban otros aspectos importantes como la mortalidad en menores de 65 años (64,37% hombres¹⁷⁷), la yatrogenia (56,22% hombres¹³⁴), o el reingreso (porcentaje de varones del 52,8%⁸⁹) obtuvieron porcentajes similares.

Figura V.1.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna "A" en función del sexo y de la edad.



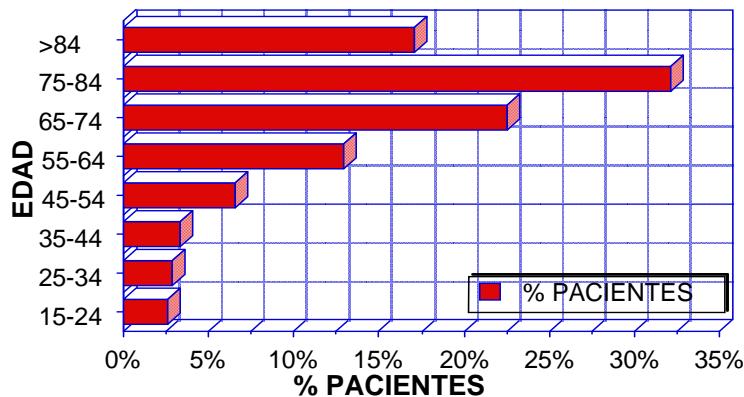
Dado que, según algunos autores, son los hombres los que acuden con mayor frecuencia al Servicio de Urgencias^{73,74}, los que más frecuentemente ingresan desde este servicio^{59,75} y además, son también los que presentan una mayor adecuación en el

criterio de ingreso hospitalario⁶⁶, tal vez las diferencias encontradas con respecto a los resultados obtenidos en la literatura, puedan estar causadas por la organización de los servicios hospitalarios y especialidades médicas en órganos, aparatos o sistemas. De este modo, la proporción de hombres que “faltaría” en nuestro servicio, se encontraría ubicada en otros servicios, como por ejemplo el de Urología, o el de Oncología. O bien, sencillamente estos resultados traducirían la mayor longevidad de las mujeres, lo que no es de extrañar sobre todo si se tiene en cuenta la elevada edad media de nuestra población^{21,44,75,88}. En este sentido encontramos trabajos realizados en Unidades de Medicina Interna Geriátrica, o en Centros concertados con el Insalud en los que prevalecían los enfermos geriátricos, cuyos resultados comunican una mayoría de mujeres ingresadas sobre los hombres^{52,56,57,114,185}. En el presente estudio la media de edad de las mujeres fue significativamente mayor que la de los hombres ($72,34 \pm 16,19$ años frente a $67,53 \pm 16,19$ años), ($p=0,0001$); siendo también las mujeres, las hospitalizadas con mayor frecuencia a partir de los 75 años de edad ($p=0,0004$), como se puede apreciar en la figura V.1.

V.2.- EDADES

La media de edad de las personas estudiadas fue de $70,22 \pm 16,78$ años, con una amplitud de 15 a 98 años. La distribución de los pacientes según sus edades viene reflejada en la figura V.2.

Figura V.2.- Porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según intervalos etarios.



A lo largo de los diferentes

estudios revisados, la media de edad se ha mostrado sensiblemente inferior a la obtenida en el nuestro. Y así, autores como MATORRAS et al. obtuvieron medias de $64,1 \pm 19,5$ años⁴⁴; en otros estudios también llevados a cabo en servicios de Medicina Interna, como el de DÍAZ JARILLA, la media alcanzada fue de $60,02 \pm 18,12$ años¹³⁴; en el DE LA SIERRA y colaboradores, la media de edad era de $61,7 \pm 17,8$ años⁸², en el de CABAÑÉS y col. fue de $61,26 \pm 18,6$ años⁷⁵; a su vez, GARCÍA SAAVEDRA en un estudio de morbilidad de un Servicio de Medicina Interna de un hospital de 2º nivel, describió una edad media global de $58,48 \pm 2,23$ años⁴⁵; en este sentido, los estudios de ESCOLAR CASTELLÓN obtenían una media de 63 años⁸⁴, y los de VIANA y col., estudiando la morbilidad y mortalidad en un Servicio de Medicina Interna, alcanzaron medias de $59,5 \pm 19,5$ años^{88,176}. En otros trabajos realizados en servicios de Medicina Interna de centros concertados con el Insalud, la media de edad global fue de 62 ± 19 años^{114,185}; y en otras investigaciones acerca del reingreso hospitalario en los Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel, arrojaron cifras de $65,2 \pm 17,6$ años⁸⁹. Esta información se puede apreciar con mayor facilidad en la tabla V.2.

Por lo tanto, la población objeto de nuestro estudio en cuanto a la edad se refiere, se aproximaría a la población de los pacientes ingresados en los Servicios Geriátricos, en los que las diversas publicaciones mencionan medias de edad comprendidas entre los 70 años y los $85,2 \pm 4,7$ ^{52,56,69}, superando incluso en ocasiones los 90 años⁵⁷.

Tabla V.2.- Resultados acerca de la media de edad global de los pacientes objeto de estudio obtenidos en los diferentes trabajos hallados a lo largo de la bibliografía.

ESTUDIO	Media de edad global	Observaciones
Matorras	64,1±19,5	H. 3º nivel
Díaz Jarilla	60,02±18,12	Estudio de la yatrogenia
De la Sierra	61,7±17,8	H. 3º nivel
García Saavedra	58,48± 2,23	H. 2º nivel
Escolar Castellón	63±0,00	H. 2º nivel
Viana Alonso	59,5±19,5	H. 2º nivel
Quiroga Prado	62±19	Centro concertado INSALUD
Sicras Mainar	65,2±17,6	Estudio del reingreso
Cabañés Arqudo	61,26±18,6	H. 2º nivel
Estudio S. M.I.“A”	70±16,78	H. 3º nivel

S. M.I.: Servicio de Medicina Interna. H.: hospital.

Sin embargo, siguiendo una distribución de pacientes según grupos etarios, en los anteriores estudios mencionados, los grupos de pacientes de mayor edad eran los que en mayor proporción se encontraban. Al igual de lo que sucedió en el nuestro, en el que la suma de los pacientes mayores de 65 años correspondió al 71,71% del total de los pacientes. Este porcentaje tuvo lugar sobre todo a expensas de los pacientes con edades comprendidas entre los 64 y 84 años, que representaron más de la mitad del total de los pacientes estudiados (54,65%).

Para MARTÍNEZ BRUNA y col. el 42% de la población estudiada poseía más de 70 años de edad, siendo la media de estos pacientes de 77,5 años³¹⁷. Para otros autores como MATORRAS et al. que también realizan estudios en Servicios de Medicina Interna de Hospitales de tercer nivel, más del 50% contaba con más de 70 años, experimentando un incremento ascendente de pacientes a partir de los 60 años, con pico máximo a los 70 años. En los 80 años el porcentaje alcanzado era casi similar al de los 60 años, obteniéndose una franca disminución de pacientes con 90 años de edad⁴⁴. Este mismo autor, estudiando la adecuación de los ingresos en los Servicios de Medicina Interna, afirma que el 59,4% correspondía a personas de 65 años y más⁶⁶. Otros trabajos subrayan la existencia de un predominio de pacientes con edades comprendidas entre los

65 a los 74 años¹³⁴. A nivel comarcal, VIANA y col. observan que el 80,36% de los pacientes contaban con edades mayores de 65 años¹⁷⁷, otras investigaciones señalan que el 93% de las personas posee más de 65 años y el 53,5% más de 80 años¹³⁰. Similares resultados fueron obtenidos en otros S. de Medicina Interna de segundo nivel, en el que la mayoría de pacientes resultaron ser septagenarios⁴⁵. En el total de la población recogida en un estudio acerca del reingreso hospitalario de un S. de Medicina Interna correspondiente también a un hospital de segundo nivel, el 51,5% de los pacientes poseía más de 70 años⁸⁹. El Servicio de Medicina Interna de un Centro concertado Insalud obtuvo como resultados que los pacientes menores de 65 años representaban el 34%, y los mayores de 65 años el 66%^{114,185}. Proporciones de personas menores de 65 años 33,3%, 65-75 años 24,8%, mayores de 75 años 41,9% fueron las obtenidas en otros servicios de Medicina Interna⁴⁷. Así mismo, en estudios acerca de la demanda de hospitalización realizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal, la década más frecuente fue la de 65-74 años con un 27,2%⁷⁵. Y en general, a nivel hospitalario, estudiando las características de los pacientes dados de alta, el 21,65% de las altas se producían en mayores de 65 años, concretamente los mayores de 75 años correspondían al 9% de las altas⁶³. En el estudio de la demanda asistencial en un hospital general, los mayores índices de frequentación en edades extremas de la vida (más pequeños y mayores de 70 años)⁷³.

El aumento de la frecuencia de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en función de sus edades es un hecho ya descrito: cuatro de cada diez ingresados en estos servicios cuentan con más de 75 años^{47,56}, siendo precisamente la edad avanzada una de las características de los pacientes ingresados en este servicio^{43,44,45,81}, concomitante a el declive de la salud de las personas a partir de los 65 años. En este sentido, MATORRAS et al. expresan la celeridad con la que aumenta la incidencia de ingresos con la edad, especialmente durante la década de los 60 años, de tal modo que el 71% de los mismos se produce a partir de los 65 años⁸³.

En nuestro trabajo la máxima incidencia de ingresos tuvo lugar en el período de edad de 75 a 84 años, que quizás fuera debida a una mayor morbilidad, manifiesta sobre todo a partir de los 75 años, (debido al gran número de patologías y procesos comórbidos que acompañan a las personas de esta edad^{48,52,57}). Hechos que pudimos constatar al observar, por una parte, el notable incremento en el número de diagnósticos finales de los pacientes conforme aumentaban sus edades ($p=0,0001$), (este parámetro alcanzó un pico máximo de $3,77 \pm 1,71$ diagnósticos por persona en aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 75 y los 84 años). Por otra parte, los datos derivados del estudio de la morbilidad de los pacientes nos sugirieron que ésta se encontraba íntimamente relacionada con sus edades, pues la mayoría de las patologías crónicas que las personas ingresadas referían, tenían lugar en personas de considerable edad (73-81 años). Ver tabla V.3.

Tabla V.3.- Media de edad de los pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna "A" según sus antecedentes patológicos.

C. MORBOSOS	Media de edad	D.S.
EPOC	74,14	12,03
E. Cardiov.	74,91	11,51
HTA	73,17	11,07
Diabetes	72,14	11,76
TBC	69,43	12,27
Colelitiasis	74,55	12,05
E. Reumatol.	73,80	12,71
C. de alcohol	65,03	15,06
C. de tabaco	72,31	13,71
Cáncer	75,52	9,72
P. Hipersecr.	68,07	11,84
Hepatopatía	65,41	17,42
Demencia	81,98	8,09

C. MORBOSOS: condicionantes morbosos. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. E. Cardiov.: enfermedades cardiovasculares. TBC: tuberculosis. HTA: hipertensión arterial. E.: enfermedades. C.: consumo. P. Hipersecr.: patología hipersecretora.

En cuanto al descenso del número de pacientes ingresados a partir de los 84 años, al igual que en otros estudios⁴⁴, es probable que en su mayor parte fuera debido a sus fallecimientos, puesto que los pacientes mayores de 70 años constituyen uno de los

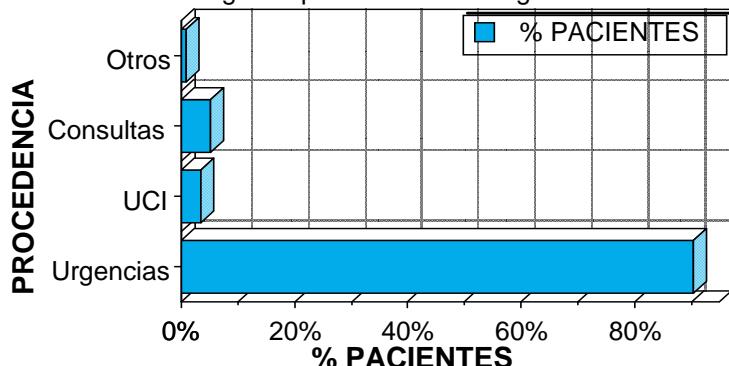
grupos de mayor mortalidad intrahospitalaria^{82,96,318}, y a juicio de algunos autores, la edad avanzada debería considerarse entre los factores que influencian la tasa de mortalidad⁴⁸. Se podría pensar que las personas ancianas no fueran ya ingresadas y prefirieran permanecer controladas en sus domicilios, sin embargo esta última suposición no parece probable, pues existen trabajos que afirman la existencia de una tendencia actual de la población en recurrir a un hospital para fallecer^{48,84,126,180}. En nuestros resultados la media de edad de los pacientes fallecidos fue superior a la de aquellos que no fallecieron (81,01 años frente a 68,8), ($p=0,0001$), mostrándose similares con los de la mortalidad obtenida en otras publicaciones, en las que la media de edad más elevada correspondió igualmente a las personas fallecidas^{48,69,82,88,130,178,318}. Además, al ser analizados todos los posibles destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta en función de sus edades, advertimos que aquellos individuos que contaban con mayor edad fueron los éxitus ($81,01 \pm 7,81$), ($p=0,0001$). En general, el fallecimiento, o en su defecto los Hospitales para Pacientes Crónicos, fueron los destinos más frecuentes a partir de los 75 años.

Todo lo mencionado nos induce a pensar que la edad constituye un importante factor de morbilidad, y por lo tanto de demanda de ingreso hospitalario, a pesar de que algunos autores opinen que el hecho de ser viejo es un concepto diferente al de estar crónicamente enfermo⁴⁷, no pudiendo predecir la salud de un individuo únicamente en función de la edad⁶⁵.

V.3.- PROCEDENCIA

La distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” en función del lugar de procedencia de sus ingresos viene representada en la figura V.3.

Figura V.3.- Distribución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según la procedencia del ingreso.



Otros : Otros Servicios, otros Hospitales. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Aunque cada hospital posee unas características propias, coincidimos con la literatura consultada en señalar que la mayor parte de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna proceden del Servicio de Urgencias del propio hospital (90,33%). Los valores a lo largo de la bibliografía revisada oscilaron desde el 71% al 98%^{45,47,73,75,82,84,86,89,319}. También fueron hallados valores que superaban estos porcentajes, pero se trataba de Unidades de Medicina Interna y/o Geriatría^{56,57}.

En general, se aprecia una elevada presión ejercida desde el Servicio de Urgencias. Dicha presión que gravita sobre los servicios hospitalarios de Urgencias, en la mayoría de los casos, no es subsidiaria de atención hospitalaria⁷³. Existen estudios acerca de la utilización de los mencionados servicios, en los que se evidencia su uso indebido y masivo^{58,79}, que parece tener su origen en la facilidad de acceso al sistema sanitario a través de estos servicios⁵⁸, en la escasa confianza por parte de la población en la Atención Extrahospitalaria⁷⁴, así como en la falta de comunicación y deficiente coordinación entre los profesionales de los distintos niveles sanitarios^{6,29,45,72,74}. Sin embargo, en muchas ocasiones se descubre que son los propios usuarios los que prefieren este sistema sanitario, debido a que la asistencia es más rápida y más fácil, e ignoran las consecuencias derivadas de su uso innecesario, que es más caro,

especializado, y que debería reservarse para situaciones justificadas⁷⁷. Si bien existen otros estudios que opinan que la progresiva afluencia de pacientes que demandan asistencia urgente no va necesariamente acompañada de un aumento paralelo de los ingresos desde este servicio,

aunque sí posiblemente de un empeoramiento en la calidad asistencial de dicho servicio⁷⁸.

En otras ocasiones, las altas tasas de urgencias pueden ser producto del mal estado funcional en el que se encuentran los pacientes añosos⁵⁶ (en nuestros resultados, el estado funcional, representado por el índice de Karnosky, alcanzó los niveles más bajos en aquellas personas mayores de 84 años, con una media de $64,40 \pm 18,63$ ($p= 0,0001$)). En este sentido, se ha comprobado que la tasa de hospitalizaciones no programadas aumenta con la edad, debido al precario equilibrio funcional de los pacientes ancianos (causado por la frecuente e importante tasa de polipatología que presentan), que hace que los fallos sobrevengan rápidamente sin que pueda haberse programado una hospitalización^{52,57}.

En determinadas circunstancias, las admisiones a través de Urgencias traducen falsas urgencias médicas y verdaderas urgencias sociales^{52,56,74} ligadas a las condiciones de vida de estas personas. Sin embargo, no deben ser sobrevaloradas infraestimando los problemas médicos subyacentes o asociados⁵². Por otra parte, este tipo de circunstancias no es privativa de las personas ancianas, porque tanto la dependencia (la precariedad o imposibilidad del autocuidado), como la pobreza, o la falta de domicilio fijo, traducen una fragilidad social del individuo a cualquier edad, no existiendo diferencias en cuanto a la edad de las personas ingresadas debido a un motivo social⁵⁹, siendo mas bien las limitaciones de los servicios sociales y asistenciales las responsables de indicar ingresos no del todo necesarios⁶⁶.

A veces, aún existiendo una adecuada indicación de ingreso de los pacientes, pero debido al padecimiento de procesos terminales que no van a modificarse con el tratamiento

hospitalario (puesto que en muchas ocasiones son utilizadas en el hospital medidas susceptibles de aplicación domiciliaria), habría que replantearse la necesidad de tales hospitalizaciones¹²³. Y así en general, se tienen en cuenta dos motivos por los que no se obtienen beneficios de permanecer ingresado en el hospital: por no ser necesarios los cuidados de tipo hospitalario (recordemos que el 11% de los ingresos que se producen en los mayores de 65 años podría ser tratado ambulatoriamente⁶³), y por no verse modificada la evolución⁴⁷.

Posibles soluciones propuestas para intentar solucionar de algún modo el acuciante problema de la presión de Urgencias, pasarían primero por un análisis del modelo de morbilidad de este tipo de pacientes, con el fin de poder instaurar rápidamente a domicilio un tratamiento preventivo⁵⁷. También sería preciso plantear alternativas a la hospitalización, pues el recurso de acudir a urgencias ante una patología aguda no es una buena solución, y la ayuda mantenida a domicilio, así como la facilitación de la asistencia en el ámbito extrahospitalario parece más razonable^{47,52,127}. Para desarrollar esta postura se considera decisiva la creación de un sistema asistencial a domicilio^{47,110,128} (así como una mayor educación sanitaria (autocuidado)^{60,74,320}), que aplicara a los enfermos los cuidados necesarios, ya fuera por parte de Atención Primaria, o bien por parte de unidades específicas (Hospitalización Domiciliaria, con la consiguiente y deseable participación de la familia en las patologías del anciano^{63,75,321}, Hospitales de Día o Unidades de Cuidados Paliativos^{63,110,116,123}). También existen alternativas que suponen una mayor implicación de los familiares, como son la creación de asociaciones de ayuda mutua (constituida en torno a una discapacidad o enfermedad duradera, y formada por personas que padecen esa situación, o por sus familiares, o allegados), en las que el médico también puede ejercer un papel activo en relación con estos grupos (diseñando estrategias terapéuticas y de seguimiento, facilitando asesoramiento y formación en autocuidados..) constituyendo esta propuesta un importante impulso de la acción social en la salud^{320,322}.

Por otra parte, resulta de vital importancia la potenciación de los servicios extrahospitalarios⁷² como los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios, con personal y material necesarios para su correcto funcionamiento. También nos parecen interesantes estudios que describen la creación de Servicios de Urgencia Hospitalarios funcionalmente autónomos, similares a cualquier otro servicio hospitalario⁷⁸, así como el intento de acoplar Unidades de Medicina Interna con orientación geriátrica en las urgencias de los diferentes hospitales^{52,122}. Otra medida muy efectiva consistiría en la realización y agilización de los estudios diagnósticos vía ambulatoria⁶⁶ o bien, vía Consultas Externas⁷⁸.

Tabla V.4.- Posibles soluciones propuestas con el fin de intentar disminuir la presión de Urgencias.

•Análisis del modelo de morbilidad de los pacientes.
•Programas de educación sanitaria (autocuidados).
•Creación de Asociaciones de Ayuda Mútua.
•Alternativas a la hospitalización convencional:
Creación de un sistema asistencial a domicilio
Atención Primaria
Hospitalización Domiciliaria
Hospitales de Día
Unidades de Cuidados Paliativos
•Facilitación de la asistencia en el ámbito extrahospitalario:
Servicios de Urgencias Extrahospitalarios
Realización de estudios diagnósticos vía ambulatoria
Realización de estudios diagnósticos vía C. Externas
•Servicios de Urgencias:
Potenciación de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios
Servicios de Urgencia Hospitalarios funcionalmente autónomos
Unidades de M. Interna con orientación geriátrica en los S. de Urgencias Hospitalarios

C. Externas: Consultas Externas. S.: Servicios.M.: Medicina

Para poder realizar algunas de estas propuestas, opinamos que se necesitaría una buena

coordinación, así como una mayor relación entre la Asistencia Primaria y la especializada^{5,35,72,74,75,120,121,122}, (intentando potenciar sobre todo la Asistencia Primaria), junto a un desarrollo de los servicios sociales⁷⁴ (ya hemos apuntado cómo las limitaciones de los servicios sociales y asistenciales en ocasiones, pueden obligar a indicar ingresos no del todo necesarios^{66,68}). De todos modos, mientras no tengan lugar dichas modificaciones, los hospitales tendrán que adecuarse al creciente aumento de atención en régimen de Urgencias⁴⁷, adaptando los recursos existentes a este tipo de usuario⁵⁹.

Acerca de la proporción de ingresos realizados a través de las Consultas Externas del hospital (5,25%), nuestros resultados se encuentran dentro de los límites descritos a lo largo de la bibliografía (que oscilan entre el 1,51% y el 10,8%^{45,75,319}). Ante el importante porcentaje de los ingresos efectuados mediante los servicio de urgencias de los hospitales, esta modalidad de ingreso no ha merecido la atención de numerosos autores.

