

**APLICACIÓN DE PROTOCOLO PARA EVALUACIÓN DE ESTANCIA
INAPROPIADA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Bernardo Antonio Bernal Botero MD Esp

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MEDELLÍN
2010**

**APLICACIÓN DE PROTOCOLO PARA EVALUACIÓN DE ESTANCIA
INAPROPIADA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Bernardo Antonio Bernal Botero MD Esp

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**Asesor Dr. Jorge Julián Osorio Gómez
Decano Facultad de Medicina**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MEDELLÍN
2010**

CONTENIDO

	Pág.
1 RESUMEN	3
1.1 SUMMARY	4
2 INTRODUCCIÓN	5
3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
3.1 JUSTIFICACION	7
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
4 MARCO TEÓRICO	9
4.1 CALIDAD EN LOS SERVICIOS	9
4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE	12
4.3 EVENTOS ADVERSOS	12
4.4 ESTUDIO IBEAS Y OTROS PROYECTOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	15
4.5 ESTANCIA HOPITALARIA INADECUADA	16
4.6 MARCO LEGAL	26
4.7 RESEÑA DE LA INSTITUCIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO	27
5 OBJETIVOS	30
5.1 OBJETIVO GENERAL	30
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
6 MATERIALES Y MÉTODOS	31
6.1 TIPO DE ESTUDIO	31
6.2 POBLACIÓN	31
6.3 DISEÑO MUESTRAL	31
6.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	32
6.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
6.6 RUEBA PILOTO	37
6.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	38
6.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO	38
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
8 RESULTADOS	40
9 DISCUSIÓN	50
10 CONCLUSIONES	55
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
12 ANEXOS	61

1 RESUMEN

Introducción: En la Ciudad de Medellín, en un hospital de alta complejidad, con 423 camas; durante 10 meses del año 2009, se aplicó el protocolo “APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL”, que permitió determinar la adecuación de los ingresos y estancias de los pacientes hospitalizados, mediante el uso de criterios objetivos de sencilla evaluación. **Materiales y Métodos:** El estudio fue observacional, descriptivo, transversal con prevalencia de período. Se analizó una muestra con un nivel de confianza del 95%, un error del 5%, una proporción estimada de estancia inadecuada de 25.4% y un universo de 6.090 egresos hospitalarios en tres servicios. La muestra fue de 279 historias de pacientes hospitalizados en Cirugía (95), Ortopedia (92) y Medicina Interna (92). El muestreo fue aleatorio sistemático. Los criterios de inclusión al estudio fueron pacientes hospitalizados en el servicio, por un período mayor a un día continuo, sin contar el día del alta. **Resultados:** La prevalencia de estancia inadecuada fue de 13.7% y admisión inadecuada de 14.1%. Los resultados mostraron que la mayor proporción de personas evaluadas (22.3%) eran mayores de 71 años, pertenecían al régimen subsidiado y a los niveles 2 y 3 del SISBEN, el 91.8% ingresaron por el servicio de Urgencias, principalmente los días martes, miércoles y viernes, con un porcentaje del 64.3% procedentes de Medellín. Evaluando la relación que se presenta entre ingresos y estancias, la probabilidad de que la estancia fuera inadecuada partiendo de un ingreso inadecuado fue del 40%. **Discusión y Conclusiones:** Este tipo de estudios en los hospitales, son útiles como línea de base para avanzar en el control de las estancias inadecuadas, con el fin de intervenir la seguridad del paciente como punto y eje fundamental de la atención, por cuanto deben hacerse de manera permanente y sistemática.

Palabras Clave: Seguridad, Calidad de la atención en salud, Indicadores de calidad en la atención en salud, tiempo de internación, admisión del paciente

PROTOCOL FOR IMPLEMENTATION OF IMPROPER EVALUATION OF STAY IN HOSPITAL OF THIRD LEVEL

1.1 SUMMARY

Introduction: In Medellín city, in a high complexity hospital, with 423 beds, during 10 months of 2009, the protocol " APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL", was carried out which allowed us to determine the adequacy of the admissions and stays of hospitalized patients, by using simple objective criteria of evaluation. **Materials and Methods:** The study was observational, descriptive, cross-sectional prevalence period. A sample with a confidence level of 95%, an error of 5%, an estimated proportion of inappropriate stay of 25.4% and a universe of hospital discharges in 6090 three services. The sample was about 279 charts of patients hospitalized in surgery (95), Orthopedics (92) and Internal Medicine (92). The systematic systematically random. The criteria for inclusion in the study was based on hospitalized patients in the service for a period longer than a whole day, excluding the day of discharge. **Results:** The prevalence of inappropriate stay was 13.7% and 14.1% inappropriate admissions. The results showed that the greatest number of tested people (22.3%) were older than 71 years. They belonged to the subsidized regime and levels 2 and 3 of SISBEN, 91.8% of the patients were admitted through the emergency department, specially on Tuesdays, Wednesdays and Fridays, 64.3% of which were patients from Medellín. Evaluating the correction between admissions and stays, the probability of the stay being inadequate from and inadequate admission was of 40%. **Discussion and Conclusions:** This type of study in hospitals is useful as a starting point in improving the control of inappropriate stays so that the better attention is focused on patients and should be performed on a permanent and systematic way.

Key Words: Safety, Quality of health care, quality indicators health care, length of stay, patient admission.

2. INTRODUCCIÓN

Es conocido el aumento en los últimos años de la demanda asistencial en hospitales de alta complejidad, debido a múltiples factores como la mayor esperanza de vida y el aumento de enfermedades crónicas, entre otros. Esta presión se transmite fundamentalmente en la necesidad de prestación de servicios especializados, donde se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda.

El alto índice de ocupación en los hospitales urbanos de las grandes y medianas ciudades, ha creado la necesidad de implementar estrategias para evitar o reducir las estancias de pacientes hospitalizados, que podrían recibir la misma atención en otro nivel asistencial o ser atendidos en menos tiempo.¹

Los recursos hospitalarios son limitados y su uso racional permite que la atención prestada sea más eficaz y eficiente. En los últimos años se están introduciendo en los hospitales conceptos de eficiencia y competitividad, lo que propicia la aplicación de técnicas orientadas a una mejor gestión de los recursos y a una evaluación continuada de la actividad.²

En Colombia, el sistema obligatorio de garantía de la calidad, establece la gestión de la auditoría clínica y médica, para garantizar cuidados de máxima calidad a los pacientes, a bajos costos, siendo la aplicación del APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (EAP), en nuestras instituciones, de gran importancia para el logro de este objetivo.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El área de hospitalización se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos, como consecuencia de la permanencia innecesaria de los pacientes en esta área, sin que ello conlleve a una mayor calidad asistencial.

Según J. M. Negro Álvarez y colaboradores, son múltiples las causas que pueden motivar estas estancias prolongadas: unas de carácter médico, otras derivadas de la situación socioeconómica de los pacientes y otras derivadas de la infraestructura propia del hospital, entendida esta última como el ambiente físico y los recursos tecnológicos disponibles.

Así mismo, las estancias inadecuadas aumentan los riesgos a los que se exponen los pacientes durante el mayor tiempo que permanecen hospitalizados. Esta vulnerabilidad se relaciona directamente con la seguridad que la institución debe garantizar al paciente, durante su estadía en el hospital.

Cabe la pregunta, son los eventos adversos los que están relacionados directamente con el mayor tiempo que los pacientes deben permanecer en los hospitales, o son las estancias prolongadas o las inadecuadas, las que llevan a estar hospitalizado por periodos más largos? Son estas dos circunstancias las que al parecer están relacionadas y serían las encargadas de que los riesgos a los que se exponen los pacientes en los hospitales sean cada vez mayores, en relación con los tiempos en que se deba permanecer en la institución para recibir atención médica.

Numerosos estudios han demostrado una proporción significativa de hospitalizaciones inadecuadas en varios hospitales de los Estados Unidos y Canadá, generando altos costos que pueden ser intervenidos, más aún cuando en estudios recientes como el de Vijay Aruldas, se encontró que más del 50% de la inadecuación del indicador “cama-día” era debido a razones que estaban dentro del control del hospital.³

En Colombia existen experiencias en relación con la medición de la disminución de estancias inactivas, tal es el caso de la clínica Santa Gertrudis de Envigado Antioquia, en la que mediante la aplicación del protocolo de revisión de la utilización (PRU)⁴, se pudo observar un mejoramiento a nivel de la cultura organizacional, en la utilización de

ingresos y estancias, en la optimización de los recursos y en mejores servicios para los pacientes.

En la utilización de los ingresos y estancias, se consiguió un mejor uso de la cama hospitalaria, las estancias inactivas en la Clínica se redujeron debido a la aplicación del PRU, liberando días estancia que pueden ser utilizados para evacuar represa quirúrgica u hospitalizar pacientes que ingresaron por urgencias.

3.1 JUSTIFICACION

La importancia que para los servicios de salud, tiene el análisis de la adecuación del ingreso y de la estancia de los pacientes, se basa en el interés que las instituciones han ido generando en los temas relacionados con la garantía de una óptima atención, basada en los atributos de calidad: Oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad.

En el tema de seguridad, existe una herramienta fundamental, que garantiza el seguimiento y control de todos los errores que puedan darse durante el proceso de atención, como es la gestión de los eventos adversos.

Por estudios realizados a nivel mundial sobre el tema, se han encontrado varias razones para considerar los eventos adversos de suma importancia en la consecución de sistemas de salud seguros y con atención de calidad. Se ha determinado que:

- Es un problema frecuente
- Con tendencia creciente
- Potencialmente grave
- Con gran impacto económico, sanitario y social
- Con poca cultura de notificación de los eventos adversos, cuando estos ocurren.

Cada vez que se habla de seguridad del paciente durante el proceso de atención, se piensa en daños que se producen por actividades visibles, en las que el personal de salud influye directamente, de manera consciente o inconsciente.

Pero cuando se habla de ingresos o estancias inadecuados, pocos son los que le dan importancia a estos hechos, que si se evalúan con detenimiento, nos muestra como

cada día que un usuario permanece en una cama hospitalaria, puede aumentar las posibilidades de ponerse en contacto con múltiples factores de riesgo, los que se convierten en una verdadera amenaza para la salud del individuo.