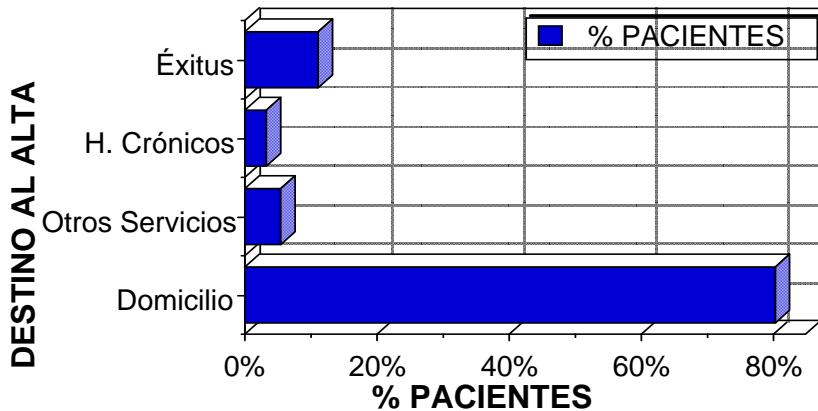
El porcentaje de pacientes procedentes de la UCI (3,46%), también se halla dentro de los valores encontrados en la bibliografía (2,7%-7,1%^{45,75}). Dicho porcentaje no parece muy elevado, pudiendo ser debido a que desde la UCI viniera un reducido número de pacientes a proseguir su control y tratamiento en el Servicio de Medicina Interna, debido a la existencia en el Hospital Clínico Universitario de Servicios de Especialidades (como el de Cardiología), a donde posiblemente fueran trasladados la mayor parte de estos pacientes. Este porcentaje traduciría la “devolución” de los pacientes previamente trasladados desde el propio servicio de Medicina Interna a la UCI una vez compensada la agudización grave de su patología (ver en el siguiente apartado).

El porcentaje de pacientes ingresados desde Otros Servicios del hospital al Servicio de Medicina Interna "A"(0,95%), también se sitúan dentro de los mencionados por la bibliografía (0,53%-2,9%^{45,75}).

V.4.- DESTINO AL ALTA

La tasa de mortalidad constituye un hecho clave en los Servicios de Medicina Interna. En nuestro trabajo, esta tasa alcanzó un valor del 11,09%, de acuerdo con los resultados obtenidos por otros estudios realizados en Servicios de Medicina Interna de hospitales de tercer nivel, en los que la mortalidad adquiría valores que oscilaban entre el 8% y el 18,7%^{44,66,86,181,316,317}. La mortalidad en los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales comarcales se situaba en torno a el 4,35% y a el 10,27%^{84,89}, sin embargo, a pesar de estos valores tan extremos, lo más frecuente fue encontrar tasas de mortalidad inferiores a las de los hospitales de un nivel superior, siendo los valores más frecuentes los comprendidos entre el 6,6% y el 7,8%^{45,82,88,130,178,181}, debido probablemente a la menor gravedad y complejidad de las patologías atendidas^{25,318} (derivada de la menor dotación tecnológica de la que disponen estos centros). Otras cifras de mortalidad fueron las halladas en los en Servicios de Medicina Interna de centros concertados con el Insalud (4%-5%)^{114,185}, y en los Servicios de Medicina Interna Geriátrica, en los que la mortalidad alcanzó cifras del 6% al 16%^{48,52,56,181}. El destino de los pacientes cuando fueron dados de alta viene representado en la figura V.4.

Figura V.4.- Distribución de los destinos recibidos por los pacientes en el momento de ser dados de alta del Servicio de Medicina Interna “A”.



Contrastan estas tasas con las obtenidas a nivel hospitalario (que se sitúan entre el 2% y el 6%^{130,178,181,316,318}), observando que la mortalidad de los Servicios de Medicina Interna supera a la de los hospitales, y es a su vez superior al porcentaje de la mayoría de los servicios hospitalarios^{130,178,199}. Reflejo quizás del tipo, gravedad^{177,180} y edad⁸² de los pacientes admitidos en estos servicios (ya hemos comentado cómo algunos autores afirman que la edad debería ser considerada entre los factores que influencian la tasa de mortalidad⁴⁸, pudiendo ser producto del aumento en la expectativa de vida derivada de los avances de la medicina⁸², así como de la actual tendencia de la población en recurrir a un hospital para fallecer^{48,84,180}).

Sin embargo otros destinos al alta hospitalaria tampoco han merecido la atención de numerosos autores. Del presente estudio se deduce que la mayoría de los enfermos (80,31%) regresaron a sus domicilios, cifra que resulta elevada si la comparamos con la obtenida en otros trabajos, en los se barajan cifras del 68% y 76%^{56,69}. Nuestro porcentaje fue algo inferior al del conjunto del hospital (94%) en el año anterior al estudio³¹⁶. Este 14% inferior al del hospital puede ser consecuencia de las diferencias en el tipo de pacientes asistidos.

En el presente trabajo el 5,37% de las personas fueron trasladadas a otros servicios del hospital. De éstas, un porcentaje importante correspondió a pacientes trasladados a la

Unidad de Cuidados Intensivos por agravación de su enfermedad. Algunos autores, sitúan esta cifra en un 3%⁴⁵, cifra que concuerda con la obtenida en nuestros resultados (3,46%), ya que en el anterior apartado habíamos asumido que los pacientes ingresados en nuestro servicio a través de la UCI, habían sido trasladados previamente desde el Servicio de Medicina Interna (ver apartado anterior).

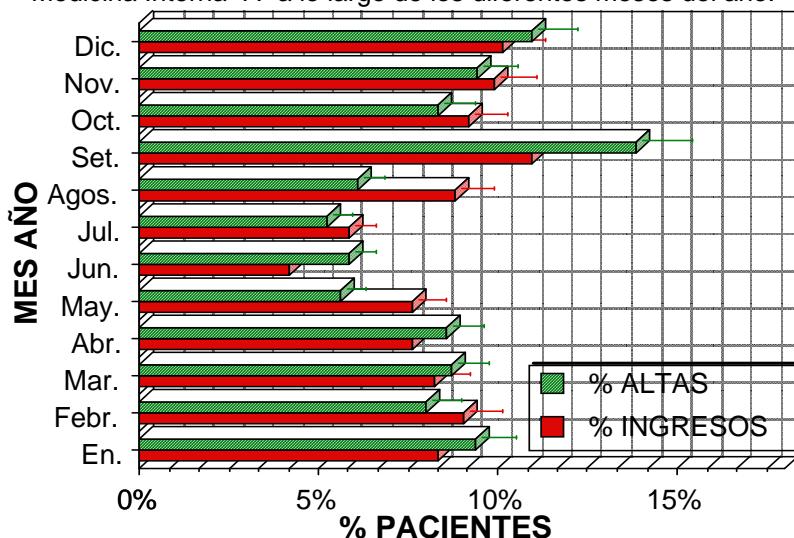
En el caso del 1,91% restante, se trataría bien de enfermos que requirieron tratamientos quirúrgicos (que obviamente no podían ser dispensados en un Servicio de Medicina Interna), bien de pacientes que sufrieron trasladados a otras especialidades por no disponer del aparataje adecuado para la administración de sus tratamientos (como los pacientes oncológicos).

Existen investigaciones que estudian el traslado de los pacientes a otros centros, oscilando los valores entre el 2% y el 14%^{45,52,56,57,69,84,114,185}. La amplia variabilidad de este porcentaje es consecuencia de los diferentes niveles asistenciales en los que se han realizado estos estudios (hospital secundario o terciario). En nuestros resultados, el 3,22% de los pacientes fueron derivados a Hospitales para Pacientes Crónicos. No es desdeñable la proporción de personas que fueron trasladadas a este tipo de centros, lo que no es de extrañar si se tiene en cuenta la edad de los pacientes ingresados en este servicio (en concreto, la media de edad de las personas con dicho destino fue de $76,40 \pm 12,82$, ($p=0,0001$)) y las patologías invalidantes acompañantes. En muchas ocasiones el motivo de traslado a este tipo de centros tiene como propósito la rehabilitación, y así, el destino de los pacientes diagnosticados de “Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos” fue sobre todo los Hospitales para Pacientes Crónicos ($p=0,005$). También un importante número de personas con diagnósticos como las “Enfermedades del Aparato Genitourinario” y las “Enfermedades de la Piel o del Tejido Celular Subcutáneo” fueron trasladados a Hospitales para Pacientes Crónicos ($p=0,001$ y $p=0,0001$ respectivamente).

V.5.- FRECUENCIA DE DISTRIBUCION A LO LARGO DE LOS MESES DEL AÑO

La distribución de pacientes ingresados y dados de alta a lo largo del año viene reflejada en la siguiente figura V.5.

Figura V.5.- Porcentaje de pacientes ingresados y dados de alta en el Servicio de Medicina Interna “A” a lo largo de los diferentes meses del año.



Es ya reconocido por diferentes autores el descenso en el número de ingresos durante los meses de junio y julio⁴⁸, así como el aumento de pacientes ingresados que tiene lugar precisamente durante los meses de invierno^{48,102}; sin embargo, no resulta tan esperado el aumento de pacientes ingresados y dados de alta que durante el mes de septiembre se obtuvo en el presente estudio. Por otra parte, existen algunos estudios que afirman que en cuanto a la población geriátrica se refiere, la proporción de ingresos tiende a mantenerse constante a lo largo del año³¹⁷.

Los ingresos ocurridos durante los meses de junio y julio, pudieron obedecer a ingresos de pacientes aquejados de patologías que realmente comportaban una cierta gravedad. Y

el incremento en el número de pacientes ingresados a lo largo del mes de diciembre, quizás fuera consecuencia de las frecuentes agudizaciones de patologías crónicas que ocurren en esta estación.

Acerca del número de altas no hemos hallado datos que nos orientaran sobre la adecuada distribución de los nuestros. Dichas altas fueron más numerosas durante los meses de setiembre y diciembre, y los menores porcentajes se obtuvieron durante los meses de mayo y junio. Esta distribución de ingresos y altas puede no ser representativa, puesto que durante los meses de mayo y junio tuvo lugar una huelga de médicos de hospitales públicos (ver apartado V.19).

V.6.- ESTANCIA

La estancia media en nuestra población fue de $13,23 \pm 11,04$ días. Esta media en función de la edad de los pacientes se distribuyó del modo en que se muestra en la figura V.6.

El promedio de estancia a lo largo de la literatura se sitúa entre los $8,84 \pm 7,09$ días y los $19,70 \pm 14,30$ ^{25,45,47,48,56,57,66,82,84,86,88,89,130,134,177,282,316}. Dentro de los Servicios de Medicina Interna existen diferencias según el nivel de asistencia sanitario en el que se encuentren ubicado. Así, los Servicios de Medicina Interna de los hospitales de tercer nivel^{66,86,282} alcanzan medias superiores que los de segundo nivel^{45,84,130}, siendo en los Servicios de Medicina Interna Geriátrica donde mayores promedios de estancia se obtienen^{47,56,57,88,323}. Como era de esperar, nuestros resultados concuerdan con los de los servicios de Medicina Interna terciarios. Aún así, estos promedios de estancias pueden parecer elevados, y probablemente tengan su origen en algunas de las características propias de los hospitales de tercer nivel: con su importante dotación de camas, alto grado de segmentación, gran porcentaje de ingresos procedentes de urgencias, mayor complejidad de los pacientes asistidos, así como una actividad docente e investigadora que se lleva a cabo en gran parte de este tipo de hospitales; ya que todos estos factores se han mostrado a lo largo de diversos estudios, responsables del aumento de la estancia

media^{25,190,222,225,221}. Pensamos, al igual que los estudios mencionados, que la edad también puede estar influenciando este parámetro (ver figura V.6), pues hemos observado que las mayores estancias se registraron en aquellas personas con edades comprendidas entre los 65 y 84 años ($p=0,02$).

Por otra parte, el que la estancia media fuera superior a la obtenida en el mismo servicio pero en el año anterior 1993 (16,36 frente a 10,69 días³¹⁶), induce a pensar que se haya visto de algún modo modificada por la existencia de una huelga de médicos que se extendió durante casi dos de los doce meses estudiados (9 de mayo-30 de junio).

Figura V.6.- Media de días de estancia que los pacientes permanecieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A”.



Existen autores que afirman que gran parte de la variabilidad de la duración de la estancia reside en factores como son el sexo, (concretamente ser mujer se comporta según ellos, como un factor de reducción de la duración de la estancia), y el número de diagnósticos finales (que constituye uno de los principales factores de la duración de la estancia⁵⁷). Con respecto a esta última afirmación observamos que en los resultados obtenidos, el

número de diagnósticos finales se incrementaba conforme aumentaba la estancia ($p=0,0001$). Por otra parte, también existen estudios que no demuestran diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes¹⁷⁷, encontrándose nuestros resultados más acorde con éstos últimos (15,06±11,60 días en las mujeres frente a 15,84±15,36 días en los hombres).

Los pacientes más jóvenes generaron estancias más cortas, quizás por ausencia patológicas crónicas que prolongaran su hospitalización. Con frecuencia son las patologías de tipo agudo las responsables de la mayor parte de los ingresos entre los más jóvenes^{59,66}, y habitualmente poseen más posibilidad de un tratamiento eficaz⁸⁶ para lograr una restitución “ad integrum”. Los resultados obtenidos parecen apoyar esta afirmación, y así, la media de edad de los pacientes con ausencia de la enfermedad responsable de su ingreso en el momento de ser dados de alta, era menor que la de aquellos que, en el momento de abandonar el hospital, no se consideró que existiera tal ausencia (64,66±19,79 años frente a 72,11±15,20 años), ($p=0,0001$). Observamos cómo la estancia aumentó considerablemente a partir de los 45 años. Nos llama la atención en un principio, el notable incremento que sufre este parámetro en las personas cuyas edades oscilaban entre los 45 y 55 años (16,23±13,51 días), que podría haber sido causado por el especial énfasis exploratorio ejercido sobre estos pacientes, en un intento de filiar correctamente las patologías de las que estuvieran afectos, ya que probablemente marcarán su morbilidad en un futuro, y evidentemente, un mayor número de pruebas diagnósticas se acompaña de una estancia más larga⁶¹. Pero en general, las mayores estancias correspondieron a pacientes con edades comprendidas entre los 65 y 84 años, debido probablemente a su considerable comorbilidad (ya hemos señalado previamente la relación entre los antecedentes patológicos de los pacientes y sus edades)^{48,52,57}, su posible mal estado general en el momento del ingreso^{222,225}, y la inexistencia de una adecuada colaboración familiar que, como señalan algunos autores⁴⁷, también constituye un factor que contribuye a la prolongación de la media de estancia. Otros estudios sugieren que es a partir de los 65 años cuando comienza a elevarse el período de tiempo

que permanecen ingresados¹¹⁴, haciéndose este hecho especialmente evidente en las personas con edades comprendidas entre los 65 y 75⁴⁷.

También nos llama la atención la disminución de la media de estancia en los pacientes mayores de 84 años de edad, posiblemente debida a la mayor mortalidad existente en estos grupos de edad avanzada⁸²; ya hemos mencionado que, al igual que en otros estudios, los pacientes que fallecieron durante su estancia en este servicio eran los que poseían edades más avanzadas (media de 81,01±7,81 años), (p=0,0001).

A pesar de la insistencia por parte de las personas encargadas de la gestión y gerencia hospitalaria, en lograr como objetivo primordial una estancia media corta, en realidad todos los estudios coinciden en afirmar que no existe una estancia media idónea, pero como norma general se impone y se acepta, tanto como por criterios economicistas como yatrogénicos, que cuanto más baja, mejor²²². Nos detenemos en estas consideraciones debido, a que por una parte, a tenor de algunos autores la magnitud del promedio de estancia depende fundamentalmente de la actitud de los médicos, especialmente de la de los Servicios de Medicina Interna²²⁵, y por otra, a que según lo expuesto en la introducción, la reducción de esta estancia supondría al mismo tiempo una solución precoz de los problemas de los pacientes a un bajo costo por enfermo²²⁷.

Teniendo en cuenta estos aspectos, ya hemos mencionado cómo la implantación de fórmulas alternativas a la hospitalización convencional como la creación, empleo y potenciación de los Servicios de Geriatría^{102,115,317}, Hospitales de Día Geriátricos^{21,110,115,116}, o Unidades Geriátricas de Agudos^{52,110,118,119}, podrían solucionar en parte el problema de la estancia hospitalaria, contribuyendo a la reducción de la duración actual de la estancia media hasta conseguir el mínimo indispensable en enfermos con criterio objetivo de ingreso. Otras medidas importantes pasarían primero por la potenciación de los centros de salud, (con un aumento de acceso a las tecnologías por

parte de éstos), así como por la ya mencionada coordinación entre ambos niveles asistenciales^{5,35,121,122}. En general, se piensa que esta potenciación de los servicios extrahospitalarios, junto a la buena coordinación a distintos niveles asistenciales, podría disminuir el porcentaje de estancias inadecuadas (como sería la reducción de estancias prequirúrgicas, y en nuestro caso, de estancias prolongadas de enfermos no agudos)⁷².

Ya a nivel hospitalario, otras soluciones propuestas con la misma intención serían las siguientes (algunas de ellas ya han sido mencionadas con anterioridad): la realización y agilización de los estudios diagnósticos a través de las Consultas Externas del hospital^{78,222,225}, la existencia de mayor número de personal no médico^{222,225}, así como la creación de protocolos del trabajo de enfermería^{222,225}, la disminución de la realización de pruebas innecesarias^{136,159,160} y el acortamiento de los tiempos de espera de los resultados de las exploraciones complementarias realizadas⁶⁸. Otros tipos de medidas adoptadas han sido la hospitalización durante un período de tiempo inferior a 12 horas (Hospitales de Día)^{21,225}, la creación de Unidades de Estancia Corta (similar a las de pediatría) y de Areas de Observación, debido a que en muchas ocasiones el paciente debe permanecer en el hospital^{47,52}, y por último, el desarrollo de la hospitalización a domicilio bajo supervisión del centro²²², junto con los programas de asistencia a domicilio^{21,123,124,125,126,127,128}. Todas estas medidas vienen esquematizadas a continuación en la tabla V.5.

Tabla V.5.- Diferentes medidas propuestas para intentar disminuir la estancia en los hospitales.

- Implantación de fórmulas alternativas a la hospitalización:
 - Servicios de Geriatría
 - Hospitales de Día Geriátricos
 - Unidades Geriátricas de Agudos

- Realización de estudios diagnósticos en Consultas Externas del hospital.
- Aumento del número de personal no médico.
- Creación de protocolos del trabajo de enfermería.
- Disminución de la realización de pruebas innecesarias.
- Acortamiento de tiempos de espera de los resultados de las exploraciones complementarias.
- Hospitalización inferior a 12 horas (Hospitales de Día).
- Creación de Unidades de Estancia Corta .
- Creación de Areas de Observación.
- Desarrollo de la hospitalización a domicilio bajo.
- Programas de asistencia a domicilio.

V.7.- MULTINGRESO

Un importante número de pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna hospitalarios son ingresados repetidamente. En nuestra experiencia, el 50,35% cumplía con los criterios que definimos como multingreso, (existencia de datos de algún ingreso previo en la historia clínica, sin adoptar un límite temporal), obteniendo una media de $2,78 \pm 2,28$ reingresos por paciente.

A la hora de comparar este resultado con los obtenidos en otros estudios, subrayamos la importancia de la distinta metodología empleada en cuanto a la definición de la variable reingreso, así como de las características de los centros consultados. Así, MATORRAS et al. en diversos trabajos sitúan este indicador en torno al 34-36%^{66,83,86}. Esta cifra de reingresos disminuye cuando se tienen en cuenta hospitales o centros de otras características (Hospitales de Segundo Nivel, Servicios de Geriatría, con cifras de alrededor del 15%-28%^{84,89,100} ó 26%¹⁰² respectivamente). En un estudio realizado por un Servicio de Medicina Interna acerca de la demanda de la hospitalización, se calculó que el porcentaje de reingresos se encontraba en torno al 17,6%⁷⁵. En estos estudios también la media de reingresos por paciente fue variable, obteniéndose valores que oscilaron de 1 a 4^{75,177}.

Tabla V.6.- Concepto de reingreso según los diferentes estudios mencionados, siguiendo su orden de aparición bibliográfico.

ESTUDIO	Concepto	Observaciones
MATORRAS	- Al menos dos veces en los últimos 12 meses - 3 veces en los últimos 5 años - 2 ó más admisiones en los últimos 4 años	H.3 ^{er} Nivel
ESCOLAR CASTELLÓN	- Ingreso previo en el mismo año	H.2 ^º Nivel
SICRAS MAINAR	- Otro ingreso en <6 meses	H.2 ^º Nivel
GARCÍA ARILLA	- Reingreso en el mismo centro	H.2 ^º Nivel
CABANÉS ARGUDO	- Ingreso en más de una ocasión	H.2 ^º Nivel
VIANA ALONSO	- Ingreso previo en el último año	H.2 ^º Nivel
ESTUDIO S.M.I. "A"	- Antecedente de ingreso previo	H.3 ^{er} Nivel

H.: hospital. S.M.I. "A": Servicio de Medicina Interna "A".

Como podemos observar el porcentaje de reingresos en este trabajo es superior a los encontrados en la bibliografía consultada (probablemente producto de no haber adoptado un criterio temporal para su estudio), aunque la media de ingresos por paciente se encuentra dentro de los límites descritos. Este elevado porcentaje de pacientes con antecedente de ingresos previos nos hace reflexionar sobre la real curación de las enfermedades que padecen las personas ingresadas, y en qué medida se pueden beneficiar de su hospitalización. Como explicación a este hecho podemos argumentar que gran parte de los pacientes ingresados poseían factores que algunos investigadores han denominado como de riesgo, o cuando menos, contribuyentes al aumento del reingreso.

Estos son los siguientes:

-pacientes de avanzada edad^{67,75,89,96,97,98,99,100}. Así, los pacientes que habían sido ingresados en el Hospital Clínico Universitario durante alguna ocasión anterior, poseían una media de edad superior ($72,38 \pm 14,05$ años) que aquellos que no contaban con ingresos previos ($68,04 \pm 18,93$ años), ($p=0,0009$). Además, conforme aumentaba la edad de los pacientes, se incrementaba a su vez el número de ingresos previos realizados. Este

hecho fue especialmente llamativo en los pacientes con edades comprendidas entre los 55 y 64 años de edad ($p=0,0005$).

-Con patologías crónicas^{75,83} (personas con determinados antecedentes patológicos como las enfermedades cardiovasculares y cáncer, y con determinados hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, contaban con mayor número de ingresos previos que el resto de pacientes con otros antecedentes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con $p=0,004$, $p=0,009$, y $p=0,03$ respectivamente).

Además, fue significativamente mayor el porcentaje de personas con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, (en concreto la insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial), diabetes, TBC, cáncer y hepatopatía, que ya habían realizado previamente algún ingreso, que el de aquellos que con los mismos antecedentes no habían realizado ninguno.

Estos resultados concuerdan con los de MATORRAS et al., en ellos se destaca la gran prevalencia que tienen estas enfermedades, que con frecuencia van asociadas a reagudizaciones y a factores de riesgo evitables en gran parte de los casos (tabaco y alcohol)^{83,324,325}. También es importante señalar la presencia de enfermedades invalidantes crónicas¹⁰², cuyas descompensaciones, reagudizaciones o complicaciones exigen frecuentes y repetidos ingresos⁸⁶. En este sentido, observamos que las personas diagnosticadas de “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, (en concreto de accidente cerebral vascular), y las diagnosticadas de diabetes (dentro del apartado referente a “Enfermedades del Sistema Endocrino”), poseían una media de ingresos previos significativamente superior a la de los pacientes diagnosticados de otros procesos.

Existieron también variaciones en el porcentaje de pacientes con determinados diagnósticos finales en el momento de ser dados de alta, en función de que hubieran o no realizado ingresos anteriores. De este modo, el diagnóstico de TBC fue significativamente más frecuente en las personas que habían sido ingresadas previamente que en aquellas que no habían sufrido ningún ingreso previo. Lo mismo ocurrió con los pacientes

diagnosticados de diabetes, de “Tumores”, de “Enfermedades del aparato circulatorio” y “respiratorio”. Existiendo autores que subrayan la importancia de determinados diagnósticos como las neoplasias⁹⁶, y enfermedades cardiorrespiratorias como factores responsables de ingresos repetidos⁹⁷.

También, es posible que las características del hospital y del servicio hayan influenciado estos resultados, ya que centros con más de 100 camas, o admisión no quirúrgica forman parte también de los factores responsables del incremento de este parámetro⁸⁹.

Así mismo existen fuentes que han observado que el sexo masculino se halla relacionado con el aumento del reingreso^{67,75,89,99,100,101}. Sin embargo nosotros, a la vista de los resultados obtenidos, no podemos ratificar esta afirmación, y al igual que los trabajos de MATORRAS et al.⁸³, no encontramos diferencias significativas entre el número de reingresos realizados por los pacientes en función de que éstos sean mujeres u hombres.

Tabla V.7.- Diferentes medidas propuestas para disminuir el reingreso hospitalario.

- Potenciación de las medidas preventivas que disminuyan la prevalencia de las enfermedades crónicas susceptibles de hospitalización.
- Identificación de grupos con alto riesgo de readmisión.
- Seguimiento de los pacientes con antecedentes de reingreso por parte de
 - Servicios Sociales
 - Atención Primaria
- Asistencia Domiciliaria.
- Promoción de programas de autocuidados.
- Evitar reingresos hospitalarios: atención a dichos pacientes en
 - Centros de Larga Estancia
 - Unidades Funcionales Geriátricas

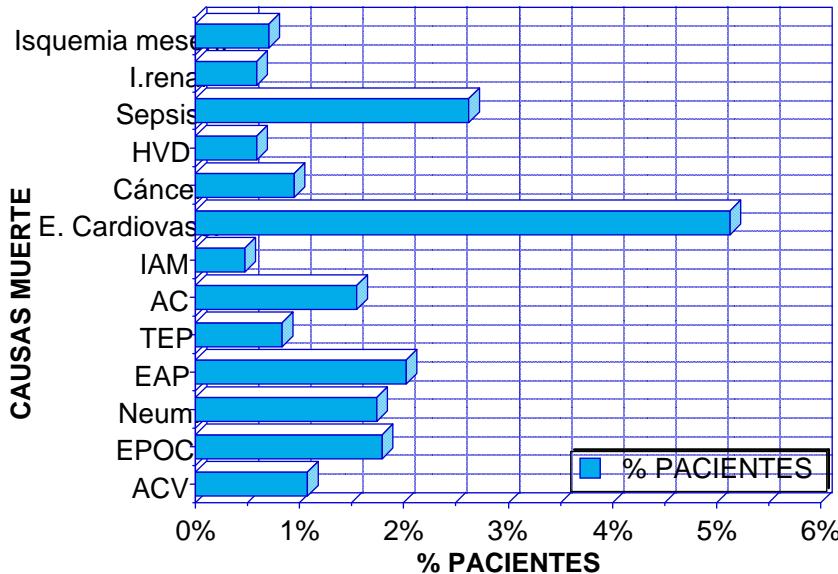
De todos modos, las investigaciones coinciden en apuntar que el reingreso es un dato importante para orientar la gestión de un servicio¹⁰⁷, y vistos los factores que sobre él influyen, para la mejora de este indicador deberían potenciarse medidas preventivas que disminuyeran la prevalencia de enfermedades crónicas susceptibles de hospitalización^{75,83}; mediante acciones o programas específicas destinados a disminuir este fenómeno en función de unos factores de riesgo predictivos de readmisión

identificados^{54,55,89,105,107,108}, un adecuado seguimiento del reingreso por parte los servicios sociales de la comunidad^{14,66,89,91,92,99,105,111}, una asistencia domiciliaria, creación de Centros de Larga Estancia, atención a este tipo de pacientes en Unidades Funcionales Geriátricas¹²², puesta en marcha de programas en los que se instruyera al paciente sobre los cuidados que precisara su enfermedad....^{75,123,124,125,126,127} más que medidas sobre la gestión intrínseca del propio ingreso⁸³. Todas estas propuestas vienen esquematizadas en la tabla V.7.

V.8.- ENFERMEDAD CAUSA “BÁSICA” DE MUERTE

En los estudios revisados existen autores que coinciden en señalar que patologías como el accidente cerebrovascular^{88,100,180} enfermedades respiratorias (EPOC, neumonía)^{48,88,204}, neoplasias y cardiopatías¹³⁰ son el origen de la mayor parte de todos los fallecimientos hospitalarios^{84,86,178,181,318}. Otros autores también resaltan la importancia de enfermedades como las infecciosas, neurológicas o digestivas como causa de fallecimiento de los pacientes^{48,69,82,185}. Nuestros resultados se asemejan a los de la bibliografía consultada, siendo las enfermedades cardiovasculares, la sepsis y la patología respiratoria, las etiologías responsables de la mayoría de las muertes de los pacientes. La distribución de los pacientes fallecidos en función de la causa que les originó la muerte viene representada en la siguiente figura V.7.

Figura V. 7.- Distribución del porcentaje de pacientes fallecidos durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna “A” según la causa “básica” de muerte.



Isquemia mesen.: isquemia mesentérica. I. renal: insuficiencia renal. HVD: hemorragia vía digestiva. E. Cardiovasc.: enfermedad Cardiovascular.. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. TEP: tromboembolismo pulmonar. EAP: edema agudo de pulmón. Neum.: neumonía. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ACV: accidente cerebral vascular.

Si sumamos los pacientes fallecidos debido a sepsis y neumonía, obtenemos unas cifras similares a la de fallecidos por enfermedades cardiovasculares (5,42%). Suponiendo que el fallecimiento debido a infecciones, haya podido estar en parte relacionado con la permanencia de los pacientes en el hospital (ver más adelante el apartado V.15.), este hecho poseería una gran importancia, ya que la infección hospitalaria aumentaría la mortalidad de los pacientes que la padecieran^{70,168,169}. Así, algunos autores observan que existe una relación entre la hospitalización y el desarrollo de infecciones nosocomiales, que pueden desencadenar el fallecimiento del individuo^{169,204}. En este sentido, la infección nosocomial actuaría como un factor de riesgo de mortalidad¹⁰⁰. Incluso algunos autores le han atribuido un riesgo relativo que oscila entre del 3% y el

11%¹⁶⁹. Otros, afirman que en el 0,9% de las infecciones hospitalarias el paciente morirá como consecuencia directa de la infección, y que en el 2,9% contribuirá decisivamente a esa muerte^{70,169}.

Existen factores pronóstico en la evolución de este suceso. Los más frecuentes son la edad avanzada (mayores de 70 años), la existencia de factores de riesgo hospitalario, y el empleo de técnicas terapéuticas y diagnósticas cruentas (ser portadores de catéteres intravasculares, catéteres urinarios)^{204,206}, siendo todos ellos características frecuentes en los servicios de Medicina Interna. De todos modos, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de fallecimiento y las diferentes causas que lo originaron (si exceptuamos la hemorragia digestiva que aconteció con mayor frecuencia en las personas menos mayores).

La sepsis, a pesar de los avances técnicos, continúa siendo un problema importante debido a la supervivencia de enfermedades inmunosupresoras, consideradas hace años como fatales a corto plazo, y al aumento de la longevidad²⁰⁶.

V.9.- ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EXITUS

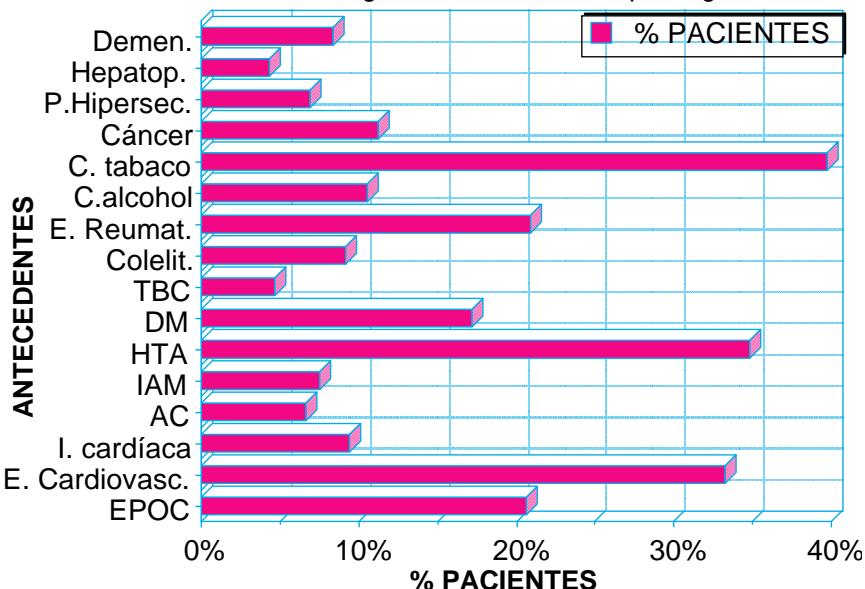
En nuestros resultados la media del número de patologías asociadas al éxitus fue de $2,79 \pm 1,33$, traduciendo la influencia de los procesos comórbidos sobre la mortalidad⁴⁸ y la evidente superposición de varias causas entre sí^{100,201}.

V.10.- CONDICIONANTES MORBOSOS

Los antecedentes clínicos como factores de riesgo, hábitos tóxicos y enfermedades condicionantes de otras patologías más graves que mostraron una mayor frecuencia en la muestra estudiada, fueron las enfermedades cardiovasculares (33,29%), reumatólogicas (20,88%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20,64%), el consumo de tabaco

(39,73%), la diabetes mellitus (17,18%) y la hipertensión arterial (34,84%); ver figura V.8.

Figura V.8.- Distribución del porcentaje de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” según sus antecedentes patológicos.



Demen.: demencia. Hepatop.: hepatopatía. P. Hipersec.: patología hipersecretrora. C.: consumo. E. Reumat.: enfermedades Reumatólogicas. Colelit.: colelitiasis. TBC: tuberculosis. DM: diabetes mellitus. HTA: hipertensión arterial. IAM: infarto agudo de miocardio. AC: arritmia cardíaca. E. Cardiovasc.: enfermedad cardiovascular. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Coincidimos con la mayoría de los autores en subrayar la importancia de patologías como las enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y diabetes mellitus), así como la gran prevalencia de hábitos tóxicos (consumo de tabaco, directamente relacionado con la patología respiratoria)^{44,84,319,325}, que poseen los pacientes ingresados. Aunque, en algunas ocasiones, no son responsables directos de los ingresos, sí pueden contribuir al deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen, al ensombrecimiento del pronóstico de otro tipo de patologías de las que puedan estar afectos³²⁵, y al aumento de frecuentación de los Servicios de Urgencias de los hospitales⁸⁴. Así, algunos estudios describen que en el 27% de los casos, el motivo de

consulta en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel era derivado de una enfermedad crónica conocida por el paciente³²⁵.

La elevada frecuencia de patología cardiovascular previa que presentan nuestros pacientes ingresados puede ser debida a la edad⁵⁶, que junto con la menor mortalidad que poseen actualmente estas enfermedades, hace que se transformen en patologías crónicas bajo la forma de fallo cardíaco^{75,324}.

El hallazgo de la elevada proporción de personas que contaba con antecedentes de hipertensión arterial puede tener como explicación la gran prevalencia y conocida morbilidad que posee esta enfermedad^{21,324}: dicha prevalencia, según algunos autores, alcanza cifras de $35,9\% \pm 2,6\%$ ³²⁶ dentro del ámbito de Aragón, y de $23,79\%$ ³²⁷ en el de Zaragoza.

Por otra parte hemos encontrado en nuestros resultados un elevado porcentaje de pacientes afectos de patología reumática, suceso que resulta de capital importancia, debido a que la presencia de este tipo de patologías se asocia a un elevado riesgo de pérdida de la independencia por parte de aquellos sujetos que la padecen¹⁴³.

No resulta llamativo el porcentaje de personas con antecedentes de demencia (8,35%), lo que nos hace sospechar, que, aunque los pacientes ingresados cuenten con edades avanzadas, no lo son tanto como en otros estudios realizados en Unidades de Medicina Interna geriátrica en los que señalan a esta entidad como la segunda más frecuente tras la cardiovascular⁵⁶.

Mención especial merece el problema de la diabetes mellitus, motivo de preocupación para los gestores de los sistemas asistenciales debido a la cantidad de hospitalizaciones que provocan, y a las frecuentes complicaciones derivadas de ella. Algunas investigaciones describen la existencia de un aumento del ingreso de pacientes afectos de diabetes, con motivo de optimizar su control metabólico⁴⁵, insistiendo de nuevo en la necesidad de ejercer un mayor control de estos pacientes desde niveles

extrahospitalarios^{21,75}.

En resumen, no parece un hecho extraño encontrar un elevado número de pacientes que contaban con algún antecedente patológico, ya que, repetimos, la comorbilidad y la coexistencia de diversas patologías crónico-degenerativas son factores que se encuentran a menudo en los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna^{48,52,57,140,141}.

V.11.- NIVEL DE CONCIENCIA

A lo largo de la bibliografía consultada, los porcentajes de pacientes con trastornos en el nivel de conciencia variaban en función de cuál fuera la edad de los pacientes estudiados. Así, el 73%- 87,8% de las personas poseía un nivel de conciencia normal o alerta y el 12,2%-27% presentaba algún trastorno^{48,82}. Los resultados de este estudio se encuentran dentro de estos valores descritos: en el 82,57% de los pacientes el nivel de conciencia era normal, y en el 17,42% disminuido.

V.12. -AUSENCIA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO ALTA

Solamente un pequeño porcentaje de pacientes logró la curación “ad integrum”, mostrando una ausencia de la enfermedad responsable del ingreso hospitalario en el momento de ser dados de alta (25,29%). Dado que en el 74,71% no se logró la curación total y sin secuelas, habría que plantearse, como lo hacen otros autores¹²³, la necesidad, la efectividad o el beneficio derivado de la hospitalización de determinados pacientes.

V.13.- CALIDAD DE VIDA - ÍNDICE DE KARNOSKY

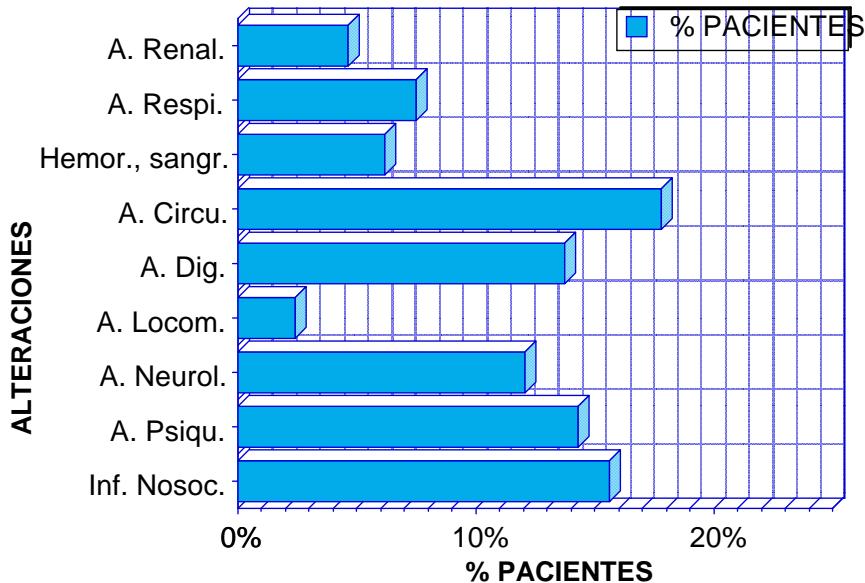
Los únicos valores encontrados sobre el índice de Karnosky a lo largo de la bibliografía consultada sitúan a este parámetro en torno a una media de 50 ± 20 ^{69,180}. Si bien los valores obtenidos en el presente estudio fueron superiores ($73,69\pm17,18$), hay que tener en cuenta de que los datos de referencia fueron obtenidos de estudios de Centros Geriátricos o de áreas de Medicina Interna de Urgencias, donde las características de los

pacientes, ya fuera por edad o gravedad, eran bien distintas a las de los nuestros. De todos modos, aún pudiendo parecer que se trata de un índice elevado, supone sin embargo una importante limitación para la autonomía del paciente, (ya que este índice traduce una incapacidad para la actividad normal de los pacientes aunque puedan ocuparse de sí mismos). Además, como hemos mencionado, este parámetro viene matizado por la edad, y aunque obtengamos esta cifra de media global, no hay que olvidar que los pacientes más mayores alcanzaron pobres Karnoskys (mayores de 84 años, cuya media de Karnosky fue de $64,40 \pm 18,63$, ($p= 0,0001$), es decir, que precisaban asistencia ocasional para sus necesidades personales).

V.14.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Como se muestra en la figura V.9, las complicaciones y alteraciones más frecuentes surgidas en los pacientes a lo largo de la hospitalización fueron las circulatorias (17,78%), las infecciosas (15,63%), digestivas (13,72%) y siquiátricas (14,32%).

Figura V.9.- Distribución del porcentaje de pacientes que presentaron alteraciones surgidas durante el período de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna "A".



A. Renal: alteraciones renales. A. Respi.: alteraciones respiratorias. Hemor., sangr.: hemorragias, sangrados. A.Circu.: alteraciones circulatorias. A. Dig: alteraciones digestivas. A. Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurol: alteraciones neurológicas. A. Psiqu.: alteraciones psiquiátricas. Inf. Nosoc. : infecciones nosocomiales.

Con respecto a las posibles complicaciones que los pacientes desarrollan lo largo de su hospitalización hemos encontrado una amplia diversidad en las cifras que nos aporta la bibliografía consultada, posiblemente derivadas tanto de las diferencias interhospitalarias, como de los diseños utilizados en dichos estudios.

En algunos de estos trabajos se señala la importancia que las infecciones nosocomiales poseen, y nos muestran unos porcentajes que oscilan del 5 al 9%^{47,89,168}, valores que son menores que los nuestros (15,63%). De dichas infecciones, en nuestro estudio las más frecuentes fueron las respiratorias (7,39%), seguidas de las urinarias (5,60%). Este

es un hecho importante si tenemos en cuenta que la neumonía nosocomial es la infección hospitalaria de mayor gravedad, constituyendo la primera causa de mortalidad dentro de las infecciones nosocomiales, y el 15% de la mortalidad hospitalaria¹⁷¹; aunque resultados obtenidos en otras investigaciones, en las que se analizan los distintos tipos de infección nosocomial, se describen como más frecuentes la infección urinaria, seguida de la infección de la herida quirúrgica, y de la infección respiratoria^{168,169,171}.

Como ya hemos comentado, la frecuencia con la que se presentan estas infecciones puede ser debida a la supervivencia de enfermedades consideradas hace años como fatales a corto plazo, al aumento de la longevidad de los pacientes, y a la mayor disponibilidad de camas hospitalarias que ocasiona un incremento de dichas infecciones nosocomiales²⁰⁶.

De cualquier modo, la importancia de la infección hospitalaria viene determinada entre otros factores, por su relación con un mayor riesgo de mortalidad, y al igual que otros autores, insistimos en la idea del aumento de la mortalidad de los pacientes que las padecen^{70,168,169,170}.

Dentro de la evolución de los pacientes, pudimos advertir que el desarrollo de complicaciones circulatorias fue más frecuente en nuestro estudio (17,78%), que en los obtenidos en la bibliografía, donde se alcanzaron valores del 3,8% y 11%^{56,89}. Es conocido el hecho de que las enfermedades circulatorias constituyen uno de los grupos de patologías con mayor prevalencia en los servicios de Medicina Interna. Además ya hemos mencionado que la patología circulatoria era un frecuente antecedente patológico dentro de la morbilidad de las personas estudiadas.

Las alteraciones de tipo psiquiátrico se presentaron en el 14,32% de los pacientes. Este porcentaje puede ser justificado por el posible desarrollo de trastornos del sueño, agitación psicomotriz, delirium... secundarios en los pacientes de mayor edad a la desorientación que supone el hecho de cambiar de hábitat, es decir, de ingresar en un hospital. En determinados estudios estos sucesos se presentan en el 12%-16%^{56,156} de los pacientes

ingresados. Para algunos autores, la presencia de desorientación y delirium en pacientes médicos, son factores de riesgo predictores de declive funcional, que pueden condicionar la evolución de la enfermedad médica motivo de ingreso, así como su posterior pronóstico, implicando a un mismo tiempo un aumento de las estancias hospitalarias y de la morbilidad del paciente^{155,156}.