3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia y cuáles son los factores de riesgo para un ingreso y una estancia inadecuada en el servicio de hospitalización de Cirugía, Ortopedia y Medicina Interna, en un centro asistencial de tercer nivel en la ciudad de Medellín – Colombia?

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CALIDAD EN LOS SERVICIOS:

En Colombia desde hace varios años se viene hablando de calidad en los servicios de salud, como reflejo de un movimiento a nivel mundial. Es así como en el año 2006, se establece legalmente la calidad de la atención de salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.⁵

Desde entonces el concepto de calidad ha cobrado importancia y trascendencia para las instituciones de salud, a tal punto que se ha definido, su obligatorio cumplimiento. Este concepto ha perneado las organizaciones, hasta llegar a ser parte fundamental de la gestión. Su operativización conlleva a la aplicación de cinco atributos de calidad:

- **La oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

El sistema de garantía de la calidad, presenta varios componentes que enfatizan en los riesgos para los pacientes y en la seguridad de estos:

- El sistema único de habilitación –SUH- con su enfoque de riesgo y su construcción de estándares y requisitos mínimos de cumplimiento, orientados a minimizar el riesgo para el paciente, como condición mínima de funcionamiento de las Instituciones de salud.
- El sistema de información para la calidad, que desarrolla una buena parte de los indicadores de monitoreo en conceptos de riesgos para el paciente.
- El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad- PAMEC, que incorpora como uno de sus propósitos, el desarrollo de modelos de mejoramiento centrados en la seguridad del paciente.
- El sistema único de acreditación- SUA, que ha incorporado estándares específicos en el tema de seguridad del paciente, siendo el riesgo, para los usuarios de los servicios de salud, uno de los focos de mejoramiento.

En Colombia el antecedente más relevante es la formulación de la política de calidad de la atención en salud, en términos del Sistema de garantía de calidad, que incorpora el concepto de seguridad del paciente como una de las características esenciales de la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional.

4.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La seguridad del paciente, es una preocupación de los equipos de salud desde hace muchos años: Se admite que se cometen errores en la atención y que de estos se puede tener un aprendizaje organizacional.

En los últimos años, tanto a nivel mundial como nacional, se han dado a conocer un grupo de normas relacionadas con la seguridad del paciente, que vienen siendo adaptadas por las diferentes instituciones de salud y que están orientadas a normatizar aspectos relacionados con la seguridad, como elemento fundamental de la atención con calidad.

Tal como se plantea en la definición, la seguridad se ha expandido de tal manera que es transversal al proceso de atención de los pacientes desde su ingreso a una entidad hospitalaria, pasando por el proceso de atención y egreso, continuando a través del seguimiento y control posterior de los pacientes.

En el tema de seguridad, se empiezan a manejar conceptos relacionados con los errores en la gestión. Se insertan los conceptos de: ⁶

- Evento adverso: Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y es debido a error durante el diagnóstico, cuidado o tratamiento y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del paciente
- Evento adverso potencial: Ocurre cuando un error que pudo haber resultado en daño, es afortunadamente descubierto y corregido antes de que suceda. La literatura anglosajona la denomina “near miss”.
- Error clínico: Es aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables. Considerando que en el error puede estar involucrado cualquier personal asistencial y no sólo médicos, es conveniente llamarle “error clínico” en lugar de error médico. Los errores clínicos involucran entonces tanto a los eventos adversos prevenibles como a los errores sin daño.
- Error sin daño: Son aquellos errores en los procesos de atención pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia de daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte.
- Complicaciones. Son aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos.
- Reacciones adversas: Son reacciones idiosincrásicas a los medicamentos por parte de los pacientes.

Es importante resaltar que al hablar de error, se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso alude al resultado. Así mismo, estos conceptos tienen como núcleo central común la falta de intencionalidad para hacer daño, durante el proceso de atención de los pacientes.

Con este propósito, el Ministerio de la Protección Social se encuentra implementando una política nacional de seguridad, que incluye entre otras estrategias, la capacitación nacional de facilitadores en el tema, el desarrollo de herramientas de intervención en riesgos específicos y la participación en el proyecto IBEAS⁷ con otros países de Latinoamérica, en la medición e identificación de incidencia y prevalencia de los eventos adversos y los errores, como parte de un programa de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente.

ANTECEDENTES SOBRE SEGURIDAD EN SALUD

Hace alrededor de 10 años, el New England Journal of Medicine, publicó el artículo “Errar es humano”⁸ con los resultados de un estudio diseñado con el propósito de conocer la incidencia y naturaleza de los eventos adversos ocurridos a pacientes hospitalizados en los Estados Unidos.

Los autores del estudio basados en la revisión de 30.195 historias escogidas al azar, mostraron la magnitud en términos cuantitativos de los errores en la medicina encontrando que hay “una cantidad importante de lesiones causadas a los usuarios por la atención médica” y concluyeron que “la reducción de los eventos adversos requería identificar las causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”.

A partir del estudio el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, presentó una proyección numérica, donde aproximadamente de 44.000 a 98.000 americanos mueren como consecuencia de eventos adversos cada año. El estimado más bajo de 44.000 muertes, es más alto que por accidentes automovilísticos (43.458), cáncer de mama (42.297) o el SIDA (16.516). El estudio también estima que la probabilidad de sufrir un evento adverso, se incrementa en un 6% por cada día de hospitalización.

A partir de este estudio, se ha originado una ola de publicaciones, que demuestran la importancia que el tema ha generado a la comunidad médica mundial: En el estudio de Utah y Colorado⁹ se muestra una incidencia de eventos adversos de 2.9% y una Mortalidad de 8.8 % y en el de Harvard¹⁰ la incidencia es de 3.7% y el 50% podrían haberse evitado, y una mortalidad de 13.6%.

4.3 EVENTOS ADVERSOS:

Para el Ministerio de Protección Social, el evento adverso¹¹ se define como “las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado, y al incremento de los costos de no-calidad. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas”.

Son los eventos adversos, uno de los elementos que permiten operativizar el concepto de seguridad del paciente y entre estos se encuentran las estancias inadecuadas, que si bien no son en ocasiones las más importantes para las instituciones de salud, son el centro de los riesgos y cadena de posibles errores a los que se pone en contacto un paciente cada vez que permanece hospitalizado más tiempo del necesario.

El listado de eventos adversos que presenta el Ministerio de la Seguridad Social, en el Estudio IBEAS, como propuesta para la medición en Colombia de la incidencia de eventos adversos en las instituciones de salud, muestra “la estancia prolongada”, sólo en relación con el uso de medicamentos e insumos. Sin embargo este concepto es mucho más amplio y tiene que ver con las estancias no solo prolongadas, sino además inadecuadas, debidas a una serie de riesgos ante los cuales se expone el usuario, durante todo el proceso de atención en los diferentes servicios de la entidad de salud.

La seguridad, la compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas, son algunos de los elementos que constituyen la medicina moderna. Lo anterior puede tener beneficios, pero también, resultados no esperados y hacen parte del riesgo inevitable de los eventos adversos que pueden ocurrir

El tema de los eventos adversos derivados de la atención en salud, se ha venido desarrollando en el país desde hace algunos años, a la par con los avances acelerados en la industria, lo que ha hecho potencialmente dañinas las intervenciones en salud, por lo que las instituciones que se encargan del tema, deben tener en cuenta la relación riesgo-beneficio, manteniendo altos estándares de seguridad, como política de trabajo.

Tales eventos se relacionan con diferentes situaciones, según Vijay:

- Error humano (fatiga, estrés, distracción, falta de competencias técnicas y técnicas no adecuadas).
- Errores en los procesos (desconocimiento en aspectos médicos, científicos, operativos y en guías de manejo; ausencia de listas de chequeo, diseño inadecuado o falta de estandarización de procesos clínicos, falta de desarrollo o adopción de guías de atención, ausencia de compromiso gerencial con la seguridad de los pacientes y la no implementación de prácticas seguras reconocidas).

- Error del paciente y
- Error en fármaco vigilancia o tecno vigilancia

El doctor James Reason, planteó el modelo que se denomina del queso suizo, en el que entre los peligros y el daño, encontremos las deficiencias y las fallas que pueden presentarse en los diferentes procesos durante la atención. Se dice que para presentarse daño, es necesario que los diferentes problemas y las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo.

El modelo pone en evidencia fallas latentes en el proceso sistémico de la atención, las cuales una vez alineadas, llevan a la producción del error es decir, no considera la integridad de la estructura, el proceso y el resultado. Se busca entonces que cuando se produzca un evento adverso, debamos buscar los errores humanos y fallas en el sistema, con el fin de llenar el sistema de múltiples barreras de seguridad, que impidan que el daño se produzca.

El reporte desempeña varios roles con un valor crítico en la prevención de eventos adversos, el primero de ellos se asocia a la responsabilidad que se tiene en la prestación de servicios de evitar que se repita un evento adverso.

La mínima responsabilidad de un equipo de salud y de una organización de salud es la prevención de la recurrencia, situación en la cual el sistema de reporte es la herramienta por excelencia.

El Instituto de Medicina en Estados Unidos (IOM), desarrolló un proyecto para identificar la manera de unificar sistemas nacionales o estatales de reporte. Una de las principales conclusiones del documento es la definición de las áreas de dominio para un formato de reporte unificado de seguridad del paciente. Las áreas de dominio sugeridas por el IOM son:

- El primer objetivo del reporte es el análisis de caso, para prevenir la recurrencia del evento adverso identificado.
- Un segundo objetivo, ligado al anterior, es el aprendizaje institucional. Si un equipo de salud logra identificar y definir estrategias para evitar la recurrencia de un evento adverso, la manera en que la institución puede evitarla, es mediante la difusión y replicación de los aprendizajes del equipo de salud al resto de la institución. Esto implica que el propósito del reporte no es la

búsqueda de culpables para el castigo, sino el análisis causal del evento adverso para la implementación de barreras de seguridad. Es el motivo por el cual se ha dado en llamar “reporte para el aprendizaje”.

- El tercer gran propósito de un sistema de reporte para el aprendizaje, es su incidencia en la cultura organizacional. Cada miembro de la organización esta pendiente permanentemente de la ocurrencia de un error o un evento adverso, de su reporte, su análisis e intervención, de manera que la prevención de estos eventos se incorpora como parte de la rutina diaria de trabajo.
- Un cuarto propósito de los sistemas de reporte institucional es diseñarlos, de manera que sean capaces de responder a los sistemas extra institucionales. El propósito de un reporte extra institucional es el aprendizaje en seguridad de pacientes de las instituciones que participan en el reporte.