Dentro de este apartado nos parece interesante comentar dos aspectos. El primero es el hecho de que las personas que desarrollaron alteraciones durante la evolución de su enfermedad, permanecieron durante mayor período de tiempo hospitalizadas, que aquellas que no. Por tanto, la aparición de complicaciones a lo largo de la evolución conllevaría una prolongación de la media de estancia (ver tabla V.8).

Ya hemos visto que el desarrollo de la infección hospitalaria incrementaba del coste social y económico de la asistencia sanitaria^{168,169}, no únicamente por ser fuente de una importante mortalidad y morbilidad, sino también porque obliga al paciente a permanecer ingresado unos días adicionales^{134,169,170}. Aunque existan otros estudios que afirman no poder comprobar que sea la prolongación de la estancia hospitalaria la que facilite la aparición de patología yatrógena ni a la inversa¹³⁴, nosotros hemos contemplado resultados bien diferentes, y no únicamente referidos a las infecciones nosocomiales.

Nos parece este un tema de difícil solución, pues el desarrollo de este tipo de complicaciones contribuye a alargar la estancia, pero a su vez la prolongación de ésta implica un mayor riesgo de desarrollar nuevas complicaciones. Por esto compartimos la opinión de algunos autores que afirman que es probable que la hospitalización lleve consigo otras complicaciones que la entidad nosológica por la que el paciente fue admitido¹⁴⁹.

Tabla V.8.- Media de estancia (valorada en días) en función de que surgieran o no alteraciones durante el período de hospitalización de los pacientes. (p: nivel de significación). (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

Complicación	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Infección Nosoc.	24,58	20,74	13,70	10,70	0,0001
A. Psiquiátricas	21,34	17,98	14,41	12,91	0,0001
A. Neurológ.	23,87	20,37	14,24	11,67	0,0001
A. A. Locomotor	27,817,69	15,10	13,13	0,0004	
A. Digestivas	22,28	17,12	14,31	12,35	0,0001
A. A. Circulat.	23,69	20,31	13,61	10,54	0,0001
Hemorragias, sang.	27,59	27,24	14,59	11,50	0,0001
A. Respir.	21,28	16,06	14,92	13,04	0,0003
A. Renales	26,07	25,92	14,84	12,25	0,006

A: alteraciones. Infección Nosoc.: infecciones nosocomiales. A. Neurológ.: alteraciones neurológicas. A. A. Circulat. : alteraciones del aparato circulatorio. Hemorragias, sang. : hemorragias y sangrados. A. Respir.: alteraciones respiratorias.

También queríamos señalar que los pacientes que durante el período de tiempo que permanecieron hospitalizados desarrollaron algunas de las complicaciones estudiadas, poseían mayor edad que aquellos que no las desarrollaron. Fue el caso de las infecciones nosocomiales, complicaciones siquiatrásicas, circulatorias, respiratorias, digestivas y renales (ver tabla V.9).

Tabla V.9.- Media de edad que poseían los pacientes según desarrollaran o no alteraciones durante el período de tiempo que permanecieron ingresados. (t-Test para datos no apareados. U de Mann-Whitney).

COMPLICACION	SI		NO		p
	Media	D.S.	Media	D.S.	
Infección Nosocomial	76,67	12,16	69,03	17,25	0,0001
A. Psiquiátricas	74,29	13,82	69,55	17,14	0,005
A. Neurológicas	72,96	15,32	69,85	16,95	0,08
A. Aparato Locomotor	63,7	17,85	70,38	16,74	0,04
A. Digestivas	73,93	13,25	69,63	17,21	0,02
A. Aparato Circulatorio	75,42	13,06	69,10	17,29	0,0001
Hemorragias, sangrado	74,48	12,07	69,94	17,02	0,10
A. Aparato Respiratorio	75,47	13,98	69,80	16,93	0,004
A. Renales	77,94	8,13	69,85	17,01	0,01

p: nivel de significación.I.N.: infección nosocomial. A.: alteraciones. ACV: accidente cerebral vascular. A.N. Conciencia: alteraciones en el nivel de conciencia. Ins. venosa: insuficiencia venosa. HVDA: hemorragia digestiva alta. HVDB: hemorragia digestiva baja. Tromboemb. pulmonar:

tromboembolismo pulmonar. I. renal aguda: insuficiencia renal aguda.

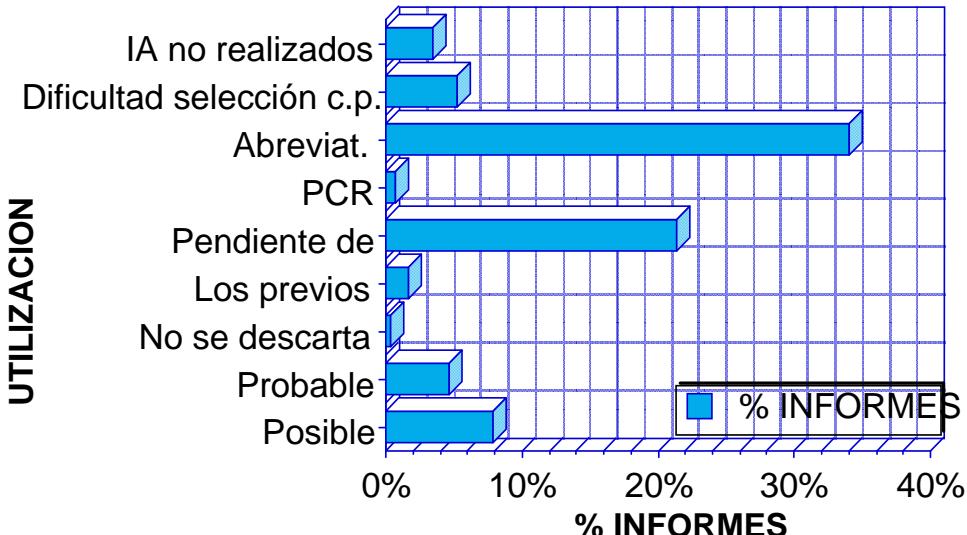
Este es otro hecho importante, pues sabemos que entre los factores determinantes de las enfermedades yatrógenas, hay que destacar la edad avanzada de muchos pacientes, siendo la frecuencia de trastornos de este orden especialmente alta a partir de los 70 años de edad^{139,140}. No podemos permitir que nuestros pacientes empeoren durante y con la hospitalización: se debe tener en cuenta la conveniencia y adecuación de estos ingresos, y elegir de entre todas las alternativas a la hospitalización convencional, la solución óptima posible.

V.15.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

Con el fin de observar la calidad del informe de alta se utilizó un cuestionario que contaba con los datos que, a lo largo de la literatura fueron considerados como adecuados para evaluar su calidad, dada la sencillez de su aplicación^{130,176,177,180,290}.

La distribución del empleo de dichos términos se puede observar en la siguiente figura V.10 y tabla V.10.

Figura V.10.- Calidad de los informes de alta. Distribución del empleo de los diversos términos que la evalúan.



IA: informes de alta. Dificultad selección c. p.: dificultad de la selección de la causa principal.
Abreviat.: abreviaturas. PCR: parada cardiorrespiratoria.

Tabla V.10.- Calidad de los informes de alta. Distribución del empleo de los diversos términos que la evalúan.

Utilización de	n(%)
Possible	64(7,91%)
Probable	38(4,69%)
No se descarta	2(0,37%)
Los previos	14(1,73%)
Pendiente de	173(21,38%)
Parada cardiorrespiratoria	6(0,71%)
Abreviaturas	275(33,99%)
Dificultad selección causa principal	43(5,31%)
IA no realizados	29(3,46%)

n: número de informes de alta. Entre paréntesis, porcentajes. IA: informes de alta.

Aunque ya hemos insistido en la idea de que resulta discutible que los términos considerados como indicadores de calidad del informe de alta lo sean para todo el colectivo médico, y que realmente reflejen deficiencias en la confección de dicho informe,

atendiendo al empleo de dichos términos realizamos una valoración de la calidad obteniendo los siguientes resultados:

En los diferentes estudios consultados, entre el 28,3% y el 32,7% de los informes fueron utilizadas palabras como “*possible*”, “*probable*” o “*no se descarta*” 176,177,293, concretamente “*probable*” se había utilizado en el 18,9%²⁹⁰. En el presente trabajo, este porcentaje fue considerablemente menor (12,97% en conjunto), (ver tabla V.10). El empleo de estos términos en los informes de pacientes fallecidos, supone para algunos autores, una falta de rigor científico²⁹³, y su utilización implica una menor estancia media, es decir, que para lograr estancias inferiores se realizan menos pruebas diagnósticas²⁹³. Nuestros resultados, si bien referidos a los informes del total de los pacientes, (y no únicamente a los de los fallecidos), muestran todo lo contrario: aquellos pacientes en cuyos informes se utilizó el término “*possible*”, permanecieron un mayor número de días hospitalizados ($p=0,008$), (en concreto, $18,70\pm13,30$ días frente a los $15,25\pm13,42$ en los informes en los que no se utilizó). Tal vez, este suceso implique un fracaso en el establecimiento de un diagnóstico exacto en estos pacientes, a pesar de haber permanecido mayor número de días ingresados, y de haber sido, supuestamente, sometidos a un mayor número de pruebas.

Al contrario sucedió con el término “*los previos*”, que fue utilizado con mayor frecuencia en los pacientes que originaron menores estancias ($p=0,01$). En este caso, dado que estos enfermos contaban con un mayor número de ingresos previos (con una media±DS de $4,66\pm2,64$ frente a $2,76\pm2,28$ y con $p=0,01$), se trataría de personas con diagnósticos perfectamente filiados, al haber experimentado ingresos en anteriores ocasiones.

El término “*los previos*” fue empleado en determinados estudios en el 3,5% de los informes, y las abreviaturas en el 46,7%²⁹⁰, siendo nuestros resultados también inferiores: alcanzando “*los previos*” un valor de 1,73% y las abreviaturas de 33,99%. Nos parece que la frecuencia de aparición de abreviaturas es un hecho de gran difusión dentro

del lenguaje médico, siendo utilizadas de manera inconsciente en muchas ocasiones. El que la mayoría de los pacientes que se encontraban ingresados en el Servicio de Medicina Interna “A” fueran pacientes que poseían patologías crónicas muy comunes, así como antecedentes de ingresos previos ($p=0,001$), podría ser la explicación de su habitual manejo.

En cuanto al uso de “*pendiente de...*” los resultados de este trabajo (21,38%) superan a los obtenidos en la bibliografía (10,8%)²⁹⁰. Según diversos autores, la frecuencia de empleo del término “*pendiente de...*” puede ser producto de un informe de alta elaborado antes de recibir los resultados de las exploraciones diagnósticas realizadas, con el fin de que el paciente ya restablecido pueda abandonar el hospital y regresar a su domicilio lo antes posible. También puede traducir un insatisfactorio funcionamiento del sistema asistencial para emitir esos resultados al mismo tiempo que el alta del enfermo. Además para algunos autores, no existe garantía de que sean completados posteriormente o revisados por el mismo médico que le dio el alta, razones por las que estos informes deberían ser evitados²⁹⁰.

Paradójicamente a las justificaciones que de este hecho encontramos, creemos que la utilización de este término, aunque sí que se emplea en numerosas ocasiones con objeto de procurar que el paciente restablecido regrese a su domicilio cuanto antes (pues se observó con mayor frecuencia en los informes de pacientes que regresaron a sus domicilios ($p=0,0001$), y presentaron ausencia de la enfermedad responsable del ingreso en el momento de ser dados de alta ($p=0,04$), así como mayores índices de Karnosky ($p=0,0001$)), no tienen por qué traducir calidades inferiores de los informes de alta, sino todo lo contrario, ya que induce a pensar que se han realizado un mayor número de exploraciones complementarias, con la consecuente mayor profundización del estudio de los pacientes (hay que tener en cuenta que estos informes correspondían más frecuentemente a pacientes sin antecedentes de ingresos previos ($p=0,001$), así como un intenso seguimiento de éstos, puesto que supondría la revisión posterior de estas

personas en el Servicio de Consultas Externas (pues todos los facultativos del Servicio de Medicina Interna disponen de un horario de consultas), y si fuera necesario, el establecimiento de un nuevo plan terapéutico ulterior. Pensamos que el significado “pendiente de...” muestra una preocupación continua, y una permanente atención hacia los pacientes, así como una obligación de permanecer siempre alerta ante el cuidado de éstos, lo que supone una mayor exigencia diagnóstica.

En relación con los pacientes fallecidos, los estudios previos demuestran que se emplea el término “parada cardiorrespiratoria” en el 2,5% al 9,9%^{176,177,298} de los casos. En el presente trabajo, los resultados obtenidos son sensiblemente inferiores a éstos (0,71%). Ante la utilización de dicho término nos cuestionamos si esta parada es el diagnóstico exacto del fallecimiento de los pacientes, o mas bien la consecuencia de otras patologías que no se han podido filiar³²⁸, y su uso es el resultado de un diagnóstico realizado por defecto, -es decir, que se desconoce la causa de fallecimiento, o no se dispone del resultado de todas las pruebas complementarias practicadas¹³⁰⁻, prefiriéndose emplear este término antes que dejar sin diagnóstico el informe. De todos modos, aunque así fuera, existen estudios que opinan que su aplicación resulta abusiva²⁰², y al igual que sucedía con los anteriores términos, la utilización de éste también ha sido considerada como una falta de rigor científico²⁹³.

Por otra parte, puntuando cada uno de estos datos, se obtuvo un parámetro nuevo no reflejado hasta ahora en la literatura. Se trata de la valoración conjunta de la calidad global del informe de alta, mediante la obtención de una sola cifra que variaba entre 0 y 7. En este estudio la media fue de $6,03 \pm 1,36$, resultado que nos parece aceptable teniendo en cuenta el límite máximo que podía alcanzar dicho valor.

Este modo de apreciación del informe de alta tiene la ventaja incuestionable de ser útil para el estudio estadístico, al obtener un nuevo parámetro con carácter cuantitativo a partir de uno semicuantitativo. Esperamos que nuevas investigaciones y futuros estudios se

hagan eco de él para así poder comparar los diversos resultados.

En lo que respecta a la elaboración o no del informe de alta, únicamente el 3,46% de los informes no fueron confeccionados en la misma fecha que tuvo lugar el alta del paciente. Este porcentaje es claramente inferior a los obtenidos en trabajos realizados en otros Servicios de Medicina Interna, que alcanzan valores del 9,4% al 10,4%^{176,177,298}. Algunos autores afirman que dicha ausencia alcanza valores mucho más elevados en otros servicios hospitalarios, llegando incluso a ser del 68,1%^{275,329,330}.

La ausencia del informe de alta correspondió sobre todo a informes de pacientes fallecidos ($p=0,0001$), lo que según algunos autores, implicaría que dichos informes no se realizan sistemáticamente en toda persona ingresada que fallece²⁸⁹, debido quizás a la imposibilidad de establecer un diagnóstico preciso de la enfermedad motivo de ingreso antes de su fallecimiento. En nuestro caso, se trataría más bien de informes que se completaron en un momento posterior al de la recolección de los datos para la ejecución de este estudio. Quizás no se realizaran simultáneamente al fallecimiento o al alta del paciente, pero si que existe una garantía de que se confeccionaron posteriormente.

Todas las “deficiencias” detectadas, aunque no sean de frecuente aparición deberían ser corregidas, ya que el informe de alta constituye un paso más de la relación médico-enfermo, supone un medio eficaz de comunicación entre la asistencia especializada y la primaria, además de una ventana a través de la cual se vislumbra la calidad del funcionamiento del hospital y del servicio del que procede²⁹⁰.

V.16.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES

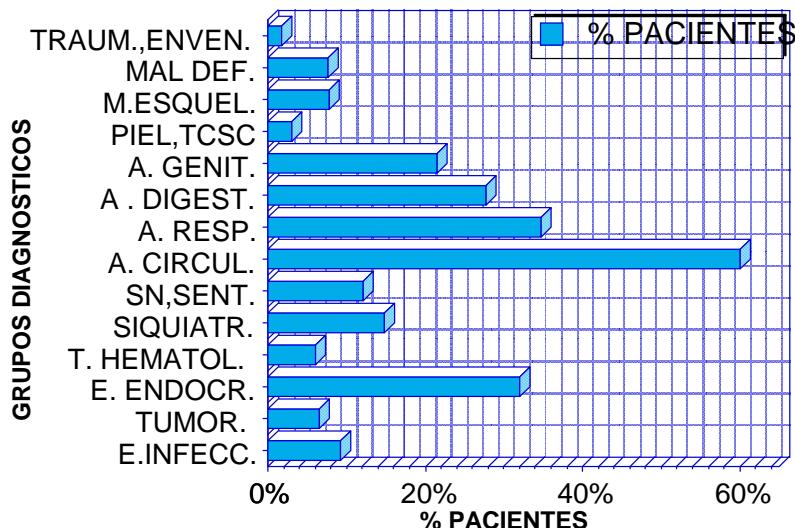
En la bibliografía consultada la media del número de diagnósticos finales por paciente se situó entre el $2,22 \pm 0,05$ y el $4,12 \pm 1,83$ ^{25,44,52,56,57,88,114,185,323}. En nuestros resultados el número de diagnósticos por paciente alcanzó una media de $3,40 \pm 1,74$, por una parte, próximos a los estudios con elevados índices diagnósticos (índices propios de

los Servicios de Medicina Interna geriátrica^{52,56,57,323}), debido a la múltiple morbilidad que constituye una de las características esenciales de la población anciana. Por otra, también se debe al especial detalle con el que habitualmente son notificados todos los diagnósticos de los pacientes en nuestro servicio, actitud que nos parece fundamental sobre todo en estos servicios de Medicina Interna, garantes de la calidad de la praxis clínica. Hay que subrayar además, que actualmente no resulta difícil su recolección y codificación, gracias a la existencia de archivos informatizados de historias clínicas.

V.17.- DIAGNÓSTICOS FINALES (CÓDIGOS CIE-9^a-MC)

La distribución de los diagnósticos finales clasificados por grupos diagnósticos se muestra en la figura V.11.

Figura V.11.- Distribución de los diagnósticos finales que figuraban en los informes de alta hospitalaria de los pacientes del Servicio de Medicina Interna "A", ordenados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC).



TRAUM, ENVEN.. : traumatismos, envenenamientos. MAL DEF.: síntomas mal definidos. MESQUEL: enfermedades músculo-esqueléticas. PIEL, TCSC: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. A.GENIT.: enfermedades del aparato genitourinario. A.DIGEST.: enfermedades del aparato digestivo. A. RESP.: enfermedades del aparato respiratorio. A. CIRCUL.: enfermedades

del aparato circulatorio. SN,SENT.: enfermedades del sistema nervioso central y sentidos, SIQUIATR.: Psiquiatría (Trastornos mentales). T.HEMAUTOL.: trastornos hematológicos (enfermedades de la sangre). E.ENDOCR.: enfermedades endocrinológicas. TUMOR.: tumores. E. INFECC.: enfermedades infecciosas.

La frecuencia con que se presentan los distintos grupos diagnósticos varía en dependencia del tipo de hospital al que hagamos referencia (ver tabla V.11). En la bibliografía consultada hemos hallado datos acerca de Servicios de Medicina Interna de Hospitales comarcales^{45,75,84,88}. En ellos los grupos diagnósticos más frecuentes los constituyen las “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, con valores del 36,7% al 24,6%, seguidas de las “Enfermedades del Aparato Respiratorio”, con porcentajes comprendidos entre el 21,6% y el 17,73%. Ambos grupos unidos constituyen el 50% de todos los ingresos⁴⁵. En tercer lugar se sitúan las “Enfermedades del Aparato Digestivo”, cuyos valores oscilaron del 17,7% y el 12,5%. Otros grupos de enfermedades también frecuentes aunque ya a una mayor distancia, fueron los “Síntomas y Signos mal definidos”, y en ocasiones las “Enfermedades del Sistema Endocrino”.

Estos mismos trabajos cuando se disponen a nombrar las entidades nosológicas más frecuentes, señalan patologías como la EPOC, la insuficiencia cardíaca, el accidente cerebro vascular y la cardiopatía isquémica. A mayor distancia también citan otro tipo de patologías como la neumonía, la insuficiencia renal crónica, hemorragia digestiva y tumores de pulmón, como atendidas en sus servicios. En determinados estudios se menciona la importancia creciente de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como motivo de ingreso. Un hecho importante que llama la atención es la escasa prevalencia de pacientes sanos que ingresan por patología aguda⁴⁵.

En cuanto a los estudios realizados en Servicios de Medicina Interna de hospitales de tercer nivel^{44,66,317} también mencionan a las “Enfermedades cardiovasculares” y a las “Respiratorias” como las más frecuentes, seguidas de las “Digestivas”. Sin embargo señalan también la importancia que poseen en estos servicios las “Enfermedades Infecciosas” y los “Trastornos Mentales”.

En los Servicios de Medicina Interna Geriátrica^{52,56,57} aunque las “Enfermedades Cardiovasculares” forman parte importante de la patología atendida, la morbilidad se encuentra dominada por las “Enfermedades del Sistema Nervioso”. Así mismo, se concede una especial importancia al apartado de los “Envenenamientos” (causados por accidentes medicamentosos), a los “Síntomas y Signos mal definidos”, a las “Enfermedades Infecciosas” y a los “Tumores”.

En estudios realizados con el fin de averiguar las características de los pacientes dados de alta, pero a nivel hospitalario, los diagnósticos más frecuentes los constituyen las “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, “Enfermedades del Aparato Digestivo” y los “Tumores”³¹⁶; y concretamente, en las altas perteneciente a los mayores de 65 años, son las enfermedades del “Enfermedades del Aparato Digestivo”, “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, “Tumores”, “Traumatismos”, y “Enfermedades del Aparato Respiratorio” las que explican el 73,4% de los ingresos⁶³.

Tabla V.11.- Diagnósticos finales: orden de frecuencia en función del nivel y servicio hospitalario.

•SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA 2º NIVEL
“Enfermedades Aparato Circulatorio”
“Enfermedades Aparato Respiratorio”
“Enfermedades Aparato Digestivo”
“Síntomas y signos mal definidos”
“Enfermedades Endocrinas”
•SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA 3º NIVEL
“Enfermedades Aparato Circulatorio”
“Enfermedades Aparato Respiratorio”
“Enfermedades Aparato Digestivo”
“Enfermedades Infecciosas”
“Trastornos Mentales”
•SERVICIOS DE GERIATRÍA
“Enfermedades Aparato Circulatorio”
“Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Sentidos”
“Traumatismos y Envenenamientos”
“Síntomas y signos mal definidos”
“Enfermedades Infecciosas”

“Tumores”

•SERVICIO DE MEDICINA INTERNA “A” (3^{er} NIVEL)

“Enfermedades Aparato Circulatorio”

“Enfermedades Aparato Respiratorio”

“Enfermedades Endocrinas”

“Enfermedades Aparato Digestivo”

“Enfermedades Aparato Genitourinario”

“Trastornos Mentales”

“Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Sentidos”

Algunos de los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con los de la bibliografía: las “Enfermedades del Aparato Circulatorio” (60,02%) y “Respiratorio” (34,72%) se revelan como los grupos diagnósticos más frecuentes. Sin embargo, no coincidimos en la frecuencia de los otros diagnósticos, ya que en nuestro estudio las “Enfermedades del Sistema Endocrino” se situaron el tercer lugar (31,98%), grupo diagnóstico que únicamente es mencionado en Servicios de Medicina Interna de hospitales de segundo nivel, ocupando el quinto lugar.

De todos modos, el orden de frecuencias obtenido parece congruente con los antecedentes patológicos que presentaban los pacientes estudiados, en los que precisamente las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes mellitus suponían por este orden, los tres antecedentes más frecuentes.

Las “Enfermedades del Aparato Digestivo” ocuparon el cuarto puesto (27,68%), seguidas del grupo de “Enfermedades Genitourinarias” (21,48%), que en ningún estudio figuraban como un grupo de diagnóstico frecuente.

Posteriormente se situaron los diagnósticos de “Trastornos Mentales” (14,79%), y las “Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos” (12,05%). Acerca de los primeros, ya hemos visto que son nombrados como patología creciente dentro de la asistencia clínica en los servicios de Medicina Interna de hospitales de tercer nivel. Quizás fueron producto

de la edad de los pacientes atendidos, pues ya hemos comentado que estos grupos diagnósticos son nombrados con frecuencia en estudios realizados en Servicios de Medicina Interna geriátricos, (apoyando esta idea encontramos que, los pacientes diagnosticados de trastornos mentales poseían mayor media de edad que aquellos que no sufrían este tipo de patología $74,57 \pm 17,42$ años frente a $69,47 \pm 17,75$, $p=0,001$).

Las “Enfermedades Infecciosas” (9,18%), las del “Músculo esquelético” (7,75%), los “Síntomas y Signos mal definidos” (7,63%), y los “Tumores” (6,56%) no mostraron frecuencias muy elevadas, a diferencia de lo que en un principio se podía esperar según los resultados de otros trabajos, sobre todo en el caso de las infecciones y tumores.

Estas bajas frecuencias encontradas en nuestros resultados en cuanto a los “Síntomas y signos mal definidos”, parecen un poco controvertidas, ya que a juicio de determinadas investigaciones, estos procesos son los que merecen una especial atención en los Servicios de Medicina Interna^{8,56,83}, que junto con las “Enfermedades Infecciosas”, constituyen quizás los únicos apartados considerados como específicos de la práctica de la Medicina Interna en un Hospital de Tercer Nivel⁴⁴. Su baja incidencia podría indicar un elevado nivel de calidad diagnóstica del servicio.

En el caso de las “Enfermedades Infecciosas”, su menor frecuencia puede tener como explicación el que estos diagnósticos fueran propios de personas más jóvenes (media de $65,64 \pm 19,29$ años frente a $70,69 \pm 16,42$, ($p=0,02$)), que no son precisamente las más numerosas en nuestro servicio.

En cuanto al grupo diagnóstico de “Tumores”, aún a pesar de la edad con la que contaban los pacientes estudiados, lo que en un principio supondría una mayor frecuencia que la obtenida, la mencionada posibilidad de que las personas con estos diagnósticos se encontraran en otros lugares (servicio de Oncología) podría servir como explicación a este suceso. De todos modos debemos decir, que aunque este último grupo diagnóstico pueda ser propio de Servicios Geriátricos, la edad de las personas ingresadas en nuestro servicio, aún siendo elevada, no lo es tanto como la de dichos estudios geriátricos. Este

argumento serviría también para explicar por qué los diagnósticos menos frecuentes fueron las “Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo” (3,10%) y los “Traumatismos y Envenenamientos” (1,79%).

Si nos referimos a las entidades nosológicas, las más frecuentes fueron las siguientes: dentro de las “Enfermedades del Aparato Circulatorio” resultó interesante destacar el elevado porcentaje de pacientes afectos de patologías derivadas de la hipertensión arterial (37,11%). Existen autores que han señalado la elevada prevalencia de estos enfermos, lo que ha motivado la implantación de Unidades de Hipertensión⁸⁶ en algunos hospitales. Concretamente, el Servicio de Medicina Interna “A”, posee una Unidad de Hipertensión ambulatoria que se dedica a su manejo y control terapéutico. Este hecho, junto a la elevada proporción de pacientes que contaba con el antecedente de hipertensión arterial, explicaría el alto número de pacientes diagnosticados de esta enfermedad. Otros diagnósticos también frecuentes dentro de este grupo diagnóstico fueron la insuficiencia cardíaca (19,92%), los trastornos en la conducción cardíaca (17,9%), y los trastornos vasculares cerebrales (17,9%).

En cuanto a la patología del “Aparato respiratorio” fueron especialmente frecuentes la EPOC y bronquitis crónica (21,71%). Y con respecto a las “Enfermedades endocrinas”, la diabetes (19,35%). Todas, reflejo de la morbilidad de nuestros pacientes, así como del importante auge que han experimentado en los últimos años estas patologías crónicas^{44,57,75,85,86}, en las que los Servicios de Atención Primaria, juegan un papel fundamental tanto en la prevención de su desestabilización, como en su seguimiento, pudiendo evitar futuros ingresos hospitalarios⁸⁸.

V.18.- HUELGA

Durante la realización de este estudio tuvimos la oportunidad de ser espectadores de una

huelga de médicos hospitalarios convocada por los sindicatos médicos. Aunque somos conscientes de que algunos de los resultados globales estudiados hayan podido verse influenciados por este hecho y, por tanto, no ser representativos de lo que ocurriera en otros periodos de tiempo, dicho suceso nos brindó la posibilidad de analizar la repercusión de la mencionada huelga sobre los diferentes parámetros asistenciales. Desgraciadamente en investigaciones previas^{331, 332, 333, 334}, han sido analizados diferentes aspectos que los estudiados en el presente trabajo. De todos modos, los resultados más importantes que se desprenden del presente estudio han sido los siguientes:

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo y edad de los pacientes según hubieran ingresado durante el período de realización de la huelga o fuera de él. Así mismo, tampoco se observaron diferencias con respecto al lugar desde donde los pacientes realizaron el ingreso, y al destino recibido en el momento de recibir el alta. No existió por tanto, con la realización de la mencionada huelga, un aumento de los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias, coincidiendo con lo descrito en otras investigaciones³³⁵. Aún así, existen estudios que muestran la existencia de un aumento de pacientes del sexo femenino que realizan durante la huelga su ingreso en el hospital a través de dicho servicio³³⁶.

Tampoco existieron diferencias ni en cuanto al número, ni en cuanto al porcentaje de pacientes que contaban con ingresos previos. Así mismo, no se observaron diferencias en cuanto al nivel de conciencia de los pacientes ingresados, ni en cuanto a la ausencia de enfermedad en el momento de ser dados de alta que presentaron los pacientes comparando ambos períodos de tiempo.

V.18.1.- ESTANCIA Y HUELGA

Como era de esperar la media de estancia aumentó considerablemente durante la realización de la huelga³³⁷, y así, los pacientes permanecieron hospitalizados una media

de $8,07 \pm 3,4$ días más que durante el resto del año estudiado ($p=0,0001$); si bien existen investigaciones realizadas en diversos servicios hospitalarios, que no muestran cambios en la duración de la estancia media con motivo de la realización de una huelga³³⁸, describiendo incluso, en algunas ocasiones, una reducción de este parámetro³³⁹.

V.18.2.- CONDICIONANTES MORBOSOS Y HUELGA

Las diferencias existentes con respecto a los antecedentes de los pacientes ingresados durante o fuera del período de realización de huelga hospitalaria, consistieron en que los pacientes con antecedentes de colelitiasis ingresaron más frecuentemente cuando no existía huelga ($p=0,01$), al contrario de lo que sucedió en aquellos pacientes cuyos antecedentes eran la TBC ($p=0,04$), o la patología hipersecretrora ($p=0,0001$). Lo que en un principio haría suponer que quizás los pacientes ingresados durante los meses de huelga, a juzgar por sus antecedentes, estuvieran afectos de patologías diferentes, y tal vez se tratara de enfermedades que revistieran mayor importancia (ver apartado siguiente).

V.18.3.- INDICE DE KARNOSKY Y HUELGA

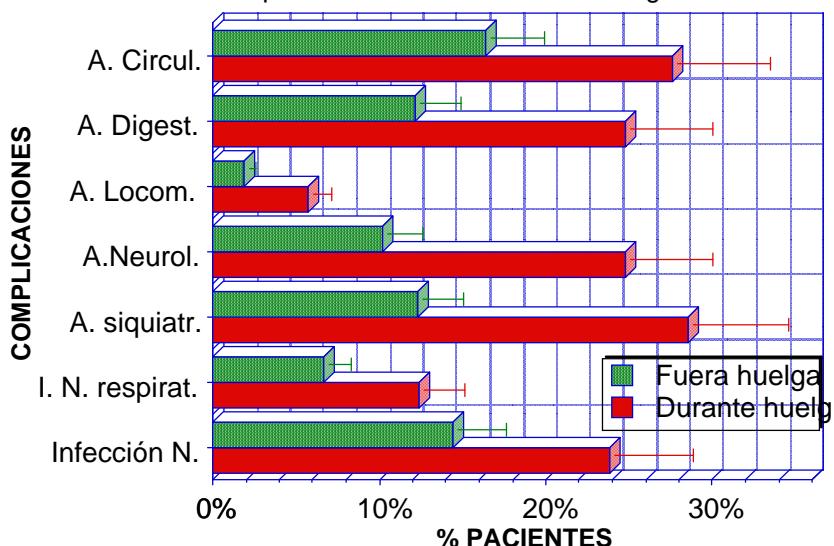
Durante la huelga los pacientes ingresados poseían un índice de Karnosky inferior ($69,33 \pm 18,67$) que los ingresados en el resto del año ($74,32 \pm 16,88$), ($p=0,005$). Este hecho reflejaría una mayor gravedad de los pacientes hospitalizados durante la huelga, ya que como hemos mencionado, no existieron diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes en ambos períodos de tiempo.

V.18.4.- EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y HUELGA

Determinadas complicaciones como las infecciones nosocomiales ($p=0,01$), (especialmente las infecciones respiratorias ($p=0,03$)) tuvieron lugar con mayor frecuencia durante la realización de la huelga. Ya hemos comentado el riesgo que supone la

prolongación de la estancia sobre la posibilidad de desarrollar infecciones nosocomiales. A pesar de lo mencionado, no todos los estudios concuerdan con nuestros resultados, y así existen trabajos que sostienen que el riesgo de infección nosocomial no se ve incrementado durante la duración de una huelga³⁴⁰.

Figura V.12 .- Porcentaje alteraciones (complicaciones) desarrolladas durante la evolución clínica de los pacientes en función de que sus ingresos se hubieran realizado durante o fuera del período de realización de la huelga.



A.Circu.: alteraciones circulatorias. A. Digest: alteraciones digestivas. A. Locom.: alteraciones del aparato locomotor. A. Neurol: alteraciones neurológicas. A. siquiatr.: alteraciones siquiátricas. Infección N. : infecciones nosocomiales.

Así mismo las alteraciones siquiátricas ($p=0,0001$) y las neurológicas ($p=0,001$), junto con las referentes al aparato locomotor ($p=0,01$), digestivo ($p=0,0004$) y circulatorio ($p=0,0004$) también se manifestaron con mayor frecuencia durante este período, (ver figura V.12). No se encontraron diferencias significativas entre la edad de los enfermos y el desarrollo de alteraciones durante su evolución, en función de que fueran atendidos durante o fuera de este período, lo que nos hace sospechar que, la aparición de dichas complicaciones, probablemente fuera producto del peor estado funcional de los pacientes atendidos durante este período, así como de la mayor permanencia de estos en el hospital.

Otra posibilidad sería que como consecuencia de que las personas permanecieran durante mayor período de tiempo ingresadas, los pacientes tuvieran la oportunidad de ser observados con un mayor detenimiento³⁴¹, hallándose de este modo, un mayor número de patologías leves que en otros momentos no hubieran sido tenidas en cuenta debido precisamente a su intrascendencia. En este sentido, destacamos que uno de los objetivos de la huelga fue optimizar el diagnóstico de los pacientes ingresados antes de ser dados de alta (huelga de celo).

V.18.5.- CALIDAD DEL INFORME DE ALTA Y HUELGA

No se observaron diferencias significativas entre la calidad diagnóstica global (cuando se empleó la variable cuantitativa) de los informes de alta emitidos durante el período de huelga y los realizados en el resto del año.

Sin embargo cuando se tuvieron en cuenta únicamente los informes de alta realizados, la calidad diagnóstica global de éstos sí que aumentó durante el tiempo en el que tuvo lugar la huelga (valores de $6,42 \pm 0,63$ durante la huelga frente a $6,22 \pm 0,77$ fuera de ella, ($p=0,04$)), reflejo quizás del mayor detenimiento con el que fueron estudiados los pacientes.

En cuanto al empleo de determinados términos en el informe de alta, hay que destacar que la utilización de “*pendiente de...*” fue más frecuente durante la huelga ($p=0,02$); sin embargo, con el uso de “*probable*” ocurrió lo contrario ($p=0,01$). Esto indicaría que en los informes realizados durante el período de huelga, a pesar de no disponer de la totalidad de los resultados de las exploraciones complementarias efectuadas, (debido precisamente a la realización de dicha huelga), serían más rigurosos, ya que al permanecer los pacientes ingresados durante más tiempo, se llegaría a filiar con exactitud las patologías que motivaron sus ingresos. Esta reflexión la consideramos especialmente importante, pues de ella se deriva que los pacientes no deben ser tratados siguiendo criterios economicistas, constituyendo el tiempo un factor de vital importancia para el ejercicio de una correcta praxis médica.

V.18.6.- NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA

El número de diagnósticos finales que figuraba en los informes de alta de los pacientes ingresados, experimentó un incremento durante el período de huelga hospitalaria ($3,81 \pm 2,04$ diagnósticos frente a $3,34 \pm 1,69$), ($p=0,008$), que vendría derivado de hechos ya comentados: mayor tiempo para tratar y diagnosticar a los pacientes, así como para realizar sus informes de alta.

V.18.7.- DIAGNÓSTICOS FINALES Y HUELGA

Unicamente el grupo de “Enfermedades músculo-esqueléticas”, y determinadas entidades nosológicas como fueron la neumonía y valvulopatía se mostraron como diagnósticos más frecuentes en los pacientes ingresados durante la huelga ($p=0,05$, $p=0,04$ y $p=0,01$ respectivamente). Es posible que el diagnóstico neumonía tuviera lugar con mayor frecuencia debido a que, como ya hemos mencionado, aumentó la frecuencia de desarrollo de infección nosocomial durante este tiempo. También existen determinados estudios que señalan un aumento del grupo diagnóstico de “Enfermedades del Aparato Respiratorio” durante la realización de huelga³⁴². Acerca de los otros dos diagnósticos no encontramos una explicación satisfactoria.

Dentro de los diagnósticos finales nos pareció interesante incluir el apartado de diagnósticos finales que tuvieron lugar en los pacientes que fallecieron durante el período de la realización de dicha huelga, comparándolos con los de los fallecidos fuera de ella. Ante todo, debemos señalar, ya que no lo hemos mencionado anteriormente, que la tasa de mortalidad global no se vió incrementada por la realización de la huelga, al igual de lo que describen otros estudios³³⁸. Y que la mortalidad por causas se mantuvo constante durante este período, con excepción de la neumonía, que originó un mayor porcentaje de fallecimientos en los pacientes ingresados durante la huelga ($p=0,05$).

Refiriéndonos ya específicamente a los diagnósticos de las personas fallecidas a lo largo del período de realización de la huelga, las “Enfermedades infecciosas” también se mostraron como uno de los grupos diagnósticos más frecuentes ($p=0,05$). Traduciendo quizás, una mayor incidencia de infecciones nosocomiales durante este período. Las “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, así como las del “Aparato respiratorio” ($p=0,007$ y $p=0,008$) también sucedieron más frecuentemente en los pacientes fallecidos durante este período. Intuimos mediante el índice de Karnosky (ver apartado V.19.3), que los pacientes ingresados durante este período, serían pacientes afectos de patologías que revistieran una especial importancia. Lógico parece pensar, que bien por padecimiento de reagudizaciones y/o descompensaciones de estas patologías crónicas, bien por su gravedad, o por el desarrollo de complicaciones asociadas a su permanencia en el hospital, les llevara a su fallecimiento.

Otras patologías que también se consideraron de importancia fueron los “Tumores” ($p=0,001$), que también resultó ser un frecuente diagnóstico en los pacientes fallecidos a lo largo de este período.

Acerca de los “Trastornos mentales” ($p=0,0009$), podemos argumentar que, en determinados pacientes, la permanencia en el hospital favorecería el desencadenamiento de deliriums y desorientaciones, motivos que en el contexto de otras enfermedades, bien podrían haber llevado a la muerte de los pacientes^{155,156}.

VI- Conclusiones

Del análisis de los resultados del presente trabajo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

VI.I.-Con respecto a las principales características de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna:

- Los pacientes del sexo femenino fueron ingresados en mayor proporción, y contaban con medias de edad superiores que los pacientes del sexo masculino. Con respecto a la distribución de la población ingresada en grupos etarios, la máxima incidencia de ingresos tuvo lugar en las personas de 75 a 84 años de edad. Teniendo en cuenta estos hechos, la población objeto de nuestro estudio, se aproximaría a la población de los pacientes ingresados en los Servicios de Geriatría.
- Se apreció una elevada presión ejercida desde el Servicio de Urgencias del propio hospital, ya que el 90,33% de los pacientes procedían de dicho servicio.
- La estancia media en el presente estudio alcanzó valores de $13,23 \pm 11,04$ días, no superando los descritos en otros estudios. Este parámetro se encontraba influenciado por la edad de los pacientes, pero no por el sexo. En este sentido, observamos dos importantes incrementos de este parámetro: el primero, en las personas con edades comprendidas entre los 45 y 55 años, el segundo, en aquellas con edades comprendidas entre los 65 y los 84 años.
- El porcentaje de pacientes que contaban con el antecedente de ingreso previo fue superior a los encontrados a lo largo de la bibliografía consultada, producto de no haber adoptado un límite temporal para su consideración; si bien la media de ingresos por paciente, que fue de $2,78 \pm 2,28$, se halló dentro de las cifras descritas en otras investigaciones.

Así mismo, se observó un aumento progresivo en el número de ingresos previos conforme se incrementaba la edad de los pacientes.

- La calidad de vida de los pacientes en el momento del ingreso valorada mediante el índice de Karnosky, alcanzó una media de $73,69 \pm 17,18$, lo que suponía una importante limitación en la autonomía de las personas, al traducir una incapacidad para llevar a cabo la actividad normal, aunque sí pudieran ocuparse de sí mismas.

- Las complicaciones que surgieron con mayor frecuencia en los pacientes a lo largo de su evolución clínica fueron las complicaciones circulatorias, las infecciosas (respiratorias seguidas de las urinarias), digestivas y siquiátricas.

Aquellas personas que desarrollaron complicaciones durante su hospitalización, contaban con mayor edad.

- Se obtuvo una media de $3,40 \pm 1,74$ diagnósticos por paciente, lo que supone, en comparación con otros estudios realizados en otros servicios de Medicina Interna, un elevado índice diagnóstico. Se observó un incremento en el número de diagnósticos finales de los pacientes conforme aumentaban sus edades, con un pico máximo en aquellos pacientes con edades comprendidas entre los 75 y los 84 años.

- Las “Enfermedades del Aparato Circulatorio” y “Respiratorio” se revelaron como los grupos diagnósticos más frecuentes, al igual que en investigaciones previas.

Los grupos diagnósticos menos frecuentes fueron las “Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo”, así como los “Traumatismos y Envenenamientos”.

- Unicamente el 25,29% lograron la curación total de la enfermedad responsable del ingreso hospitalario en el momento de recibir el alta hospitalaria.

- Las diferencias con respecto a la calidad de los informes de alta en comparación con otros estudios se concretaron en la menor utilización de términos como “probable”, “los

previos” y “*parada cardiorrespiratoria*”, así como un menor empleo de abreviaturas, y la existencia de menor número de informes de alta no realizados. Sin embargo el empleo del término “*pendiente de...*” superó a los obtenidos en la bibliografía, lo que pareció indicar el interés de los facultativos por obtener un exhaustivo diagnóstico, mediante la realización de posteriores revisiones.

Por otra parte, aquellos pacientes en cuyos informes se utilizó el término “*posible*”, permanecieron un mayor número de días hospitalizados, traduciéndo este hecho un posible fracaso en el establecimiento de un diagnóstico exacto, quizás debido a una mayor complejidad de los cuadros clínicos.

Los informes en los que apareció “*los previos*” correspondieron a pacientes que originaron menores estancias, y que contaban con ingresos realizados en anteriores ocasiones.

Según el sistema de calificación propuesto en el presente estudio, la calidad diagnóstica de los informes de alta realizados se consideró como buena, alcanzando una media de $6,03 \pm 1,36$.