4.4 ESTUDIO IBEAS Y OTROS PROYECTOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El proyecto del estudio “Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica – IBEAS”, se realizó en varios países de América Latina y Centroamérica (Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina), con el soporte técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, con el fin de ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.¹²

Se busca conocer la prevalencia de eventos adversos en sesenta y cinco hospitales de los cinco países latinoamericanos, que permita desarrollar metodologías comparables internacionalmente y sean de fácil aplicación en nuestros países.

En Colombia participan 12 instituciones con 3192 camas hospitalarias, entre privadas y públicas, acreditadas y no acreditadas.

Los primeros resultados preliminares presentados por el Ministerio de la Protección Social, para el año 2009, mostraron en orden, el siguiente perfil de eventos adversos para el país:¹³

1° Infección Nosocomial

2° Eventos adversos ocurridos durante las intervenciones quirúrgicas ó procedimientos diagnósticos no invasivos.

3° Eventos adversos por el uso de medicamentos, sangre y hemoderivados.

4° Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Se plantea cómo en otros perfiles en la literatura mundial, se encuentran en primer lugar los eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos, sangre y hemoderivados.

En España se desarrollo además, el Estudio Nacional de Eventos Adversos ENEAS¹⁹ como el segundo más completo de Europa y el quinto a nivel mundial. Se tomó una muestra de 24 hospitales, 5.755 historias clínicas, durante una semana, con la colaboración de 128 profesionales. Se definió el Evento Adverso como un “accidente imprevisto inesperado en la historia clínica, que causa lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o muerte, derivado de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad base” Como resultado se encontró que el 8.4% de los pacientes que ingresaron presentaron eventos adversos por la asistencia sanitaria, lo que se aumenta a 9.3% si se incluyen todos los otros elementos implicados en la estancia.

Otro de los esfuerzos en seguridad del paciente que viene desarrollando el país, desde marzo del 2008, es el comité de buenas prácticas para la seguridad del paciente, creado por la Unidad Nacional de Normalización y el Observatorio para la Calidad, que viene desarrollando un esfuerzo importante en la comparación de indicadores de las diferentes Instituciones del País.

4.5 ESTANCIA HOPITALARIA INADECUADA

Existe una gran variabilidad en la prestación de los servicios de salud, lo que genera que muchas de las estancias puedan llegar a ser innecesarias. Entre las categorías que se podría tipificar como estancia hospitalaria inapropiada están: el tipo de patología que presenta el paciente, el nivel de atención que requiere, los trámites administrativos, la oportunidad en la atención, la oferta de servicios, ausencia de acudientes o familiares, accesibilidad, problemas de red, entre otros.

El conocimiento y adecuado manejo que se tenga de estas categorías, revierten gran importancia clínica y económica, ya que si se logra una racionalización de los recursos sin disminuir la calidad, se podrá mejorar la eficiencia, para la prestación de los servicios de salud.

En 1938 Glover,¹⁴ en un estudio realizado en Inglaterra, buscó una explicación a las variaciones en las causas de estancia hospitalaria inadecuada, encontrando como una de las posibles causas el tipo poblacional; pero sólo es hasta la década de los setenta cuando Wennberg y colaboradores¹⁵ midiendo la tasa de realización de amigdalectomías, histerectomías y prostatectomías en Estados Unidos, concluyen que lo más importante no es la población, ni la parte económica, sino el estilo de la práctica médica, la falta de implementación de patrones y los intereses de los pacientes y profesionales.

Para lograr el cometido de mejorar la eficiencia en la gestión, en las instituciones de salud, surgen desde la década de los años ochenta, varios instrumentos para valorar la necesidad de la hospitalización y las causas de inadecuación, entre los que están: INTENSITY SECURITY DISCHARGE CRITERIA SET, DALAY TOOL, OXFORD BED STUDY INSTRUMENT y APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP). Los instrumentos fundamentales consisten en conjuntos de criterios explícitos y objetivos, que permiten juzgar la necesidad clínica de un ingreso o de una estancia hospitalaria.

Los métodos se diferencian en su organización interna, en el número y contenido de los criterios incluidos y en las poblaciones de pacientes para los que han sido diseñados o utilizados. Una característica fundamental de todos ellos, es que no se construyen a partir del diagnóstico, sino de las dos variables determinantes de la necesidad de la hospitalización: El estado clínico del paciente y la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería que requiera.

En España, se han realizado varios estudios desde el año 1981, en que se aplicó el instrumento "The Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)", por los investigadores Restuccia JD y Gertman PM. El AEP es una herramienta importante para la gestión hospitalaria, que permite determinar la adecuación del ingreso y/o la estancia de los pacientes hospitalizados, mediante la aplicación de criterios objetivos de fácil

evaluación. Este instrumento bien aplicado, puede ser esencial para la correcta utilización de los recursos hospitalarios; concepción esencial, puesto que el uso inapropiado de estos recursos conlleva a la ineficiencia en la gestión, lo que se refleja en los presupuestos institucionales.¹⁶

Aunque las instituciones prestadoras de servicios de salud se ocupan del "uso apropiado de los recursos", encuentran difícil identificar cuándo el uso es o no apropiado; por tanto el AEP, se identifica como una herramienta útil para establecer programas de intervención dirigidos a reducir el uso hospitalario inadecuado.¹⁷

En España, se ha encontrado con la aplicación del AEP, entre 10% y 30% de estancias inadecuadas y entre 15% y 40% de ingresos inadecuados. Así mismo en la literatura mundial, se encuentran datos desde un 5% a un 10 % de ingresos inadecuados y de 15% a 20% de estancias inadecuadas.¹⁸

En el mayor número de trabajos e investigaciones revisados, se concluye que la variabilidad es multifactorial, tanto en relación con especialidades y subespecialidades, como con la atención ambulatoria y hospitalaria. Se ha encontrado que la mayor influencia la ejerce el estilo de las prácticas y las técnicas que se utilicen, y en menor grado la falta de conocimiento y evidencia científica, la oferta del servicio, la diferencia poblacional, la medicina defensiva y los incentivos económicos.

Debido a los altos costos derivados de la atención de los servicios médicos y a la falta de eficiencia y calidad en los mismos, en muchos países como Estados Unidos, España y la Comunidad Europea, se desarrollan programas de gestión del uso de la hospitalización, con instrumentos y técnicas utilizadas por los financiadores de la atención sanitaria, para gestionar los costos asistenciales, influyendo en la toma de decisiones clínicas a través de la evaluación individual de la pertinencia o idoneidad de la atención prestada.¹⁹

El protocolo de evaluación de la adecuación AEP es un instrumento con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas. Trata de identificar problemas de organización de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuando el paciente ya no requiere estar en el hospital o es ingresado sin los criterios claros del nivel de atención.

Este instrumento asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Al hablar de inadecuación no se valora la pertinencia, ni la calidad de los cuidados recibidos, sino únicamente se expresa que el proceso de atención se podrían haber realizado en un nivel asistencial inferior o en un plazo de tiempo más breve.

El protocolo AEP es una herramienta importante para los administradores responsables de la gestión hospitalaria, que les permite determinar si los ingresos y estancias son o no adecuados, mediante la aplicación de criterios objetivos de sencilla evaluación. Este instrumento bien aplicado, puede ser esencial para el correcto manejo de los recursos en las instituciones de salud.

No es un instrumento rígido, ya que no necesariamente cuando concluye un día estancia como innecesario, debe tomarse como tal. El protocolo se presenta como un instrumento de cribaje, sobre la adecuación o no de una estancia hospitalaria y determina los días médicamente inactivos, según la traducción realizada por la Dra. Susana Lorenzo Martínez.²⁰

El instrumento ofrece, para calificar una estancia como adecuada, además de la utilización de 25 criterios básicos, los llamados criterios extraordinarios; los cuales no manejan diagnósticos específicos, por lo que el estado general del paciente y no el diagnóstico, es lo que sirve de condicionante a la hospitalización para definirla como adecuada o no.

Incluye además listas de chequeo que permiten la exacta recolección de los datos y una serie de variables que pueden ser adaptadas a las necesidades de cada institución. La aplicación del AEP puede ser:¹⁶

- Retrospectiva: Evalúa toda la historia clínica desde el ingreso y continúa con el seguimiento de su estancia día a día. Ofrece una evaluación mas objetiva de los hechos, ya que los resultados no tienen una influencia directa sobre la situación del paciente. Sólo se concluye que no se cumple ningún criterio cuando se ha procedido con la revisión de todos los registros de la historia clínica que contengan datos sobre el ingreso o la estancia revisada. Los documentos de la historia clínica que son más útiles son: La evolución médica

y de enfermería, los resultados de laboratorio, las hojas de medicación y de órdenes y prescripciones médicas.

- Concurrente: Evalúa la historia clínica durante el proceso de atención del paciente, y aunque no se encuentre reunida en un mismo lugar toda la información, brinda la oportunidad de tener un contacto directo con el equipo de salud que atiende el paciente, el cual puede complementar la información requerida.
- Prospectiva: Es la evaluación previa a la admisión del paciente y aplica solamente para el protocolo de evaluación de pertinencia del ingreso. Evalúa la hoja de ingreso, especificando la razón de éste y el plan de tratamiento a seguir.

Las versiones del AEP permiten analizar tres grandes grupos de pacientes:

- Adulto médico-quirúrgico, aplicable a pacientes adultos de medicina general, cirugía y ginecología. Se evalúan criterios de ingreso y día estancia. Esta versión se divide en dos partes: la primera mide el día de ingreso y la segunda, cualquiera de los días de estancia que le siguen, con tres criterios: Cuidados médicos, de enfermería y estado del paciente. Se presenta un formato similar, con criterios adecuados para la población pediátrica.
- Pediátrico: Aplicable a partir de los seis meses de edad, igual que en los adultos, evalúa la pertinencia de ingreso y de cada día estancia.
- Cirugía Electiva: Evalúa pacientes citados para ingreso quirúrgico; determina la oportunidad del procedimiento (necesidad de días preoperatorios) y la adecuación del lugar (ingreso versus paciente ambulatorio). Los criterios de localización analizan: Comorbilidad, potenciales de complicación y necesidades postoperatorias, y los criterios de oportunidad: Evaluación preoperatorio, estado del paciente y circunstancias técnico-administrativas.

Para la aplicación del AEP se deben establecer: Los propósitos y el momento del estudio, la homologación de los profesionales que van a aplicar los criterios de validación, la evaluación por pares y la realización de una lectura detallada de la historia clínica en sus notas de ingreso y evolución médica y de enfermería, de servicio social y los resultados de laboratorio y ayudas diagnósticas, las hojas de registros de signos vitales y de órdenes clínicas, para evaluar si cada día, se cumple o no con los criterios establecidos usando el instrumento guía. Para ello, deben considerarse todos

los factores, por lo cual se estableció un número de criterios no superior a 30 para hacer más económica y viable su aplicación.

Para evaluar día estancia se toman 24 horas calendario desde el momento en que se realiza el ingreso a cada servicio de hospitalización. El día de alta no se cuenta como día estancia, por lo tanto no se evalúa.

Para que un día estancia se considere adecuado, sólo necesita cumplir con un criterio, sin embargo, cada institución que desee usar el protocolo esta en libertad de adaptarlo a sus necesidades. Una vez analizada la historia clínica, si no se encuentran criterios de adecuación, se utilizan los criterios extraordinarios, los cuales podemos definir como los que permiten validar las razones médicas no respaldadas por los criterios establecidos en el protocolo; éstos consisten en las explicaciones mas frecuentes de hospitalización innecesaria y se dividen en dos partes: La primera evalúa ingreso y la segunda el día estancia inadecuado. Cuando se determina que un día estancia en hospitalización es inadecuado, se debe determinar la razón.

Para probar la validez del instrumento, el doctor Jhoseph Restuccia y el doctor Paúl Gertman lo aplicaron en los Estados Unidos en el hospital de Boston (Yale, 1981) University Medical Center.²¹ En forma retrospectiva evaluaron los días estancias apropiadas, el propósito era medir la aplicabilidad de los criterios y las diferencias entre las enfermeras novatas y expertas en el manejo del instrumento.

El estudio incluyó un total de 100 pacientes evaluados por tres revisores. Para ayudar a disminuir los desacuerdos encontrados, se otorgó un tiempo de 10 minutos por caso; en los casos en que el paciente tenía menos de una semana de hospitalización, el tiempo asignado fue de 7 minutos. Se tuvo en cuenta todos los criterios, excepto aquellos en que los pacientes tenían toracocentesis o paracentesis. Los criterios de mayor registro, en el instrumento, fueron los relacionados con los cuidados de enfermería, entre los cuales la aplicación de terapia parenteral se encontró en un 36%; los criterios de medidas internas y externas ocuparon el 24%, el 6 % de los pacientes requería hospitalización y más del 40% de los pacientes cumplían un criterio de adecuación hospitalaria.

Entre las razones de inadecuación de la hospitalización, se encontró que: El 43% de los pacientes requerían un nivel inferior de atención, en el 24% la actitud conservadora del profesional prolongó la estancia, en el 11% por demora en el entrega de exámenes diagnósticas y en el 7% la dificultad para el traslado de pacientes a otros sitios para su cuidado.

En el estudio de Francisco Javier Luquero Alcalde, factores asociados a un mayor riesgo de estancias inadecuadas en un hospital de tercer nivel en Barcelona, resultó un 34.17% de las estancias como inadecuadas, la mayoría de éstas en mujeres mayores de 65 años, los ingresos programados y las estancias en servicios médicos. Se concluyó además que uno de los principales factores para la estancia inadecuada, era la ausencia de seguimiento continuo a la historia clínica, lo que aumentaba el riesgo en un 36% (1.27 veces), con una confiabilidad del 95%.²²

Recientemente, se aplicó el Instrumento AEP, en el desarrollo de un estudio en un hospital de tercer nivel de Valladolid España, concluyendo que: “La utilización de métodos de identificación del uso inapropiado como el AEP presenta aplicaciones tanto en planificación como en gestión hospitalaria, al permitir identificar problemas hospitalarios causantes de demoras, principalmente problemas de tipo organizativo, permitiendo el desarrollo de intervenciones encaminadas a la reducción del uso inapropiado”

El estudio es observacional, analítico de cohortes retrospectivo y contó con una muestra de 1630 ingresos, con un resultado de 54% de los ingresos con al menos un día de estancia inadecuada y una tasa de inadecuación global de 34.17%.

En Latinoamérica, en una experiencia con el AEP en un Hospital Universitario de Buenos Aires Argentina, se encontró una frecuencia de inadecuación de la admisión del 29% y en las estancias del 36% con un promedio de 7.44 días de estancia hospitalaria inadecuados.²³

A nivel nacional, se tienen los resultados del estudio pionero: “Uso de la cama hospitalaria” y los resultados de la monitoria al paciente consultador crónico, que permiten evaluar el desempeño de la consulta médica hospitalaria.

En un estudio realizado en Medellín-Colombia, se encontró una proporción de inadecuación hospitalaria del 25,4%, producto de una evaluación de la eficiencia de la estancia en las áreas de cirugía electiva infantil y de infectados del departamento de pediatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

4.5.1 Medición de la estancia inapropiada

Gertman y Restuccia presentaron en 1981 el protocolo EAP de revisión de utilización de los recursos sanitarios hospitalarios, orientado a la identificación de días innecesarios de estancia hospitalaria, sobre la base de la inexistencia de diversos procedimientos médicos, cuidados de enfermería o condiciones clínicas del paciente que justifiquen su permanencia en el hospital en un día concreto de la estancia hospitalaria.

Peiró y Col. definen como utilización inapropiada, el empleo de tecnologías sanitarias de eficacia demostrada en situaciones en las que no están indicadas, es decir, el uso de servicios hospitalarios cuando, desde el punto de vista estrictamente clínico, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo.

Durante su desarrollo, el protocolo ha sufrido diversos cambios y retoques, encaminados a clarificar su contenido y simplificar su aplicación para juzgar la adecuación de la presencia del paciente en el hospital. La evaluación de la proporción de ingresos y estancias hospitalarias se ha realizado en múltiples hospitales, a través del empleo de este, cuya validez y fiabilidad ha sido demostrada por evaluadores independientes en diversos países. El AEP se ha mostrado como una herramienta útil para el conocimiento de las estancias e ingresos inadecuados de los pacientes en hospitales de agudos y de las causas que los determinan.¹²

4.5.2 Causas de Estancia Inadecuada:

Para la medición de la estancia inadecuada como evento adverso en los hospitales, la norma 1023 de 2006, permite realizar una tipificación de éstas, en cada uno de las instituciones según su caracterización. Como ilustración se pueden determinar algunas categorías entre las cuales tenemos:

- Procedimientos médico-quirúrgicos cancelados o no programados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
- No disponibilidad de médico especialista requerido, ya sea como médico tratante o interconsultante.
- Falta de definición de conducta por especialista.
- Diferencia de criterio médico para definir conducta.
- Ayudas diagnósticas que se realizan en la institución, pendientes para definir conducta.
- Ayudas diagnósticas que se realizan en otra institución, pendientes para definir conducta.
- Falta de acudiente para trámite de alta o de autorización de procedimientos, en caso de menores de edad, discapacitados mentales o usuarios abandonados.
- En espera de autorización de la aseguradora.
- En espera de oxígeno domiciliario o cualquier otra condición, insumo, medicamento, ambulancia, etc., sin cuya garantía de suministro por fuera del hospital, no sea posible dar de alta al paciente.
- Sitio lejano de residencia del usuario.
- Errónea interpretación de coberturas y normas que rigen el sistema de seguridad social, por personal administrativo.
- No disponibilidad de medicamentos, material médico quirúrgico, equipos en el hospital necesarios para la atención del paciente.
- Remisión pendiente de aceptación por otra institución prestadora de salud, albergues, entre otros.

La asistencia en salud debe ser apropiada a las necesidades, los recursos, y el conocimiento científico; la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de eventos adversos, como la infección nosocomial.

La reducción del uso inadecuado de la estancia hospitalaria, produce a su vez una disminución de los tiempos diagnósticos que pueden reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes. El análisis de la hospitalización innecesaria permite optimizar la utilización de recursos hospitalarios e identificar las necesidades de dotación de otros tipos de unidades de apoyo.

La información sobre el uso innecesario a clínicos y gerentes se ha mostrado eficaz para reducirlo. Por tanto, es indispensable la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos como uno de los eventos trazadores de la seguridad del paciente.

4.5.3 Costos de la Estancia Inadecuada

Los Costos de la atención en salud, para los administradores de los servicios representan una herramienta gerencial esencial para la toma de decisiones, sin embargo en Colombia, aún es muy poco el desarrollo que se tiene acerca del tema, lo que dificulta el uso de información cierta en materia económica.

El gran problema para las instituciones de salud, es que no tienen una estructura de costos adecuada, por lo que se dificulta la obtención de resultados, que generen confianza en el momento de tomar decisiones.²⁴

Con el advenimiento de la ley 100 de 1.993, se plantea la necesidad de que las instituciones en salud, tengan estructurado un sistema de costos que les permita el manejo integral de los recursos, con valor técnico comprobado y aplicable.

Según la ley 734 de 2002, para que un sistema de costos sea realmente efectivo, se requiere un respaldo gerencial en su aplicación, a la vez que debe convertirse en un complemento de la contabilidad y el presupuesto.

Es importante por tanto, que los sistemas de costos sean flexibles y dinámicos y se adapten a los cambios del mercado, tanto internos como externos, del sector salud.

Debido a los altos costos derivados de la atención de los servicios médicos y a la falta de eficiencia y calidad en los mismos, en muchos países como Estados Unidos, España y la Comunidad Europea, se desarrollan programas de gestión de la utilización de la hospitalización, con instrumentos y técnicas utilizadas por los financiadores de la atención sanitaria para gestionar los costos asistenciales, influyendo en la toma de decisiones clínicas a través de la evaluación individual, de la pertinencia o idoneidad de la atención prestada.

El costo de los eventos adversos relacionados con las estancias hospitalarias inadecuadas es muy elevado, así por ejemplo en el Reino Unido, representan

aproximadamente 2.000 millones de libras al año y el pago de indemnizaciones cuesta al Estado 400 millones al año. En Estados Unidos, se estima que estos costos alcanzan un valor de entre 17.000 y 29.000 millones de dólares al año.