VI.II.-En relación con las características más significativas de los pacientes que permanecieron ingresados en nuestro servicio durante la realización de la huelga médica hospitalarios, destacamos las siguientes:

- Los pacientes generaron una media de estancia de $22,46 \pm 16,05$ días, lo que representó una media de $8,07 \pm 3,4$ días más que en el resto del período de tiempo estudiado. Su estado funcional era peor, desarrollando infecciones respiratorias, complicaciones siquiatrásicas, neurológicas, digestivas, circulatorias y locomotoras con mayor frecuencia que los pacientes ingresados en otros períodos.
- Aumentó la calidad de los informes de alta realizados durante este período. Así mismo, se incrementó el número de diagnósticos por paciente. Y con respecto a los

diagnósticos finales, el grupo de las “Enfermedades músculo-esqueléticas” mostró una mayor frecuencia durante la huelga que a lo largo del resto del año.

VII- Bibliografía

-
- ¹ .-Editores. La práctica de la Medicina. En: Harrison. Principios de Medicina Interna,13^a Edición Interamericana; Mc Graw Hill 1994; tomo 1:1.
- ² .-Espinós Pérez D., Díaz- Rubio M. Medicina y Enfermedad. En: Díaz-Rubio M., Espinós D. Tratado de Medicina Interna 1995; Ed. Panamericana; tomo 1:1-7.
- ³ .-Lain Entralgo P. Concepto e historia de la Patología General. En: Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat Editores 1978;3-24.
- ⁴ .-Consejo Nacional de las Especialidades Médicas En: Guía de formación de médicos especialistas. Centro de publicaciones, documentación y biblioteca. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1988.
- ⁵ .-Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de Medicina Interna de los hospitales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la Sanidad. Med. Clin.1993; 100: 587-590.
- ⁶ .-Manresa J.M. El médico de Atención Primaria, el especialista, ¿y el internista?. Med. Clin. 1995; 105: 374-376.
- ⁷ .-Lissen E. La Medicina Interna General a debate: Historia de una crisis y su recuperación. Med. Clin. 1995; 105: 142-147.
- ⁸ .-Chagnon A. Medicine Interne: essai de definition et appel au consensus. Rev. Med. Interne 1993; 1: 7-8.
- ⁹ .-Gallois P. La Medicine Interne à l'hôpital general: place et évaluation. Reflexions à partir de l'évolution en 25 ans d'un centre hospitalier non universitaire. Rev. Med. Interne 1994; 15: 428-431.

-
- ¹⁰ .- Rozman C. Reflexiones sobre la Medicina Interna en la universidad. Med. Clin. 1981; 76: 193-202.
- ¹¹ .-Thier O.S. The future of Internal Medicine: framing the question. Ann. Intern. Med. 1993; 114(1):88-89.
- ¹² .-Emery M.J. The impact of the prospective payment system: perceived changes in the nature of practice and clinical evaluation. Phys. Ther. 1993; 73(1):18-29.
- ¹³ .-Myelburg R.J. Departments of medical specialties. A solution for the divergent missions of Internal Medicine?. N. Engl. J. Med. 1994; 330(20): 1453-1455.
- ¹⁴ .-Braunwald E. Subspecialists and internal medicine perspective. Am. Coll. Phys. 1991; 114(1): 76-77.
- ¹⁵ .-Merino Romero J. Del internista actual al internista generalista. Mucho camino por recorrer. Med. Clin. 1996; 107(3):117.
- ¹⁶ .-Pascual Gómez E. Internistas generales “expertos” y especialistas médicos: una respuesta al artículo de Lissen. Med. Clin. 1996; 106: 636.
- ¹⁷ .-Bataller Sifre R. Una asignatura en crisis. An. Med. Intern. 1997; 14: 83.
- ¹⁸ .-García -García J.A. El índice de calidad de vida de Spitzer: ¿validado? Med. Clin. 1995; 105: 319.
- ¹⁹ .-Sangiorgi M. La Medicina Interna e le sue specialità alle soglie del 2000. Origini, evoluzione, prospettive. Ann. Ital. Med. Intern. 1996; 11(1):33S-56S.
- ²⁰ .-Puras A. El médico de atención primaria, el especialista ¿y el internista?. Claves de una posible crisis. Posibles salidas. Med. Clin. 1996;106: 395.

-
- ²¹ .-Sarasola A., Floristán E. En: Ocupación indebida en el medio hospitalario aragonés. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo, 1994.
- ²² .-Butler R.N. El desafío de la medicina geriátrica. En: Harrison. Principios de Medicina Interna,13^a Edición Interamericana; Mc Graw Hill 1994; 19-22.
- ²³ .-Association of professors of Medicine. Academics departments of Internal Medicine in the 1990. Am. J. Med. 1994; 97 : 1-7.
- ²⁴ .-De Portugal Alvarez J. Una asignatura en crisis. An. Med. Intern.1996; 13(6):299-302.
- ²⁵ .-Díez A., Tomás R., Valera J., Casas M., González-Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de la casuística y eficiencia. Med. Clin.1996, 106:361-367.
- ²⁶ .-García Páez J.M. La medicina interna al final de un siglo. Med. Clin. 1996; 106: 308-379.
- ²⁷ .-Federspil G., Carulli C., Serra P., Dioguardi N. Un breve glossario per la Medicina. Ann. Ital. Med. Int. 1995; 10:68-69
- ²⁸ .-Chesi G., Marcon G. Analisi comparata dei costi per analoghe patologie in reparti di Medicina ed in reparti specialistici. Ann. Ital. Med. Intern. 1996; 11(1):28S-32S.
- ²⁹ .-Delas Amat J. Consulta externa en Medicina Interna. Med. Clin. 1984; 82(13) :603-604.
- ³⁰ .-Herrero F., Cómez J., Valdes M. La integración de la conducta médica en las infecciones de la comunidad: su importancia y significación. An. Med. Intern. 1994; 10 : 471-472.
- ³¹ .-Barry P. Geriatrics in Internal Medicine: the time has come. Am. J. Med.1991; 91: 447-448.

-
- ³² .-Nolan J.P. We should resist efforts to split Internal Medicine. N. Engl. J. Med. 1994; 330(20): 1451-457.
- ³³ .-Wartman A.S. Internal Medicine. JAMA 1990; 263(19): 2649-2651.
- ³⁴ .-Simó Miñana J., Gálvez Candel J., Morote Sanchís M.V., Palazón Ferrer G. Especialistas en los centros de salud. Med. Clin. 1996; 106 : 636-637.
- ³⁵ .-Criado Montilla J., Ibañez-Bermudez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med. Clin. 1996; 106 : 463-468.
- ³⁶ .-Simó Miñana J., Gálvez Candel J., Morote Sanchís M.V., Palazón Ferrer G. Especialistas en los centros de salud (II): una respuesta no enfatizada para una enfatización sin respuesta. Med. Clin. 1997; 108 (3): 118.
- ³⁷ .-Fletcher R.H., Fletcher S.W. What is the future of Internal Medicine ?. Ann. Intern. Med. 1993; 119: 1144-1145.
- ³⁸ .-Ellrod A.G. Introduction of total quality management into an Internal Medicine residency. Academic Medicine 1993; 68 (11): 817-823.
- ³⁹ .-Soriguer Escofet F.J.C. ¿Es la Medicina Interna el problema?. Med. Clin. 1997; 108 (3):117.
- ⁴⁰ .-Costas Lombardia E. Gasto sanitario, eficiencia y reformas de los sistemas de salud. Medicine 1992; 3:29-36.
- ⁴¹ .-Lipkin M., Levinson W., Barker R., Kern D., Burke W., Noble J., Wartman S., Delblanco T.L. Primary care Internal Medicine: a Challenging career choice for the 1990s. Am. Coll. Phys. 1990; 112 (5): 371-375.
- ⁴² .-Cooper P., Butterbaugh D. Health service development for physician/medical records: a 1980s model, a 1990s application and refinement. Health Care Manage Rev. 1993; 18

(2) : 7-14.

⁴³ .-Lucena Gónzalez M.I., Ruiz Ruiz J., Andrade Belido R.J. Impacto de la hospitalización sobre la prescripción médica. *Med. Clin.* 1995; 104: 211-215.

⁴⁴ .-Matorras Galán P., Daroca Pérez R., Alonso López F., Ledesma Castaño F., Díaz-Caneja Rodriguez N., Gancedo González Z. Estudio de la morbilidad en un Servicio de Medicina Interna General de tercer nivel. *An. Med. Intern.* 1989; 6(9): 472-475.

⁴⁵ .-García Saavedra V., Benet Catala A., Pero Silva A., Toda Savall R., Vidal Marsal F. Estudio comparativo 1984-1989 de la morbilidad en el servicio de Medicina Interna de un hospital general de segundo nivel. *An. Med. Intern.* 1991; 8(6): 284-288.

⁴⁶ .-Steiner J.F., Feinberg L.E., Kramer A.W., Byyny R.L. Changing patterns of disease on an inpatient medical service: 1961-1962 to 1981-1982. *Am. J. Med.* 1987; 83 : 331-335.

⁴⁷ .-Fernández F., Delas J., Puigd Ollers J.M. ¿ Hay que ingresar en los hospitales de agudos a los mayores de 75 años ? *Rev. Clin. Esp.* 1987; 181: 527-529.

⁴⁸ .-Alonso Martínez J.L., Abinzano Guillen M.L., Martínez Velasco C., García Mouriz M.E. Morbimortalidad hospitalaria en la cuarta edad. Identificación de factores pronósticos. *An. Med. Intern.* 1995; 12(9): 420-424.

⁴⁹ .-Receputo G., Rapisarda R., Motta L. Centenari: stato di salute e condizioni de vita. *Ann. Ital. Med. Int.* 1995; 10 : 41-45.

⁵⁰ .-Goldman L. Conciencia de los costes en medicina. En: Harrison. Principios de Medicina Interna,13^a Edición Interamericana; Mc Graw Hill 1994; tomo 1; 13-19.

⁵¹ .-Ribera Casado J.M. Servicios de Geriatría hospitalarios: ¿ valen para algo?. Medicina y Fundación hospitalaria 1995; 1(3):191-197.

-
- ⁵².-Saint Jean O., Berigaud S., Matignon E., Passeron J., Ellrodt A., Bouchon J.P. Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées. Experience de transfert directe en unité de Medicine Interne et Geriatrie. Rean. Urg. 1992; 1(4): 555-561.
- ⁵³.-Wolinsky F.D., Culler S.D., Callahan C.M., Johnson R.J. Hospital resource consumption among older adults: a prospective analysis of episodes, length of stay, and charges over seven-year period. J. Gerontol. 1994; 49(5) : 240-252.
- ⁵⁴.-Boult C., Dowd B., Mc Caffrey D., Boult L., Hernandez R., Krulewitch H. Screening elders for risk of hospital admission. J. Am. Geriatr.Soc.1993; 41 : 811-817.
- ⁵⁵.-Bjornstad E., Bergesen O., Nordhaug B., Abildgaard U. Admission to department of medicine. Are resources used in accordance with the patients' requirements? Tidsskr. Nor. Loegeforen 1990; 110 : 3362-5.
- ⁵⁶.-Saint- Jean O., Berigaud S., Bouchon J.P. Polypathologie et comorbidité: un mode dynamique de description de la morbidité chez les sujets âgés. Etude de 100 patients de 80 ans et plus en unité de Medicine Interne Geriatrique de court séjour. Ann. Med. Interne 1991 ; 142(8) : 563-569.
- ⁵⁷.-Saint- Jean O., Thilbert J.B., Holstein J., Bourdiol M.C., Verny M., Berigaud S., et al Hospitalisation en Medicine Interne des nonagénaires. Etude de 150 séjours. Rev. Med. Interne 1993; 14: 825-831.
- ⁵⁸.-Villardell Ramoneda L. ¿ Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? Med. Clin. 1994; 103: 452-453.
- ⁵⁹.-González-Montalvo J.I., Batzan J.J., Rodríguez-Mañas L., San Cristobal E. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificaciones, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med. Clin. 1994; 103: 441-444.
- ⁶⁰.-Llorente Alvarez S., Alonso Fernández M., Buznego Alvarez B. Papel de la atención

primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. Atenc. Prim.1996; 18(5):77-85.

⁶¹.-Rodriguez Artalejo F., González-Montalvo J.I., Sanz Segovia F., Jaramillo Gómez E. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. Med. Clin. 1989; 93: 411-414.

⁶².-Freeborn D.K., Pope C.R., Mullooly J., Mc Farland B.H. Consistently high users of medical care among the elderly. Med. Care 1990; 28(6) : 527-540.

⁶³.-Guerrero Fernández M., Gari Paresa J., Alfonso Sánchez J.L., Ibarra Sánchez J.M., Raduán Ripoll J., Rodríguez, Rodriguez P. Análisis de las altas hospitalarias en la población anciana. Todo Hospital 1996; 125: 37-40.

⁶⁴.-Muñoz E., Rosner F., Chalfin D., Goldstein J., Margolis I., Wise L. Age , resource consumption, and outcome for medical patients at an academic medical center. Arch. Intern. Med. 1989; 149 : 1946-1950.

⁶⁵.-González Montalvo J.I., Pérez del Molino J., Rodríguez Mañas L., Salgado Alba A., Guillén Llera F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). Med. Clin. 1991; 96: 183-188.

⁶⁶ .-Matorras Galán P., Pablo Casas M., Otero García L., Alonso López F. Adecuación de los ingresos en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. Med. Clin. 1990; 94: 290-293.

⁶⁷.-Howard R. Reasons for readmission to hospital. Nurs. Times 1992; 88(6): 49.

⁶⁸.-Peiró Moreno S., Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med. Clin. 1994; 103: 65-71.

⁶⁹ .-Kessler Sáez P., Olmeda Moreno M., Jareño Chaumel J., Pascual Cuesta T. Experiencia piloto de la unidad de Medicina Interna y geriatría del hospital Virgen de la

Torre (Vallecas): dos primeros años de funcionamiento. An. Med. Intern. 1988; 5(4) :179-182.

⁷⁰.-Latour Pérez J., Romero Brotons F.A., Nolasco Bonmati A., Alvárez Dardet C., Mota López A., Arraez Jarque V., Giner Boix J.S., Díaz Castellanos M.A. Mortalidad en los cuidados intensivos: importancia de los factores de riesgo sociales. Med. Clin. 1987; 89 :736-767.

⁷¹.-Segovia de Aranja J.M. El hospital en la Medicina Española actualmente. Medicina y Fundación hospitalaria 1995; 1(2):154-158.

⁷².-García Palomar I., García de San S., Baylin Larios A. Evaluación de la adecuación del ingreso y estancia hospitalaria en pacientes ingresados en un hospital terciario a través del Servicio de Urgencias. Med. Clin.1995; 105: 396-397.

⁷³.-Gil González J.M., Vaquero puerta J.L., Castrodeza Sanz J. Perfil de la demanda urgente en un hospital general. Revista de Salud Pública de Castilla y León 1994; 3 (4): 11-17.

⁷⁴.-Muñío Miguez A., González Ramallo V.J.,Rodriguez de Castro E. Asistencia en un Servicio de Urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. Rev. Clin. Esp.1988; 182(7) : 46-50.

⁷⁵.-Cabañas Argudo M., Villar Grimalt A., Puche Azorin P. Demanda de hospitalización de especialidades médicas en un área sanitaria de 200.000 habitantes. An. Med. Intern. 1996; 13(7):322-330.

⁷⁶.-Moya Mir M.S., Laguna P., Salgado R., Calabrese S. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med. Clin. 1996; 9(107): 359.

⁷⁷.-Bolíbar I., Balanzó X., Armada A., Fernández J.L., Foz G., Sanz E., De la Torre M. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias

hospitalarios. Med. Clin. 1996; 107:289-295.

⁷⁸.-Jiménez Munillo L., Montero Pérez F.J. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital ? Med. Clin.1995; 105: 397-398.

⁷⁹.-Payne S.M.C. Using utilization review information to improve hospital efficiency. Hosp. Health Serv. Adm. 1991; 36(4): 473-490.

⁸⁰.-Bañeres Amella J., Alonso Caballero J., Anto Boque J.M. La adecuación de los ingresos hospitalarios. Med. Clin. 1990; 95: 357-358.

⁸¹.-Baigelman W., WeldL., Coldiron J.S. Relationship between practice characteristics of primary care internist and unnecessary hospital days. Am. Coll. Med. Qual. 1994; 9(3): 122-128.

⁸².-De la Sierra A., Cardellach F., Sentis J., Bove A., Ingelmo M., Urbano Márquez A. Estudio prospectivo sobre la mortalidad en un servicio de Medicina Interna General. Med. Clin.1988; 91 :121-123.

⁸³.-Matorras Galán F., Alonso López F., Daroca Pérez R., Díaz-Caneja Rodriguez N., Ledesma Castaño F., Gancedo González Z. El paciente multiingresado en Medicina Interna como tipo especial de readmisión hospitalaria. An. Med. Intern. 1990; 7(7): 353-357.

⁸⁴.-Escolar Castellón F., Samperiz Legarre A.L., Pérez Poza A. , Expósito Rando A., Merino Muñoz F., Castillo Parra C. Morbilidad , mortalidad y otros indicadores de la actividad asistencial en un Servicio de Medicina Interna General. An. Med. Intern.1993; 10(7): 327-332.

⁸⁵.-Payne J.N., Coy J., Milner P.C. Is use of hospital services a proxy for morbidity? a small area comparison of the prevalence of arthritis, depression, dyspepsia, obesity, and respiratory disease with inpatient admission rates for these disorders in England. J.

Epidemiol. Community Health 1994; 48: 74-78.

⁸⁶.-Matorras Galán P., Alonso López F., Daroca Pérez R., Lamelas Olarán J.A., Díaz-Caneja N., Gancedo González Z. Mortalidad en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. Rev. Clin. Esp. 1989; 185 :175-178.

⁸⁷.-Martínez Hernández J., Donado Campos J. La salud de los ancianos españoles. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1993. Geriátrika 1996; 12(8):21-27.

⁸⁸ .-Viana A., Carballo F., Beato I., Dominguez E., Martínez C., De la Morena J. Análisis de 14.000 enfermos ingresados en un servicio de Medicina Interna durante los años 1982-1988. An. Med. Intern. 1990 ; 7(9): 459-462.

⁸⁹.-Sicras Mainar A., Navarro Artieda R. Valoración del reingreso en el Servicio de Medicina Interna Med. Clin. 1993; 101: 732-735.

⁹⁰.-Weissman J.S., Stern R.S., Epstein A.M. The impact of patient socioeconomic status and other social factors on readmission: a prospective study in four Massachusetts hospitals. Inquiry 1994; 31: 163-173.

⁹¹.-Fitgerad J.F., Smith D.M., Martin D.K., Freedman J.A., Katz B.P. A case manager intervention to reduce readmissions. Arch. Intern. Med. , 1994 ; 154: 1721-1729.

⁹².-Mc Dowell N.M., Black D.M. Inpatient resource use: a comparison of family medicine and internal medicine physicians . J. Fam. Pract. 1992; 34(3) : 306-312.

⁹³.-Ludke L.R., Booth B.M., Lewis- Beck J.A. Relationship between early readmission and hospital quality of care indicators. Inquiry 1993; 30: 95-103.

⁹⁴.-Gay E.G., Kronenfeld J.J. Regulation, retrenchment the DRG experience: problems from changing reimbursement practice. Soc. Sci. Med. 1990; 31(10): 1103-1118.

⁹⁵.-Mitchell J.B. Time trends in inpatient physician spending. Health Serv. Res. 1993;

28(5): 641-660.

⁹⁶.-Castells X., Riu M., Sáez M. Asociación entre la estancia media hospitalaria y la tasa de reingresos prematuros. *Med. Clin.* 1996; 107 (15): 566-571.

⁹⁷.-Marion Buen J., García Leal J., Ollero J. Duración de la estancia como factor de riesgo para la readmisión hospitalaria. *Todo Hospital* 1996; 131:45-49.

⁹⁸ .-D'Addario V., Curley A. How case management can improve the quality of patient care. *Int. J. Qual.Health Care* 1994; 6(4): 339-345.

⁹⁹ .-Moy E., Hogan C. Access to needed follow-up services. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153: 1815-1823.

¹⁰⁰ .-Sicras Mainar A., Navarro Artieda R. Medida de la mortalidad como efecto de la intervención hospitalaria en un servicio de Medicina Interna . *An. Med. Intern.* 1992; 9(1) :21-29.

¹⁰¹ .-Fernández Gracia J., Martínez González M.A., Garcia Rodriguez J., Bueno Cavanillas A., Lardelli Claret P., García Martín M. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. *Med. Clin.* 1997; 108:4-8.

¹⁰² .-García Arilla E., Midon J., Escudero P., Mesa P., Comet V., Perlado F. Reingreso de enfermos ancianos en un servicio hospitalario de Geriatría. *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 1983 ; 18(3): 133-138.

¹⁰³ .-Dubois W.R., Brook R.H.,Rogers W.H. Adjusted hospital death rates: a potential screen for quality of medical care. *Am. J. Public health* 1987; 77(9) :1162-1166.

¹⁰⁴ .-Greenwald H.P. The specificity of quality of life measures among the seriously ill. *Med. Care*1987; 25:6442-651.

¹⁰⁵ .-Safran C., Rusell S.P. Interventions to prevent readmission. The constraints of cost

and efficacy. *Med.Care* 1989; 27(2): 204-211.

¹⁰⁶ .-Hayward R.A., Bernard A.M., Rosevear J.S., Anderson J.E., Mc Mahon L.F. An evaluation of generic screen for poor quality of hospital care on general medicine service. *Med. Care* 1993; 31(5) : 394-402.

¹⁰⁷ .-Roige J., Miquel C. El reingreso en un Servicio de Medicina Interna. *Med. Clin.* 1994; 103(8):47

¹⁰⁸ .-Naylor M., Brooten D., Jones R., Lavizzo- Mourey R., Mezely M., Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly, a randomized clinical trial. *Ann.Intern. Med.* 1994; 120: 999-1006.

¹⁰⁹ .-Evans R.L., Hendricks R.D. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med. Care* 1993; 31:358-370.

¹¹⁰ .-González Montalvo J.I., Pérez del Molino J., Rodríguez Mañas L., Salgado Alba A., Guillén Llera F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quién y cómo (II). *Med. Clin.* 1991; 96: 222-228

.

¹¹¹ .-Noralou P.R., Shapiro E., Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures ? A sixteen- year perspective. *Milbank Q.*1990; 67 : 347-369.