Por otra parte también hay que añadir el desgaste que se produce en la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.

4.6 MARCO LEGAL:

A nivel mundial y local, se tienen normas, políticas y directrices relacionadas con el Sistema de Garantía de la calidad y la seguridad del paciente. Algunas de las que revisten mayor importancia al momento de iniciar el abordaje de la seguridad del paciente, como política de trabajo en las instituciones de salud, son:

- En desarrollo del precepto constitucional establecido en los artículos 11 y 49 de la Carta Magna (Constitución Política de Colombia 1991), se propone proteger la vida y garantizar la salud de la población, y los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio, condición para garantizar la vida y la salud.
- El Decreto 2309 de octubre de 2002, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia, ahora Ministerio de la Protección Social sobre la Seguridad clínica y calidad de la atención. La seguridad clínica forma parte integral de la dimensión técnica de la calidad de atención.
- La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 2004, busca estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores.
- Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de abril 3 de 2006, del Ministerio de la protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente

de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Anexos Técnicos 1 y 2.

- Resolución 1445 de mayo 8 de 2006, del Ministerio de la Protección Social “Por medio de la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.” Y su Anexo Técnico Nro. 1 “Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación”.
- Decreto 1446 del 8 de mayo de 2006, hace parte del sistema obligatorio de garantía de calidad junto con otros componentes como son el sistema único de habilitación, el de auditoria médica, el de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el de información al usuario. Este decreto reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, junto al acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención y obliga por Ley y conmina a las instituciones de salud a lograrlas.
- Circular Externa 0030 de mayo 19 de 2006, de la Superintendencia Nacional de Salud, instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud, de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Lineamientos para la implementación de la Política de seguridad del paciente en la República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios. Bogotá noviembre de 2008.

4.7 RESEÑA DE LA INSTITUCIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

El Hospital es una Empresa Social del Estado, de categoría especial, que atiende principalmente a la población pobre y vulnerable. La Institución se ha venido fortaleciendo a través de los años para alcanzar solidez financiera y asistencial, que le permite su permanencia en un mercado de salud cada vez más competitivo, para ofrecer a la comunidad nuevos servicios y desarrollo tecnológico de punta que responda a las necesidades y expectativas de la población.

El Hospital en los últimos años viene consolidando un vigoroso proceso de transformación, en el marco de la decisión estratégica de trabajar con calidad en un modelo centrado en la persona humana, conscientes de que es el recurso que genera

mayor valor al desarrollo competitivo y tecnológico de la organización, como centro asistencial para la prestación de servicios de salud de alta complejidad.

A mediados del año 1999, el Hospital en su dinámica de desarrollo empresarial, decidió proyectar el enfoque de calidad bajo la metodología ISO 9000, logrando la certificación por parte del ICONTEC, en solamente 4 años, obteniendo el certificado ISO de calidad en todos los servicios asistenciales y administrativos.

Durante el año 2004, el Hospital fue certificado como la primera entidad hospitalaria oficial, de alta complejidad, acreditada en Colombia. Posteriormente, ha continuado en el proceso de certificación en normas de seguridad y salud ocupacional – SYSO – ISO 14001 y de seguridad ambiental – ISO 18001, entre otras.

El modelo de gestión de calidad del Hospital hace parte del direccionamiento estratégico de la Organización, para lograr mejores condiciones en la prestación de los servicios de salud y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios; acciones que requieren importantes inversiones en tecnología, en recurso humano, en infraestructura física y dotación, en programas innovadores y en investigación.

Se ha considerado la calidad como un factor determinante en el cumplimiento de la misión, la consecución de la visión y el acatamiento de los valores institucionales, convencidos que es a través de ésta, que se consigue el posicionamiento y la diferenciación con otras Instituciones de salud en un medio cada vez más informado, exigente y cambiante.

La razón de ser del Hospital es la prestación de los servicios de salud hasta la alta complejidad, seguros, oportunos y con calidez, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias, mediante procesos que desde la admisión aseguren unos resultados cada vez más satisfactorios, que redunden en bienestar y desarrollo para la comunidad.

La sensibilización al personal en los temas de calidad es fundamental, por ello se realizan visitas periódicas y sistemáticas de calidad, con los representantes de la alta gerencia a los diferentes servicios y áreas del hospital, con el objetivo de realizar

seguimiento y asesoramiento a la correcta aplicación de los estándares de habilitación y acreditación.

Un tema de trascendencia para el logro de la calidad de la atención en salud, es la identificación y control de los factores de riesgo, para evitar los eventos adversos. En efecto, el hospital a través de un análisis de estos eventos, define planes de mejoramiento por cada uno de los servicios, los que son socializados mediante reuniones administrativas, para luego realizar un seguimiento continuo a las oportunidades de mejora y a las directrices que de ellos surgen, a fin de posibilitar el cierre de los ciclos.

El Hospital hizo parte del estudio BEAS, sobre la incidencia, prevalencia y caracterización de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, liderado por el Ministerio de la Protección Social (MPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La participación en este estudio es importante para el sistema integral de calidad, porque permite mejorar los procesos de identificación, análisis y control de los diferentes escenarios y sucesos donde se presentan los eventos adversos, para que sirva de soporte en la gestión de los mismos.

La reducción de la incidencia de los eventos adversos para crear entornos de atención en salud seguros, se da de diferentes maneras, entre otras están: El fortalecimiento de procesos de vigilancia y control, el análisis de problemas y la ejecución de las medidas de corrección propuestas. Sin embargo, puede decirse que no son suficientes para lograr mantener la seguridad del paciente; este es apenas el comienzo y requiere de un manejo y evolución continua para crear una verdadera cultura de seguridad.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y los factores asociados al ingreso y la estancia inadecuada en los servicios de hospitalización de cirugía, ortopedia y medicina interna, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel, mediante la aplicación de un protocolo.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

5.2.1 Determinar la prevalencia de admisión y estancia inadecuada mediante el instrumento AEP adaptado, para los servicios de cirugía, ortopedia y medicina interna.

5.2.2 Identificar los factores de riesgo que determinan el grado de inadecuación del ingreso y de la estancia en el servicio de hospitalización de adultos, en los servicios incluidos en el estudio.

5.2.3 Caracterizar los factores causales de estancia e ingreso inadecuados, para los servicios de cirugía, ortopedia y medicina interna

5.2.4 Definir la utilidad de la aplicación sistemática del instrumento AEP, para todos los demás servicios del hospital.

6. MATERIALES Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Es estudio es observacional, descriptivo, transversal, con prevalencia de período.

6.2 POBLACION

De 17.399 egresos hospitalarios en el año 2008 en un hospital de 423 camas, se distribuyó proporcionalmente para los servicios de Cirugía (2.262), Ortopedia (2.088) y Medicina Interna (1.740), para un total de 6.090 egresos hospitalarios en los tres servicios estudiados.

6.3 DISEÑO MUESTRAL

La muestra quedó conformada por 279 pacientes hospitalizados (Cirugía 95, Ortopedia 92 y Medicina Interna 92 pacientes).

Aspectos técnicos para el cálculo del tamaño muestral:

- Confianza: 95%.
- Proporción estimada de estancia inadecuada: 25.4 %.
- Error: 5 %.
- Universo: 6.090 egresos hospitalarios de los tres servicios evaluados.

El muestreo se realizó mediante la estrategia de muestreo aleatorio sistemático, se revisaron los registros correspondientes a cada paciente, cada cinco historias clínicas electrónicas. Se inició aleatoriamente con la historia del paciente No.1, se contaron cinco registros y se revisó la historia del paciente No.6; se contaron otros cinco y se revisó la historia del paciente No.11, y así sucesivamente hasta terminar en cada uno de los servicios.

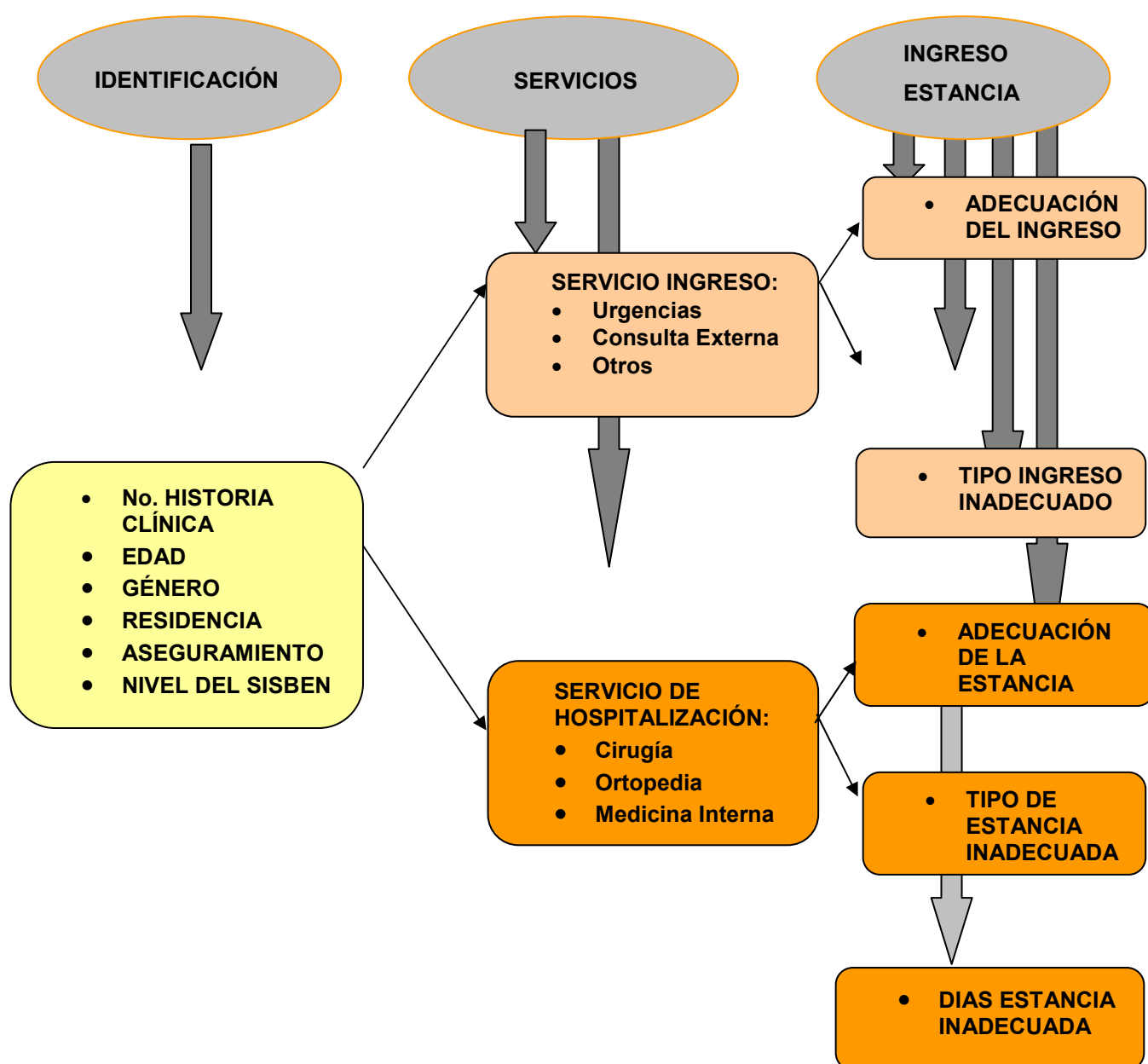
Los criterios de inclusión al estudio fueron:

- Paciente hospitalizado en las áreas de cirugía, ortopedia y medicina interna, que pertenezca a cada una de estas especialidades según el muestreo.
- Paciente que permaneció por un período mayor a un día continuo en la Institución (segundo día de estancia) hasta el día previo al alta.