¹¹² .-Pandiani J.A., Girardi L.M. Diversion of admissions from state hospitals: a reexamination. *Hosp.Community Psychiatry* 1993; 4(6): 579-580.

¹¹³ .-Korda H. Utilization review for medicaid diagnosis- related group systems: practice innovation, and lessons of experience. *Am. Coll. Med. Qual.* 1994; 9(2): 54-67.

¹¹⁴ .-Quiroga Prado L., Santos Calderón J.A.,Huerta J., Pérez Sandoval M.T.,Martínez

Villalba A.L. Epidemiología de los ingresos de Medicina Interna en centros concertados con el INSALUD en León . An. Med. Intern.1988 ; Supl. I: 50.

¹¹⁵.-Ruiperez Cantera I., Jiménez Jiménez M.P., Hormillos Calvo M. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. Medicine 1995; 6(87) : 3838-3844.

¹¹⁶.-Baztán J.J., Hornillos M., González-Montalvo J.I. Hospital de día geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad. Med. Clin. 1993; 101:699-704.

¹¹⁷.-Hebel R.J., Kessler I., Mabuchi K., Mc Carter J.R. Assessment of hospital performance by use of death rates. JAMA, 1982; 248(23): 3131-3135.

¹¹⁸.-Baztán J.J., Sánchez del Corral F., Izquierdo G., Ruipérez I. Efectividad y eficiencia de la atención hospitalaria a ancianos con enfermedad aguda. Med. Clin. 1996; 107(11):437.

¹¹⁹.-Alarcón Alarcón M.T., González Montalvo J.I.; Bárcena Alvarez A., Sánchez del Corral Usaola F., Muños Cebrián C., Salgado Alba A. Características del “paciente geriátrico” en la unidad de agudos de un servicio de geriatría. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1993; 28 (5): 285-290.

¹²⁰.-Aranaz Andrés J.M., Buil Alna J.A. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med. Clin. 1996; 106:182-184.

¹²¹.-Mimbela Sánchez M.M., Foradada Baldellou S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. Atenc. Prim. 1993; 12(2):15-18.

¹²².-San José A., Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. Med. Clin. 1996; 106:336-343.

¹²³.-Prada J.L., Alcalá J.N., Villanueva Marcos J.L., Torre- Cisneros J. Pacientes con criterios de ingreso que no debieron ingresar. Med. Clin. 1991; 97(3) : 116.

¹²⁴.-Prada J.L., Ogea J.L., Rivera F.J. La hospitalización domiciliaria: una alternativa en la asistencia sanitaria para los ancianos. Rev. Clin. Esp. 1988; 183: 331.

¹²⁵.-Salud A., Martínez J.M., Arnau N., Porcel J.M., Gort A., Barbera J., Herruzo F. Estudio descriptivo de pacientes terminales en una unidad socio-sanitaria ubicada en un hospital de agudos. Medicina Paliativa 1996; 3(2): 53-58.

¹²⁶.-Sanz-Ortiz J., Llamazares González A. Atención domiciliaria de cuidados paliativos. Med. Clin. 1993; 101: 446-449.

¹²⁷.-Lluch Rodrigo J.A., Marín Gómez M.M. Modelos no convencionales de atención sociosanitaria. Todo Hospital 1994; 106:27-32.

¹²⁸.-Bascuñana Morejón de Girón J., Sanz de Barros R., De la Peña González M., Candel Monserrate I. Asistencia domiciliaria al paciente VIH terminal. An. Med.Intern. 1997; 14 (2): 93-97.

¹²⁹.-CMBAH Estadístiques de morbiditat hospitalaria. Altes hospitalarias notificadas a Catalunya 1992 . Departamento de Sanidad y Seguritat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1993.

¹³⁰.-De Escalante Yanguela B., Oncins Torres R., Lacasa Marzo J., Candel Calderon M., Sampedro Feliu J.A. Estudio de la mortalidad hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal. An. Med. Intern. 1994; 8 : 381-384.

¹³¹.-Regidor E. Fuentes de información de mortalidad y morbilidad. Med. Clin. 1992; 99: 183-187.

¹³².-Sicras Mainar A. Concordancia del diagnóstico principal del alta hospitalaria. Gac. Sanit. 1990; 21(4) : 252-253.

-
- ¹³³.-Steel K., Gertman P.M., Crescenzi C., Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at university hospital. N. Engl. J. Med. 1981; 304(11) : 638-642.
- ¹³⁴ .-Díez Jarilla J.L., Muñoz Bellido J.L., Castro del Pozo S. Patología yatrogénica en un servicio de Medicina Interna. Patología yatrogénica global y no medicamentosa. Med. Clin. 1986 ; 87 :58-61.
- ¹³⁵ .-Dominguez Carmona M. Yatrogenia. En: Díaz-Rubio M., Espinós D. Tratado de Medicina Interna 1995; Ed. Panamericana; tomo 1;12-20.
- ¹³⁶ .-Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico ? Med. Clin.1995; 104: 381-386.
- ¹³⁷ .-Franco Clemente M.T. Uso de una red local en la gestión de Historias Clínicas informatizadas. Tesis Doctoral de la Universidad de Zaragoza 1995: 73-122.
- ¹³⁸ .-Lamy P.P. Adverse drug affects. Clin. Geriatr. Med.1990; 6: 293-307.
- ¹³⁹ .-Carnasos GJ., Stewart RB, Cluff LE. Drug- induces illnes leading to hospitalization. J. Am. Med. Assoc. 1974; 28:713-717.
- ¹⁴⁰ .-Leape L.L.,Brennan T.A., Laird N. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the harvard medical practice study II. N. Engl. J. Med. 1991; 324(6): 377-384.
- ¹⁴¹ .-Thalassinos M., Masson C., Rouillon F., Vincenot P., Lemperiere T. Troubles mentaux chez les sujets âgés hospitalisés. Etude épidemiologique dans un service de Medicine Interne. Presse-Med. 1992; 21 : 929-933.
- ¹⁴² .-Rubio Pérez P. Edad avanzada y reacciones farmacológicas adversas. An. Med. Intern. 1994; II(6):261-262.
- ¹⁴³ .-Creditors M.C. Hazards of hospitalization. Ann. Intern. Med. 1993; 118: 219-223.

-
- ¹⁴⁴.-Mahoney J., Sager M., Dunham N.C., Johnson J. Risk of falls after hospital discharge. J. Am.Geriatr.Soc. 1994; 42 : 269-274.
- ¹⁴⁵.-Robbins A.S., Rubenstein L.Z., Josephson K., Schulman B.L., Osterweil D., Fine G. Predictors of falls among elderly people. results of two population-based studies. Arch. Intern. Med. 1989; 149 : 1628-1633.
- ¹⁴⁶.-Gorbien M.J., Bishop J., Beers M.H., Norman D., Osterweil D. , Rubenstein L.Z. Iatrogenic illness in hospitalized elderly people. J. Am. Geriatr. Soc. 1992; 40 : 1031-1042.
- ¹⁴⁷.-Lazarus B.A., Murphy J.B., Coletta E.M., Mc Quade W.H., Culpepper L. The provision of physical activity to hospitalized elderly patients. Arch. Intern. Med.1991; 151 : 2452-2456.
- ¹⁴⁸.-Gutierrez Rodriguez J., Galeano Arboleya R., Reig Gourlot C., Solano Jaurrieta J.J. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. Mapfre Medicina 1996; 7(4):275-282.
- ¹⁴⁹.-Georges A., Maddocks G. Accuracy of diagnostic content of hospital activity analysis in infectious diseases. Br.J.Prev.Soc.Med.1979; 1:1332-1334.
- ¹⁵⁰.-Hirsch H.C., Sommers L., Olsen A., Mullen L., Hunter C. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J. Am.Geriatr.Soc.1990; 38:1296-1303.
- ¹⁵¹ .-Palmer R.M. Acute hospital care of the elderly minimizing the risk of functional decline. Cleveland Clinic Journal of Medicine 1995; 62(2): 117-128.
- ¹⁵².-Nouye S.K., Wagner D.R., Campora D. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. J. Gen. Intern. Med. 1993; 8 : 645-652.
- ¹⁵³.-Hirsch H.C., Sommers L., Olsen A., Mullen L., Hunter C. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J. Am.Geriatr.Soc.1990; 38:1296-1303.

-
- ¹⁵⁴.-Lefevre F., Feinglass J., Potts S., Soglin L., Yarnold P., Martin G.J., Webster J.R. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. Arch. Intern. Med. 1992; 152: 2074-2080.
- ¹⁵⁵.-Murray A.M., Levkoff S.P., WetleT.T. Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patients. J. Gerontol. 1993; 48: M 181-M186.
- ¹⁵⁶.-Lázaro L., Marcos T., Cirera E., Pujol J. Delirium en una población anciana ingresada en un hospital general. Med. Clin. 1995; 104 :329-333.
- ¹⁵⁷.-Garber A.M., Fuchs V.R., Silverman J.F. Case mix, costs, and outcomes. N. Engl. J. Med. 1984; 310(19):1231-1237.
- ¹⁵⁸.- Lázaro P., Pozo F., Rico J.R. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud (II): Investigación en Servicios de Salud. Med. Clin. 1995; 104: 67-76.
- ¹⁵⁹.-Conde Olasagasti J.L., Infante A. La ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Med. Clin.1995; 104: 503-505.
- ¹⁶⁰.-Edwards R.T., Lapsley H.M. A comparison of pathology usage in three new south wales public hospitals. Aust. Clin. Rev. 1993; 12: 165-173.
- ¹⁶¹.-Burstin H.R., LipsitzS.R., Udvahelyi S., Brennan T.A. The effect of hospital financial characteristics on quality of care. Hospitals and Quality of Care 1993; 270(7): 845-849.
- ¹⁶².-Laffel G., Berwick D. Quality in health care. JAMA 1992; 268: 407-409.
- ¹⁶³ .-Garrigues Gil V., Ponce García J., Val Antoñana A. Guías para la práctica clínica. ¿ Una solución para la incertidumbre de las decisiones médicas? Med. Clin. 1995; 105: 219-223.
- ¹⁶⁴.-Ortun Rubio V. Clínica y gestión. Med. Clin.1995; 104: 298-300.
- ¹⁶⁵.-Gordon G.H., Baker L.H., Boverman J. Successfull medical and psychological

management of recurring chest pain and frequent hospital admissions in a patient with coronary artery disease. West. J. Med. 1994; 160: 371-375.

¹⁶⁶.-Sloan F.A., Gordon G.S., Cocks D.L. Hospital drug formularies and use of hospital services. Med. Care 1993; 31(10): 851-867.

¹⁶⁷.-Collopy B.T. Clinical indicators as a stimulus to QA in hospitals an early report. Int. J. Qual. Health Care 1994; 6(4) : 331-338.

¹⁶⁸.-Javaloyas M., García D., Casasin T., Colomer J., Bonfill X., Brotons C., Rue M. Vigilancia de infección nosocomial en un hospital comarcal. Resultados de estudios de incidencia y prevalencia en una experiencia de dos años. Med. Clin. 1993; 100:53-57.

¹⁶⁹ .-Barrasa Villar J.I., Gómez López L.I. Incidencia anual y control de las infecciones intrahospitalarias en un hospital comarcal. Med. Clin.1994; 102:601-605.

¹⁷⁰.-Pittet D., Tarara D., Wenzel R.P. Nosocomial bloodstream infection in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs and attributable mortality. JAMA 1994; 271 (20) :1598-1601.

¹⁷¹.-Barbado Hernández F.J., Cano Ruiz A. Aspectos actuales de la infección hospitalaria en Medicina. An. Med. Intern. 1994; 10 : 506-512.

¹⁷².-Martone W.J.,Jarvis W.R.,Culver D.H.,Haley R.W. Incidence and nature of endemic nosocomial infections. En: Bennett J.V.,Brachman P.S, Editores. Hospital Infections. Boston: Little Brown and Company,1992; 577-596.

¹⁷³ .-Nystrom B. The role of hospital infection control in the quality system of hospitals. J.Hosp.Infect. 1992;21:169-177.

¹⁷⁴.-Gómez-Jiménez J., Salgado A. Sepsis: asignatura pendiente para el siglo XXI. Med.

Clin. 1995; 105: 304-307.

¹⁷⁵.-Wu A.W. The measure and mismeasure of hospital quality : appropiate risk-adjustement methods in comparing hospitals. Ann. Med.1995; 122(2): 149-150.

¹⁷⁶.-Viana A.,Delgado V., De la Morena J. Morbilidad y mortalidad como indicadores de calidad asistencial en un Servicio de Medicina Interna. Med. Clin.1991; 96(16) :637-638.

¹⁷⁷.-Viana A.,Delgado V., De la Morena J. Análisis de la mortalidad en menores de 65 años en un Servicio de Medicina Interna docente. An. Med. Intern. 1991; 8(7) :336-337.

¹⁷⁸.-Sicras Mainar A., Navarro Artieda R. Revisión de la mortalidad hospitalaria en un hospital comarcal . Gac. Sanit. 1988 ; 9(2) :286-289.

¹⁷⁹.-Segura Benedicto A. El análisis de la mortalidad hospitalaria como medida de efectividad. Med. Clin. 1988 :91 :139-141.

¹⁸⁰.-Córdoba Victoria A., Delgado Lozano L.C., Cabrera Vélez R., Kessler P., Perpiña C., Castro C., Rañada M. Estudio de la mortalidad en el Servicio de Urgencias de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre durante 1989. An. Med. Intern.1991; 8 (10) :487-490.

¹⁸¹ .-Rodriguez Navarro M., Griega Borras J.L., Asenjo Sebastián M.A. Mortalidad intrahospitalaria: análisis retrospectivo en el Hospital Clínico de Sevilla. Todo Hospital 1989 ; 53:29-32.

¹⁸² .-Ortega A., Puig M. El análisis de la mortalidad en áreas urbanas. Med. Clin. 1991; 96:328-332.

¹⁸³ .-Benavides G., Pérez S., Cayuela A., Nolasco A., Vanalocha H. Razón de años de vida perdidos evitables: un indicador para identificar exceso de mortalidad en áreas de salud. Gac.Sanit.1990; 16(4) :12-17.

¹⁸⁴ .-Shapiro S. A tool for health planners. Am. J. Public Health 1977; 67(9):816-7.

-
- ¹⁸⁵.-Quiroga Prado L., Santos Calderón J.A., Pérez Sandoval T., Martínez Villalba A.L. Mortalidad hospitalaria. Med. Clin. 1989; 92 :318.
- ¹⁸⁶.-Mc Gann K.P., Bowman A.M. A comparison of morbidity and mortality for family physicians' and internists' admissions. J. Fam. Pract. 1990; 31(5) : 541-545 .
- ¹⁸⁷.-Roemer I.M., Moustafa A.T., Hopkins E.C. A proposed hospital quality index: hospital death rates adjusted for case severity. Health Serv. Res. 1968; 3: 96-119.
- ¹⁸⁸.-Duckett SJ., Kristofferson SM. An index of hospital performance. Med. Care 1978; 16:400-407.
- ¹⁸⁹.-Dubois W.R., William H.R., Moxley H.J., Draper D. Hospital inpatient mortality. It is a predictor of quality ? N. Engl. J. Med., 1987; 317(26): 1674-1680.
- ¹⁹⁰.-Horn S.D., Bulkey G., Sharey D.P., Chambers A.F., Hoern R.A., Sahramm C.J. Interhospital differences in severity of illness. Problems for prospective payment based on diagnosis - related Groups (DRGS). N. Engl. J. Med. 1985; 313(1) : 20-24.
- ¹⁹¹.-Fetter R.B., Shin Y., Feedman J.L. Case Mix definition of Diagnostic Related Groups. Med. Care 1980: 18 (supl):1-53.
- ¹⁹².-Schumacher D.N., Parker B., Kofic V., Munns J.M. Severity of illness index and the adverse patient occurrence index. Med. Care 1987; 25: 695-704.
- ¹⁹³ .-Brewster A.C., Karlin BG., Hyde L.A. Medsgrips: a clinically based approach to classifiging hospital patients at admission. Inquiry 1985; 22: 377-387.
- ¹⁹⁴.-Schoenfeld E.D., Malmrose C.L., Blazer G.D., Gold T.D., Seeman E.T. Self-rated health and mortality in the high- functioning elderly- a clooser look at health individuals: Mac Arthur field study of successful aging. J. Gerontol. 1994; 49(3) :109-115.
- ¹⁹⁵.-Brand R., Van Hemel O.J.S., Elferink-Stinkens P.M., Verloove-Vanhorick S.P.

Comparing mortality and morbidity in hospitals: theory and practice of quality assessment in peer review. *Meth. Inform. N. Med.* 1994;33:1967-204.

¹⁹⁶.-Bradbury C.R., Golec H.J., Stearns E.F., Steen M.P. Interhospital mortality and morbidity variation in Pennsylvania. *J. Soc. Health Syst.* 1993; 4(1): 48-67.

¹⁹⁷.-Jannerfeldt E., Horte L.G. Median age at death as an indicator of premature mortality. *Br.Med.J.* 1988; 296: 678-681.

¹⁹⁸.-Bradbury C.R., Golec H.J., Steen P.M. Relating hospital health outcomes and resource expenditures. *Inquiry* 1994; 31: 56-65.

¹⁹⁹.-Ferrus Grau L. Estudio de mortalidad en un hospital comarcal. *Todo hospital* 1996; 129:53-58.

²⁰⁰.-Romedere J.M.,Mc Winnie J.R. Potential years of life lost between ages 1 and 70 : an indicator of premature mortality for health planning. *Int. J. Epidem.* 1977;6:143-151.

²⁰¹.-García Benavides F., Godoy Laserna C., Sánchez Pérez S., Bolumar Montrull F. Codificación múltiple de las causas de muerte: análisis de una muestra de boletines estadísticos de defunción. *Gac. Sanit.* 1988; 5(2) :73-76.

²⁰² .-Segura Colas A., Gispert R. Las estadísticas de mortalidad y validez de certificación de las causas de defunción en España : una puntuación necesaria. *Med. Clin.* 1990; 95:38-39.

²⁰³.-Manton K.G. Empirical methods for examining the information content of multiple cause mortality data. Decents trends in mortality analisis. London. Academic Press Int.1984:44-69.

²⁰⁴.-Torne J., Tomas S., Soriano J.C., Garces J.M. Mortalidad directamente relacionada con la bacteriemia nosocomial. *Med. Clin.* 1989; 92 :318.

-
- ²⁰⁵.-Hebert M., Parlato V., Lese G.B., Dabaj A., Forette F., Boller F. Survival in institutionalized patients. Arch. Neur. 1995; 52:469-476.
- ²⁰⁶.-Villar A., Blanes A., Sánchez J., González Sal M. , Lloret A., Bosque M., Segarra C. Estudio multifactorial pronóstico de la sepsis en un servicio de Medicina Interna . An. Med. Intern. 1993; 10(3): 107-112.
- ²⁰⁷.-Botia Martínez F., Marin Cervantes A.J., Canteras Jordana M. Estudios microbiológicos y morbilidad infecciosa en un Hospital general. Todo Hospital 1992; 92: 51-54.
- ²⁰⁸.-Romeder J.M., Mc Whinnie J.R. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prémature. Rev. Epidém. Santé Publ. 1978, 26: 97-115.
- ²⁰⁹ .-Jenicek M., Cléroux R. Medida de salud de la colectividad. Indicadores de salud. En Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones, Salvat Editores. Barcelona 1990; 33-64.
- ²¹⁰.-García F., Vanlocha H., Pérez S. Atlas de la mortalidad evitable de la Comunidad Valenciana. En: Monografies sanitaries. Serie D. Número 7. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum 1990.
- ²¹¹.-Ortún Rubio V., Gispert Magarolas R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med. Clin. 1988; 90:399-403.
- ²¹².-Rutstein D.D., Berenberg W., Chalmers T.C., Chil C.G., Fishman A.P., Perrin E.B. Measuring the quality of medical care. N. Engl. J. Med. 1976, 11: 582-588.
- ²¹³.-Esteban M., Martos C., Martínez N., Gutiérrez V., García G. Mortalidad en Aragón 1992. Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Servicio de Información y Planificación Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública. Zaragoza 1996.

-
- ²¹⁴.-Buck C., Bulls S. Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of the quality of health services. *Int. J. Health Serv.* 1986;16(4):553-563.
- ²¹⁵.-Gispert R., Rue M., Ortún V. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable. *Med. Clin.* 1990, 94:62.
- ²¹⁶.-Bernat L., Rathwell T. The effect of health services on mortality: amenable and non-amenable causes in Spain. *Int.J.Epidemiol.* 1989; 18(3):652-7.
- ²¹⁷.-Poisolainen K., Eskola J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1968-81. *Lancet* 1986, 1:199-202.
- ²¹⁸.-Mackembach J.P., Bouvier-Colle M.H., Jougl E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J. Epidemiol. Community Health* 1990, 44:106-111.
- ²¹⁹.-Goldman A.D. The EPIGRAM computer program for analyzing mortality and population data set. *Public health rep.* 1994; 109(1): 118-125.
- ²²⁰.-Arbues Visus M.T., Tarin Martínez Z. La gestión de los recursos humanos y materiales. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna 1988: 201-206.
- ²²¹.-Salveras Sanmartí L., Asenjo Sebastián M.A. Organización y gestión hospitalaria. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. Piedrola Gil G. 9º EDICION 1992;1412-1435.
- ²²².-Miquel- Collell C., Asenjo Sebastián M.A. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. *Med. Clin.* 1992; 98: 134-136.
- ²²³.-Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. *Med. Clin.* 1996; 107(1):22-25.
- ²²⁴.-Anónimo. Área de hospitalización. En: Sistemas de Información Interhospitalares.

Manual de Utilización. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 1986, 26-33. Editorial PROPSA, S.A.

²²⁵ .-Asenjo Sebastián M.A. El Servicio de Medicina Interna en la organización hospitalaria. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna 1988: 207-226.

²²⁶ .-Anónimo. Modo de construcción del diagrama de Barber y Jhonson. En: Sistemas de Información Interhospitalares. Manual de Utilización. Direccion General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 1986, 113-119. Editorial PROPSA, S.A.