6.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:

6.4.1 DIAGRAMA DE VARIABLES

Las variables que se incluyeron en el estudio, se relacionaron con: identificación, servicios a evaluar y la adecuación del ingreso y la estancia, según el siguiente esquema:



6.4.2 TABLA DE VARIABLES:

6.4.2.1 Variable Principales

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Codificación	Operacionalización
No. Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	Código	No. Historia clínica
Edad	Cuantitativa	Razón	Número	Edad en años cumplidos
Género	Cualitativa	Nominal	H Hombre M Mujer	Sexo del paciente
Municipio de residencia	Cualitativa	Nominal	Código	Municipio de residencia
Aseguramiento	Cualitativa	Nominal	1 Contributivo 2 Subsidiado 3 Vinculado 4 SOAT 5 Particular 9 No aplica	Tipo de seguro
Nivel del SISBEN	Cualitativa	Nominal	0 Desplazado 1 Uno 2 Dos 3 Tres 9 No aplica	Codificación por nivel del SISBEN
Servicio de Ingreso	Cualitativa	Nominal	1 Urgencias 2 Consulta Externa 3 Otro	Servicio por el que se ingresa al Hospital
Servicio de hospitalización	Cualitativa	Nominal	1 Cirugía 2 Ortopedia 3 Medicina Interna	Servicio en el que se hospitaliza el paciente
Fecha ingreso	Cuantitativa	Intervalo	DD/MM/AAAA	Fecha en la que ingresa a hospitalización
Día de la	Cuantitativa	Nominal	1 Lunes	Día de la semana en

Semana			2 Martes 3 Miércoles 4 Jueves 5 Viernes 6 Sábado 7 Domingo	que llega el paciente al servicio de ingreso
Ingreso Inadecuado	Cualitativa	Nominal	1 Adecuado 2 Inadecuado	Adecuación del ingreso
Estancia inadecuada	Cualitativa	Nominal	1 Adecuada 2. Inadecuada	Adecuación de la estancia
Tipo de estancia inadecuada	Cualitativa	Nominal	1 Procedimiento cancelado 2 No disponibilidad de especialista 3 Falta definir conducta 4 Diferencia de criterio médico 5 Ayuda diagnóstica pendiente 6 Oxígeno domiciliario	Codificación por tipo de estancia inadecuada
Fecha de egreso	Cuantitativa	Intervalo	DD/MM/AAAA	Fecha en que egresa de hospitalización
Días estancia	Cuantitativa	Razón	Número	Días transcurridos entre el ingreso y el egreso
Días estancia inapropiada	Cuantitativa	Razón	Número	Días transcurridos entre la causa de estancia inadecuada y el egreso

6.4.2.2 Otras Variables

Se utilizaron otras variables con el fin de determinar si el ingreso y la estancia eran o no adecuadas. Además en el momento en que se debió determinar el uso de los criterios extraordinarios. (Ver Anexo No. 1)

6.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

6.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Por ser una revisión concurrente, la información se recolectó de las historias clínicas electrónicas de los pacientes hospitalizados, las historias se evaluaron en su proceso administrativo (Organizador de pacientes), evolución médica y de enfermería, registro de órdenes médicas, resultados de laboratorio y hoja de procedimientos quirúrgicos (descripción operatoria).

Se evaluaron, en los casos que fue necesario, los anexos manuales que permanecen en las carpetas de los pacientes, donde se encuentran, la historia clínica antigua, en los casos que se requiera y que el paciente tenga en la institución o halla sido traída de otra institución; los exámenes de ayudas diagnósticas cuyos resultados no se encuentren en la historia electrónica y todos los registros del paciente, tanto administrativos como asistenciales requeridos.

Además, en los casos que requirió otros datos no contenidos ni en la historia, ni en los documentos anexos, se habló directamente con el equipo de salud que atendía al paciente con el fin de verificar la información.

6.5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el estudio se utilizó el Instrumento de recolección de información: "APPROIATENESS EVALUATION PROTOCOL - AEP". Los criterios utilizados en el instrumento, son los mismos contenidos en el manual para la revisión de la Fundación Avedis Donabedian, traducido por la doctora Susana Lorenzo Martínez, con algunas diferencias en terminología o significado de algunas variables, por situaciones muy particulares del país, del departamento y del hospital. (Ver Anexo No. 2)

El instrumento, incluyendo su aplicación, se modificó procurando compatibilizar el acuerdo con los principios metodológicos de la versión internacional y la aplicación de las condiciones específicas del país y el léxico utilizado en el contexto nacional. Además difiere del internacional en el orden de algunas secciones y en la introducción de consideraciones particulares para el mejor uso del instrumento.

Con base en los resultados de la aplicación del instrumento AEP, se utilizó una tabla para la recolección de la información de los pacientes que resultaron con estancia inadecuada, mediante la revisión de cada una de las historias clínicas. (Ver anexo No. 3)

6.5.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo de forma concurrente, para identificar los ingresos y estancias inadecuadas, con ello se logró realizar una revisión individualizada de los casos y actuar sobre las causas en relación con todo el equipo de salud responsable y la auditoría médica.

La revisión de las historias se realizó por cinco evaluadores, cuatro de ellos médicos y una enfermera profesional; entrenados en el manejo del instrumento, y con la unificación de los criterios en varias sesiones de revisión del manual operativo. Además con bases relacionadas con los conceptos de mejoramiento continuo, tal como la institución los aplica.

Primero se realizó un proceso en el cual los evaluadores se familiarizaron con los criterios, para lo que se desarrolló una prueba piloto. El primer paso para utilizar el instrumento fue leer la historia clínica electrónica para valorar si se cumplía con cada uno de los criterios. Para el ingreso se utilizaron los primeros ocho criterios y para la estancia los siguientes veintinueve.

En los de ingreso se tomó en cuenta todos los factores de los hallazgos en consulta externa, urgencias o recepción de cirugía ambulatoria, contenidos en la historia clínica inicial, examen físico, notas del médico y del personal de enfermería.

En relación con los días estancia, se cumplió con los criterios del día de hospitalización desde el ingreso al servicio, hasta las siguientes veinticuatro horas comprendidas entre la media noche y la del día siguiente, sin tomar en cuenta el día del egreso.

Solo se requiere cumplir un criterio para que se considere la hospitalización como adecuada, tanto en el ingreso, en los criterios de admisión; como en la estancia, en los criterios de estancia, condición del paciente y lo referente a los cuidados.

6.6 PRUEBA PILOTO

Se realizó, por parte de los evaluadores, una prueba piloto con el análisis de treinta historias clínicas electrónicas, se analizaron además los diferentes registros, con un instrumento inicial; logrando unificar los diferentes criterios, tanto en el uso de la terminología como en la forma de realizar las preguntas. Se encontró que:

- Algunos criterios no reportaban ninguna diferencia en los resultados.
- Se determinó incluir algunas preguntas con el fin de dar más claridad a los conceptos de ingreso o estancia inadecuada.
- Se determinó cerrar el ciclo, analizando el porcentaje de días de inadecuación y las causas que para el hospital, según la caracterización realizada, era importante evaluar.
- Variables como el aseguramiento, se debían ajustar con referencia al SOAT y al criterio de “no aplica”.
- Para lograr la correcta identificación del paciente, se verificó la necesidad de utilizar la ficha del SISBEN.
- Se identificó la necesidad de incluir las ayudas diagnósticas y complementarias, en el instrumento.
- La fecha del análisis del evento no daba una información necesaria, lo que si se podía mejorar con la fecha de egreso, que se revisó de manera retrospectiva, después del alta de los pacientes.
- Con el fin de obtener el denominador de la proporción de días estancias inadecuadas, se determinó utilizar los días totales de hospitalización,
- Se realizó un instrumento para recolectar la información necesaria después del alta del paciente, con variables como fecha de egreso, días estancia, días estancia inadecuada y tipo de estancia.

6.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para realizar un adecuado control de los errores y sesgos que pudiesen ocurrir, tanto en la medición de las diferentes variables, como en la selección de las historias a incluir en el estudio; se fijaron diversos controles a lo largo del proceso investigativo:

- Aplicación de un instrumento reconocido y validado internacionalmente (AEP).
- Proceso de unificación de criterios entre los evaluadores.
- Equipo evaluador integrado por profesionales del área de la salud, con conocimiento tanto asistencial, como administrativo.
- Estudio concurrente, lo que permite verificar la información de manera continua y oportuna.
- Aplicación objetiva del instrumento sobre información explícita en la historia clínica.

6.8 TECNICAS DE PROCESAMIENTO:

Inicialmente se registraron los datos en el programa Excel, con el fin de filtrar las variables y determinar los casos en que debían revisarse los formatos del instrumento para determinar incongruencias en los informes.