²²⁷ .-Asenjo Sebastián M.A., Rivero Ferrer E., Bohigas Santasusana L., Prat Marin A. Análisis de la lista de espera hospitalaria. Todo Hospital 1988; 46:57-60.

²²⁸ .-Ahicart C. Sistemas de información hospitalarios. Desarrollo actual y perspectivas de futuro. Todo Hospital 1996; 13: 21-27.

²²⁹ .-Matías Guiu J., Gómez R. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. Med. Clin. 1993; 100(10) : 396-397.

²³⁰ .-Peiro Moreno S., Meneu Guillerna R., Roselló Pérez M., Tobed Ferreiro M. Pago prospectivo por caso y duración de la estancia en los hospitales privados concertados. Med. Clin. 1993; 100 :372-374.

²³¹ .-López Casasnovas G. Hacia una “cohabitación” de centros propios y concertados en una única red asistencial pública. En: Público-Privado en el sector sanitario. VI Jornadas de Economía de la Salud. Martínez Zahonero J.L., Rius Navarro N. Colegio de Economistas de Valencia. Comisión de economistas de la Salud, 1988: 435-437.

-
- ²³².-Lázaro y de Mercado P. Práctica clínica, económica y ética: el médico en la encrucijada. Medicina y Fundación hospitalaria 1995; 1(2):125-135.
- ²³³.-Freire Campo J.M., Infante Campos A. Universalización y aseguramiento sanitario en España. Med. Clin. 1995; 105: 96-98.
- ²³⁴.-Martos A. Modelos básicos de sistemas de salud. Medicina y Fundación hospitalaria 1995; 1(3):211-214.
- ²³⁵.-Yetano J. La mejora de la calidad hospitalaria. Med. Clin. 1994; 103 : 780-781.
- ²³⁶.-Bonfill X. Información clínica y gestión. Med. Clin. 1995; 104: 224-227.
- ²³⁷.-Millares Lorenzo J.L., Ruiz Santana J. La paradoja del " cliente" en los servicios sanitarios. Med. Clin.1995; 105: 418-419.
- ²³⁸.-Salleras Sanmartí L. Eficacia o efectividad. JANO 1988; 34:177.
- ²³⁹.-Ortun Rubio V. Economía y Medicina. Med. Clin.1987; 88: 411-413.
- ²⁴⁰.-Varo J. Del control de calidad a calidad total. Med. Clin. 1995; 104: 461-462.
- ²⁴¹.-Mosteller S. Assessing quality of institutional care. Am. J. Public health 1987; 77(9): 1155-1156.
- ²⁴².-Revert Sempere R.M., Fuster Torres R.M., Varo Gonzalo J. Calidad y costes. El coste de la mala calidad. Todo Hospital 1996; 129:59-64.
- ²⁴³.-Muñoz Machado A. Dirección por objetivos y gestión de calidad total. Todo Hospital 1996; 132:43-49.
- ²⁴⁴.-Grau i Sociats J. Donde se trata de la situación actual de la Gestión en el mundo de la sanidad. Medicina y Fundación Hospitalaria 1995; 1(2):136-138.
- ²⁴⁵.-Howanitz P.J. Quality assurance measurements in departments of pathology and

laboratory medicine. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990; 114: 1131-1135.

²⁴⁶.-Mutimer D., Mc Cauley B., Nighthngale P., Ryan M., Peters M., Neuberger J. Computerised protocols for laboratory investigation and their effect on use of medical time and resources. J. Clin. Pathol. , 1992; 45 : 572-574.

²⁴⁷.-Andreu C. Descripción general de un sistema informatizado. Todo Hospital 1988; 45:73-79.

²⁴⁸.-Bonfill X. Epidemiología e información clínicas. En: Cuadernos de Salud Nº3; Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria 1991; 7-13.

²⁴⁹.-Escolar Castellón F., Escolar Castellón J.D., Samperiz Legarre A.L., Alonso Martínez J.L., Rubio Orbanos M.T., Martínez-Berganza Asensio M.T. Informatización de la Historia Clínica en un Servicio de Medicina Interna. Med. Clin. 1992; 99: 17-20.

²⁵⁰.-Seron Arbeola C., Montón Dito J., Avellanas Chavola M., Cegoñino Giménez J., Laplaza Marin J. Nuestra experiencia en el uso de una base de datos en una UCI polivalente. Med. Intensiva 1990; 14:126-129.

²⁵¹.-Fontanals Dotras S. La utilización de DBase III en los servicios de hospitalización. Todo Hospital 1987; 40:61-65.

²⁵².-Fabregues Aladren I. Informática y Medicina en la actualidad. JANO 1991; XLI : 67-75

²⁵³.-Ocon P. Organización de un Servicio de documentación Clínica. En: Terceras Jornadas de Documentación de Ciencias de la Salud. Sevilla1990; 37-40.

²⁵⁴.-Pollak V.E. The computer in Medicine. Its Application to medical practice, quality control, and cost containment. JAMA 1985; 253(1) : 62-68.

²⁵⁵.-Wyatt J.C. Hospital information management: the need for clinical leadership. Br. Med.

J. 1995; 311:175-178.

²⁵⁶.-Pastor-Sánchez R., López Miras A., Gérvás J. Evaluación de historias clínicas informatizadas. Med. Clin. 1996; 107:250-254.

²⁵⁷.-Rodriguez Roldan J.M., De la Fuente Sánchez M.A., Frutos del Nogal Sáez J., Rebolla Ferreiro J., López García J., Algora Weber A. Valor pronóstico de dos sistemas de clasificación de pacientes: APACHE II y Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Med. Clin. 1994; 102 :613-615.

²⁵⁸.-Rue Monre M., Artigas Raventos A., Bonfill Cosp X. Fallos en la predicción de resultados mediante APACHE II. Análisis de los errores de predicción de mortalidad en pacientes en estado crítico. Med. Clin. 1995; 105: 436.

²⁵⁹.-Unzaga M.B., Alonso B., Serna J.P. Los GDR's como instrumento de homologación de la actividad del sector sanitario privado y público. VI Jornadas de Economía de la Salud. Martínez Zahonero J.L., Rius Navarro N. Colegio de Economistas de Valencia. Comisión de economistas de la Salud, 1988 : 43-77.

²⁶⁰.-Mc Mahon L.F., Newbold R. Variation in resource use within diagnosis-related groups, the effect of severity of illness and physician practice. Med. Care 1986; 24(5): 388-397.

²⁶¹.-García Ortega C., Almenara Barrios J., Martínez Castañeda C. Conjunto mínimo básico de datos de alta como sistema de información en un hospital comarcal. Todo hospital 1996; 132: 7-12.

²⁶².-Green J., Wintfeld N. How accurate are hospital discharge data for evaluating effectiveness of care ? Med. Care 1993; 31(8):719-731.

²⁶³.-Mc Mahon L.F., Hayward R.A., Bernard A.M., Rosevear J.S., Weissfeld L.A. APACHE -L: a new severity of illness adjustment for inpatient medical care. Med. Care 1992; 30(5) :445-452.

-
- ²⁶⁴.-Selker H.P. Systems for comparing actual and predicted mortality rates: characteristics to promote cooperation in improving hospital care. Ann. Intern. Med. 1993; 118:820-822.
- ²⁶⁵.-Knaus W.A., Wagner D.P., Draper E.A., Zimmerman J.E., Bergner M., Bastos P. et al. The APACHE III prognostic Systems. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest 1991; 100 (6):1619-1636.
- ²⁶⁶.-Viana Alonso A. Calidad de vida. An. Med. Intern. 1994; 11(7): 359-361.
- ²⁶⁷.-Munilla López E. Estado de la oxigenoterapia crónica a domicilio en Zaragoza. Análisis de la calidad de vida en los pacientes con neumopatía en relación con su función pulmonar y uso de oxígeno. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza 1995; 75-87.
- ²⁶⁸.-Badia X. Sobre la adaptación trascultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. Med. Clin. 1995; 105: 56-58.
- ²⁶⁹.-Guillén Llera F., López Doniga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. Medicine 1995; 6(87) : 3845-3853.
- ²⁷⁰.-Garay Lillo J. Calidad de vida. Geriatrika 1996; 12(4): 35-37.
- ²⁷¹.-Karnovsky D.A., Abelman W.H. The use of nitrogen mustard in palliative treatment of carcinoma. Cancer 1948; 56 : 634.
- ²⁷².-Verger E., Conill C., Azpiazu P. Valor al índice de Karnofsky como indicador del pronóstico de vida en pacientes oncológicos en fase terminal. Med. Clin. 1993; 100:74.
- ²⁷³.-Bischofberger Valdes C., Otero Puime A. Análisis de los principales errores que se producen en el Informe de Alta y en el libro de registro de un hospital. Med. Clin. 1992; 98: 565-567.
- ²⁷⁴.-Cantero Rivas R. Cuestiones relativas a la historia clínica (I). La Ley-Actualidad 18

sept. 1996; 6-8.

²⁷⁵.-Sarda N., Vila R., Mira M., Canela M. Análisis de la calidad y contenido del Informe de Alta hospitalario. Med. Clin. 1993; 101: 241-244.

²⁷⁶ .-Orden del 6 setiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. En: BOE Número 221 de 14 de setiembre de 1984; 26.685-26.686.

²⁷⁷.-Martínez Jiménez R., García Benavides F. Estadísticas de mortalidad hospitalaria: exactitud del diagnóstico notificado en el libro de registros de altas. Med. Clin. 1991; 96 :765-768.

²⁷⁸.-Corn RF. Quality control of the hospital discharge data. Med. Care 1980; 28:416-426

²⁷⁹.-Bowling A., Jacobson B., Southgate L., Formby J. General practitioners' views on quality specifications for outpatients referrals and care contracts. Br. Med. J. 1991;303:292-294.

²⁸⁰.-Geitung JT., Kolstrup N., Fugelli P. Written information from hospital to primary physician about discharged patients. Tidsskr Nor. Laegeforen 1990; 110:3.132-3.135

²⁸¹.-González C.A., Agudo Trigueros A., Costa Roma J., Mir Devant L. Validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria. Med. Clin. 1987; 89 :269-271.

²⁸².-Almenar Roig F.D., Sánchez Cuesta P. Utilización de los servicios hospitalarios: bases para una adecuada planificación y gestión. En: Morbilidad hospitalaria. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum 1991.

²⁸³.-Escolar Castellón F., Samperiz Legarre A.L., Rubio Orbanos M.T., Martínez-Berganza Asensio M.T. Informatización de un servicio hospitalario. Med. Clin. 1995; 100: 236.

²⁸⁴.-Loocwood E. Accuracy of scottish hospital morbidity data. Br.J.Prev.Soc.Med.1971;

25:76-83.

²⁸⁵.-Martini C., Hughes A., Patton V. Study of the validity of the hospital activity analysis information. Br. J. Prev. Soc. Med. 1976;30:180-186.

²⁸⁶.-Demlo J., Campbell P., Brown R. Reliability of information abstracted from patients' medical records. Med. Care 1978; 16:995-1005.

²⁸⁷.-Hernández Cortés A., Ballbe C., Matud C. Análisis de una publicación sobre los errores que se producen en el informe de alta hospitalaria. Med. Clin. 1992; 99:636.

²⁸⁸.-O' Gorman J. Data accuracy and realiability . En: Lampert P., Roger F., Ed. Hospital Statistics in Europe. Bruselas. Luxemburgo, North-Holland publishing company.1982.

²⁸⁹.-Viana Alonso A., Rosa Herranz C., Portillo Pérez- Olivares H., Rodriguez Rodriguez A., Hernández Lanchas C., De la Morena Fernández J. Calidad de los informes de alta en los Servicios de Medicina Interna de Castilla - La Mancha (valoración de la estructura). An. Med. Intern. 1994; 11(1): 4-8.

²⁹⁰.-Viana Alonso A., Portillo Pérez- Olivares H., Rodriguez Rodriguez A., Hernández Lanchas C., Rosa Herranz C., De la Morena Fernández J. Calidad de los informes de alta en los Servicios de Medicina Interna de Castilla - La Mancha (valoración de la información clínica). An. Med. Intern. 1993; 10(6): 280-282.

²⁹¹.-Montero Romero E., Montañés Uncio A. Calidad del Informe de alta hospitalario. En: Información de Ciencias de la Salud. Sevilla1990

²⁹².-Bombi J.A., Sole M., Cortés M., Ramirez J. Análisis clínico patológico de unaserie de 4.222 autopsias clínicas. Med. Clin. 1987; 89: 315-320.

²⁹³.-Viana Alonso A., Delgado Cirerol V., De la Morena Fernández J. Validez de los diagnósticos finales en los informes de alta de los enfermos fallecidos en un Servicio de Medicina Interna docente. Rev. Clin .Esp. 1992; 191(6): 323-324.

-
- ²⁹⁴.-Pérez Peña Deterioro del lenguaje médico. An. Med. Intern.1994; II(3): 107-108.
- ²⁹⁵.-Díaz Rojo J.A. ¿Qué hacer con los extranjerismos lingüísticos ? Med. Clin. 1995; 105: 278-279.
- ²⁹⁶.-Viana Alonso A. Diagnóstico incierto-probable. An. Med. Intern. 1994; 11(11) : 60-61.
- ²⁹⁷.-Pujol Farriols R., Bernet Vidal H., Castell Sague J., Esquiús Soriguera J., Raguer Sanz E. Análisis de concordancia entre los diagnósticos clínicos y de autopsia en un Hospital General. An. Med. Intern. 1994; 11(8): 372-376.
- ²⁹⁸.-Viana Alonso A., Delgado Cirerol V., De la Morena Fernández J. Informe de alta y causa de fallecimiento. Rev. Clin. Esp. 1992; 191(6): 337-338.
- ²⁹⁹.-Rodriguez Artalejo F., Banegas Banegas J.R., González Enriquez J., Martín Moreno J.M., Villar Alvarez F. Análisis de decisiones clínicas. Med. Clin.1990; 94: 348-354.
- ³⁰⁰.-Utilización de los Servicios hospitalarios. Generalitat Valenciana 1991. Conselleria de Sanitat y Consum: 89-112.
- ³⁰¹.-Anderson G.F., Steinberg E.P. Hospital readmissions in the medicare population. N. Engl. J. Med. 1984; 311(21): 1349-1353.
- ³⁰².-Dunn R.B., Lewis P.A., Vetter N.J., Guy P.M., Hardman S.C., Jones R.W. Health visitor intervention to reduce days of unplanned hospital re-admission in patients recently discharged from geriatrics wards: the results of a randomised controlled study. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.1994; 18: 15-23.
- ³⁰³.-Martínez Llamas A. En: Manual de patología tabáquica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública 1980.

-
- ³⁰⁴.-Greden J.F. Dependencia del tabaco y de la cafeína. En: Tratado de Psiquiatría 21 ^a Edición. Kaplan H.I., Sadock B.J.
- ³⁰⁵.-Goodwin D.W. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Tratado de Psiquiatría 21 ^a Edición. Kaplan H.I., Sadock B.J.
- ³⁰⁶.-CIE-9^a-MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena Revisión Modificación Clínica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud 1991.
- ³⁰⁷ .-Martín Tabernero M.F., Delgado Alvarez.M.C. En: Estadística Aplicada. Tratamiento informático con STAT-VIEW 512+. Departamento de Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca 1993..
- ³⁰⁸ .-Bisquerra Alzina R. En Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa. Un enfoque informático con los paquetes BMPD Y SPSSX. LCT-4, PPU, Barcelona 1987.
- ³⁰⁹ .-Psicología matemática I y II. Martínez Arias M.R., Macia Antón M.A., Pérez Ruy-Díaz J.A. Universidad Nacional de educación a distancia. 1988 Madrid.
- ³¹⁰ .-Rubio Calvo R., Martínez Terrer T., Rubio Aranda E. En: Bases biestadísticas para el personal sanitario. Cátedra de Bioestadística Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.
- ³¹¹ .-Gil Guillen V.F., Orozco Beltrán D. En: Curso de epidemiología clínica. Estadística Básica. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad Alicante.
- ³¹² .- Hulley S.B., Cummings S.R. En: Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. Edición española, ediciones DOYMA S.A., Barcelona 1993.
- ³¹³ .-Anónimo. En: Stat-View for the Macintosh. The ultimate integrated data analysis & presentation system. Abacus Concept, Inc. Berkeley Ca., 1992.

-
- ³¹⁴ .-International Committe of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted biomedical journals. N. Engl. J. Med 1991; 324: 424-5.
- ³¹⁵ .-Anónimo. En: El periódico de Aragón 1996. Anuario de Aragón. Datos facilitados por el Instituto Aragonés de Estadística.
- ³¹⁶ .-Anónimo. En: Memoria 1993. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. INSALUD. Zaragoza 1994.
- ³¹⁷ .-Martínez Bruna M.S., Velilla Alcubilla J.P., Anderiz M. Pacientes en edad geriátrica y servicios de Medicina Interna. An. Med. Intern. 1991; 8(9): 469.
- ³¹⁸ .-Sánchez Bisono J.R., Gomez Rosich A., Amor Gea J.F., Garcia Sanchez M.J., Campoy Domene L.F., Peña Migallon-Sanchez P. Análisis de la mortalidad hospitalaria en un hospital comarcal. An. Med. Intern. 1997; 14 (2): 71-75.
- ³¹⁹ .-Anónimo. Servicio de Medicina Interna “A”. En: Memoria 1993. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. INSALUD. Zaragoza 1994.
- ³²⁰ .-Mendoza Nuñez V.M., Correa Muñoz E., Sánchez Rodriguez M., Retana Ugalde R. Modelo de atención comunitaria de núcleos Gerontológicos. Geriatría 1996; 12(10):15-21.
- ³²¹ .-González López E., Espejo Matorrales F. Hospitalización a domicilio en el medio rural difícil sin Atención Primaria. Med. Clin. 1993; 101:718.
- ³²² .-De Serdio Romero E. Las asociaciones de ayuda mutua y el médico de familia. Atenc. Prim. 1996; 18 (5):209-210.
- ³²³ .-Saint-Jean O., Kaltenbach G., Berigaud S., Pernal S., Bellot J.Ch., Bouchon J.P. Syndrome démentiel et pathologies intercurrentes chez les sujets agés. Etude de 100 patientes de plus de 75 ans en Unité de Médecine Interne Gériatrique. Rev. Med. Interne 1993; 14:182-188.

-
- ³²⁴.-Barriales Alvarez V., Rodriguez Blanco V.M., Moris de la Tassa C., Moller Bustinza I., Rodriguez Lambert J.L., Barriales Villa R. et al. Factores de riesgo en la población geriátrica. En: Aportaciones a la Medicina Interna. XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna, Madrid 1995. Editorial Libro del Año.
- ³²⁵.-Rodríguez Tapioles R., Bueno Cavanillas A., Pueyos Sánchez A., Espigares García M., Martínez González M.A., Gálvez Vargas R. Morbilidad, mortalidad y años potenciales de vida atribuibles al tabaco. Med. Clin. 1997; 108 (4): 121-128.
- ³²⁶.-Martínez Rodes P. Porcentaje de incidencia de la hipertensión arterial en Aragón. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Zaragoza 1990.
- ³²⁷.-Garcés Romero C. Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial en la población urbana de Zaragoza. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. Zaragoza 1991.
- ³²⁸ .-Anónimo. Certificación médica de la causa de defunción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1980.
- ³²⁹ .-García-Benavides F., Martínez Jiménez R., Escandon Moret C., Alen Fidalgo M. ¿Es localizable la historia clínica y el informe de alta en cada episodio asistencial? Med. Clin. 1988; 90:677.
- ³³⁰.-García-Benavides F., Alen Fidalgo S.W., Escandon Moret C. Estadísticas de la morbilidad hospitalaria: cumplimentación del Libro de Registro. Gac. Sanit. 1987; 2:49-52.
- ³³¹.-Gamero Samino M.J., Vergeles Blanca J.M., Cano Lozano M.J., Buitrago F. Repercusión de la huelga de médicos de 1995 sobre un servicio de urgencias hospitalario. Med. Clin. 1996; 107(6):237.
- ³³².-Mateu V. Spanish doctors strike over pay. Br. Med. J. 1995; 310(6991): 1355.
- ³³³.-Belmin J., Chatellier G., Bellot P., Moulias R. Effect of two French nurses' strikes on

mortality in a geriatric hospital. Am. J. Med. 1992 ; 93(2): 151-156.

³³⁴.-Ellencweig A.Y., Ginat Israeli T. Effects of the Israel physicians' strike on the treatment and outcome of acute appendicitis in Jerusalem. Isr. J. Med. Sci. 1990; 26(10): 559-563.

³³⁵.-Schlosberg A., Zilber N., Avraham F. Effects of a psychiatrists'strike on emergency psychiatric referral and admissions. Soc. Psychiatry Psychiatr.Epidemiol. 1989; 24(2):84-87.

³³⁶.-Slater P.E., Ever-Hadani P., Adler Y.,Ellenewieig A.V. Emergency department utilization during a doctors'strike. Am. J. Emerg. Med. 1984; 2(6):486-90.

³³⁷.-Monnickendam M.S., Weingarten M.A. Hospitalization survey of rural family practice. Harefuah. 1991; 120(5): 251-254.

³³⁸.-Stabler C., Schnurr L., Powell G., Stewart B., Guenter C.A. Impact of a province-wide nurses'strike on medical care in a regional referral centre. Can. Med. Assoc. J. 1984; 131: 205-210.

³³⁹.-Gjerdingen D.K., Titus S.L., Tuggle M.N. Patients'responses to short obstetrical hospital stays during a nurses'strike, Fam. Pract. Res. J. 1988; 7(4):227-235.

³⁴⁰.-Delgado Rodriguez M., Ramos Cuadra A., Bueno Cavanillas A., Jimenez Romano E., Guillen Solvas J., Galvez Vargas R. Nonincreased risk of nosocomial infection during a 22-day housekeeping personnel strike in a tertiary hospital. Infect. Control. Hosp. Epidemiol. 1993; 14(12): 706-712.

³⁴¹ .-Sigal M., Gelkopf M., Stern R. The therapeutical implication of a strike in a psychiatric ward. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 1990; 27(4): 216-223.

³⁴².-Weingarten M.A., Monnickendam M.S. The effect of direct charges on consultations in family practices a study of a doctors'strike. Fam. Pract. 1985; 2(1):35-41.