Una vez verificada la confiabilidad en la información, se llevo a cabo el registro formal de la misma en el programa estadístico PASW STATISTICS 18 (SPSS 18), obteniendo los resultados necesarios para el análisis con base en tablas y gráficas.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se realizó de acuerdo a la normatividad vigente del Ministerio de Salud, actual Ministerio de la Protección Social, resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud donde se clasifica sin ningún riesgo.

Teniendo en cuenta que el estudio no se realizó directamente con los pacientes, ni se hizo intervenciones en ellos, no fue necesario establecer acuerdos previos con los pacientes, ni firmar consentimientos para la aprobación de la revisión de la historia clínica.

Sin embargo, durante el estudio, el material se administró con absoluta reserva por parte de los evaluadores, manteniendo la garantía de la confidencialidad en el manejo de la información que se obtuvo por estos, garantizando el respeto por la persona, protegiendo sus derechos fundamentales.

8. RESULTADOS

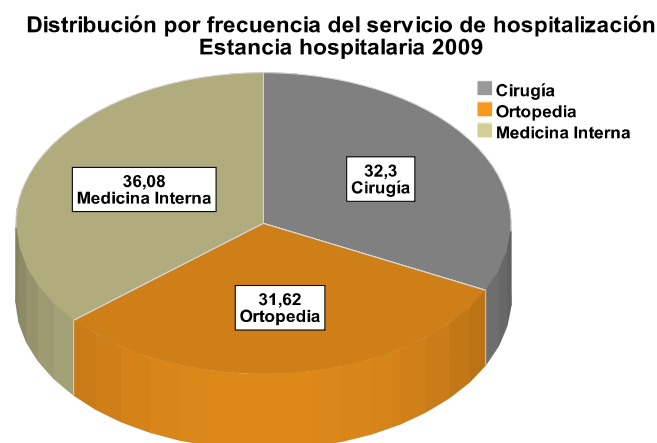
El objetivo del estudio, fue determinar la prevalencia y los factores asociados al ingreso y la estancia inadecuada en los servicios de hospitalización de cirugía, ortopedia y medicina interna, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel, de la ciudad de Medellín, durante 10 meses del año 2009, mediante la aplicación del instrumento AEP adaptado para la Institución.

El estudio, utilizó un instrumento utilizado en otros países como España, con el fin de reducir la subjetividad al determinar un ingreso a una institución de salud ó un evento de hospitalización como ingresos o estancias inadecuados.

Además de identificar los factores de riesgo que determinaron el grado de inadecuación del ingreso y de la estancia en los servicios objeto del estudio, se planteó la utilidad de la aplicación sistemática del instrumento AEP, para todos los demás servicios del hospital, con base en los resultados obtenidos y se enunció la posible utilidad de caracterizar los factores causales de esta inadecuación, con el fin de gestionarlos, y asegurar un servicio de calidad para los pacientes. (Ver anexo No. 4)

- **DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS** Ver Tabla No. 1

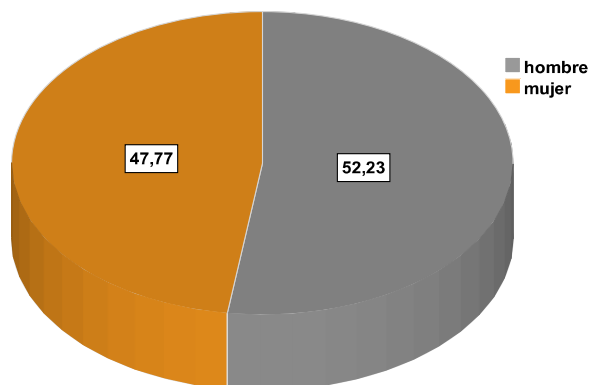
Para el estudio se alcanzó una muestra de 291 registros de pacientes hospitalizados entre febrero y noviembre de 2009, con una distribución similar en los tres servicios objeto del estudio, como se representa en el siguiente gráfico:



- **DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO** Ver Tabla No. 2

La distribución por género en la población objeto de estudio, no mostró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (valor p de 0.4564).

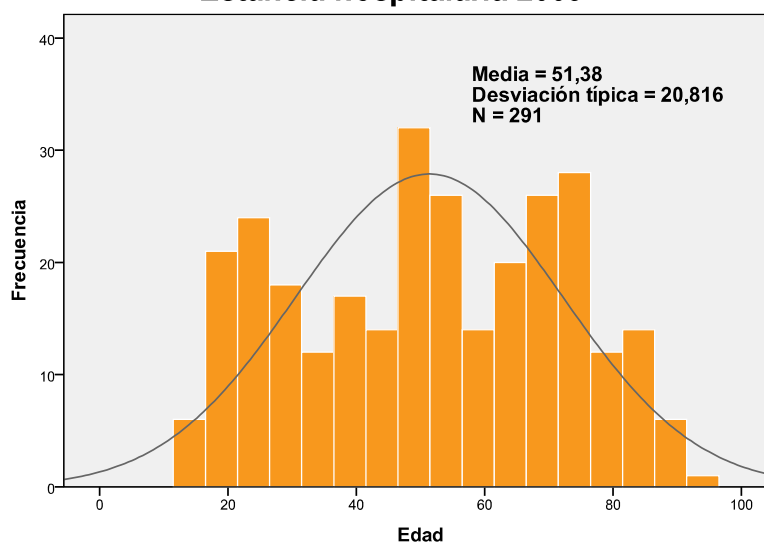
**Distribución por frecuencia relativa de género
Estancia hospitalaria 2009**



- **DISTRIBUCIÓN POR EDAD** Ver Tabla No. 3

En el gráfico de histograma de frecuencias, la distribución de la variable edad por grupos etáreos, mostró que la mayor proporción de personas evaluadas (22.3%) eran mayores de 71 años, con un límite superior de 93 años, y la menor proporción (6.5%) pacientes menores de 20 años, con un límite inferior de 14 años. Con una media de edad de 51.38 años y una mediana de 52 años.

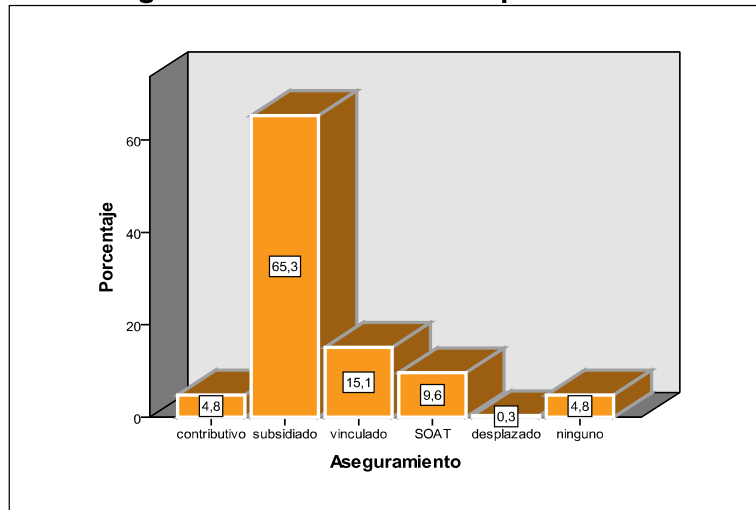
**Histograma de frecuencia por edad.
Estancia hospitalaria 2009**



- ASEGURAMIENTO Ver Tabla No. 4

El 65.3% de los pacientes de la muestra pertenecían al régimen subsidiado, significativamente mayor que los otros niveles de aseguramiento del sistema de salud: contributivo, vinculado, SOAT, desplazado y particular.

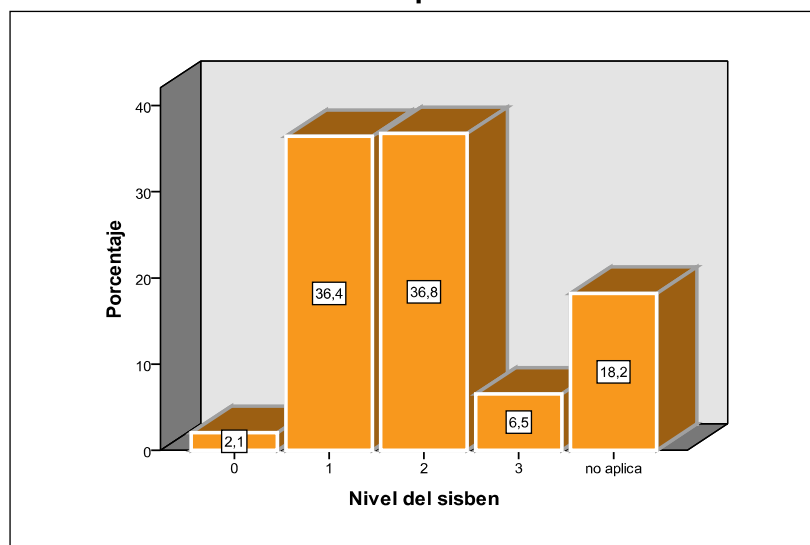
Frecuencia de usuarios según nivel de aseguramiento. Estancia hospitalaria 2009



- NIVEL DEL SISBEN Ver Tabla No. 5

En relación con el nivel del SISBEN, los mayores porcentajes estaban relacionados con niveles 2 y 3 (65.3%), solo el 2.1%, correspondía a un paciente de la muestra que pertenecían al régimen especial de desplazados y el 18.2% a pacientes particulares.

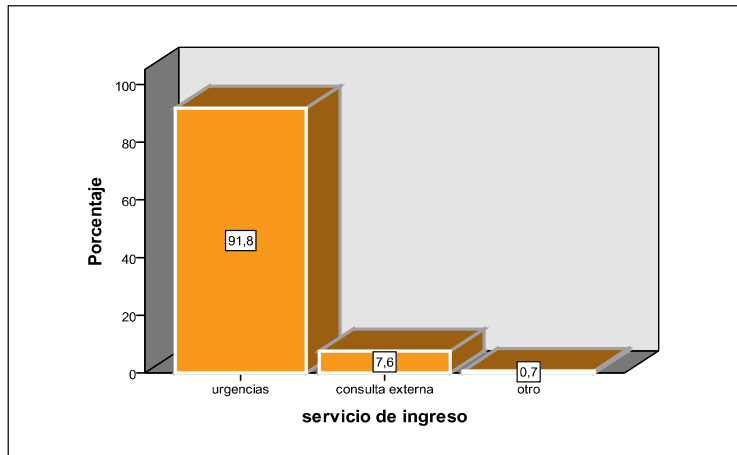
Frecuencia de usuarios según nivel de sisben. Estancia hospitalaria 2009



- **SERVICIO DE INGRESO** Ver Tabla No. 6

El 91.8% de los pacientes de la muestra ingresaron al servicio de hospitalización desde Urgencias, 7.2% desde consulta externa y solo dos pacientes (0.7%) ingresaron para programación de cirugía directamente al servicio.

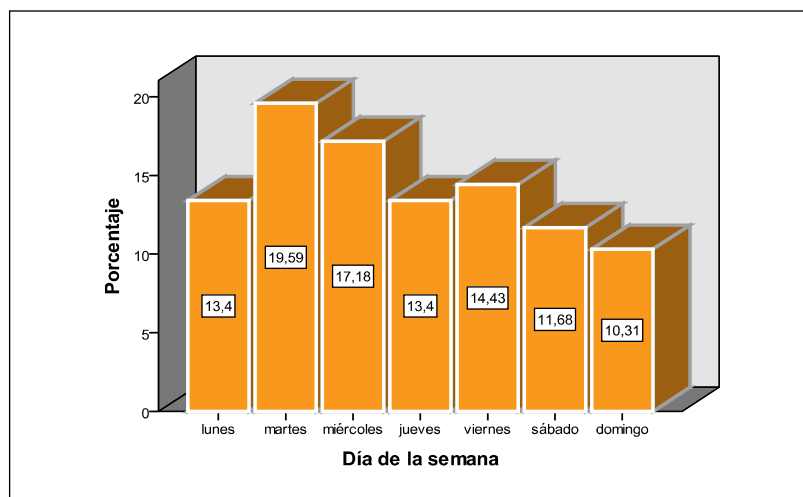
**Distribución pacientes según servicio de ingreso
Estancia hospitalaria 2009**



- **DIAS DE INGRESO** Ver Tabla No. 7

Los días de la semana de mayor ingreso de pacientes al servicio de Hospitalización fueron martes, miércoles y viernes, comparativamente con los días de la semana de menor ingreso de pacientes, sábado y domingo. Ver gráfico de distribución de frecuencias de hospitalización según día de la semana

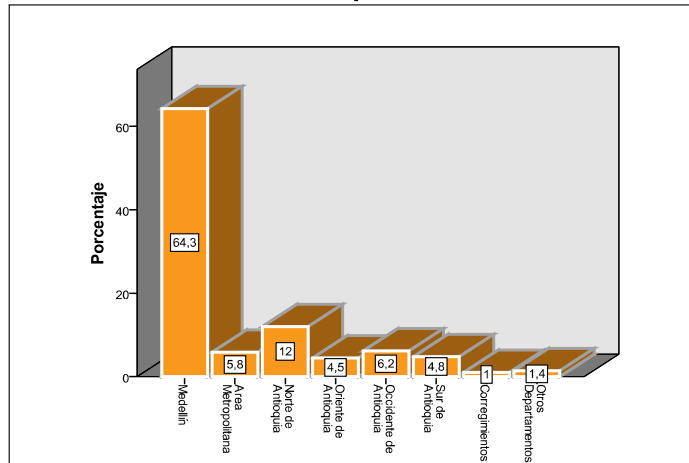
**Frecuencia de pacientes según día de ingreso
Estancia hospitalaria 2009**



- AREA DE RESIDENCIA Ver Tabla No. 8

La distribución de frecuencias por área de residencia, mostró un porcentaje del 64.3% para Medellín, seguido de Municipios del Norte de Antioquia y Occidente (12% y 6.2% respectivamente) Así mismo se observó un porcentaje del 1.4% provenientes de otros Departamentos (Ciudades de Cartagena, La Calera y Juan de Acosta).

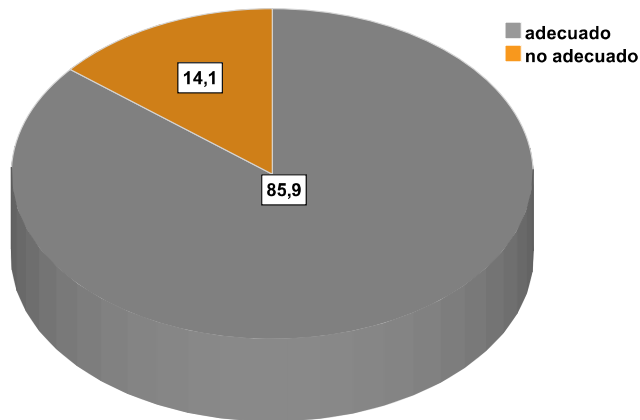
**Frecuencia de pacientes según área de residencia
Estancia hospitalaria 2009**



- INGRESO INADECUADO: Ver Tabla No. 9

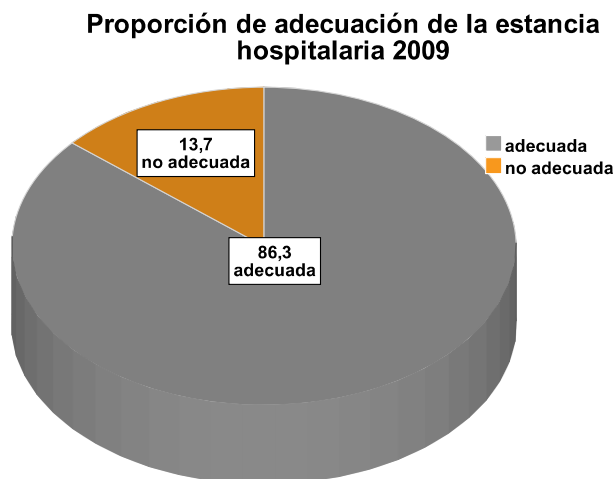
Con la aplicación del instrumento se logró determinar un porcentaje de pacientes con ingreso inadecuado al hospital del 14.1%, correspondiente a 41 pacientes del total de la muestra de 291 ingresos.

**Proporción de adecuación del ingreso
Estancia hospitalaria 2009**



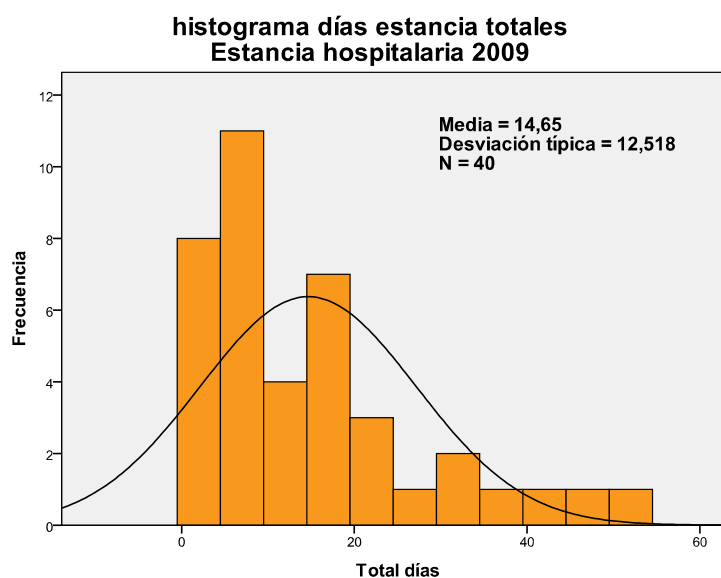
- ESTANCIA INADECUADA: Ver Tabla No. 10

En relación con el porcentaje de pacientes con estancia inadecuada en los servicios de cirugía, ortopedia y medicina interna, se determinó que el 13.7%, correspondiente a 40 pacientes del total de la muestra cumplían con esa condición.



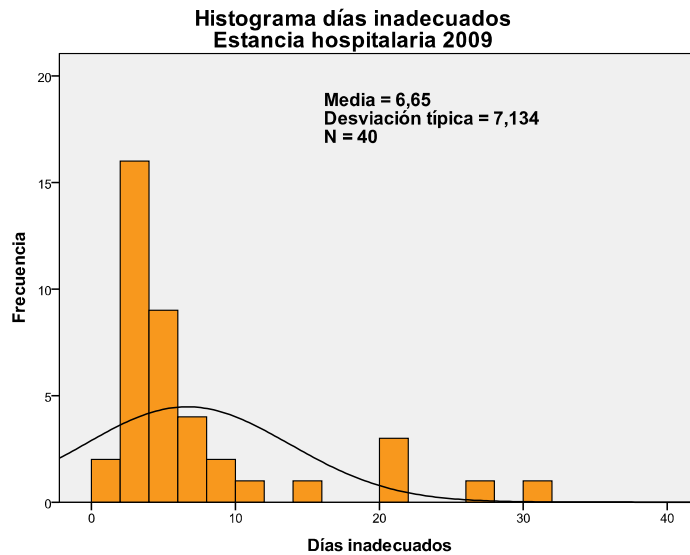
- NÚMERO DE DIAS ESTANCIA Ver Tabla No. 11

En la evaluación de los 40 pacientes que presentaron estancia inadecuada, se observó como el total de días fue de 226, con un valor mínimo de 2 días y un valor máximo de 50 días, con una desviación de 12.5, más hacia el lado menor.



- DIAS ESTANCIA INADECUADA Ver Tabla No. 12

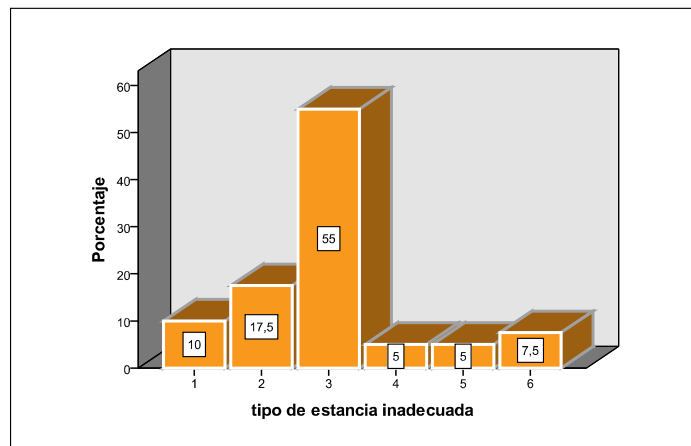
En cuanto a los días estancia inadecuada, determinados en los 40 pacientes, desde el momento que se determinó esta y el momento del alta, con un límite superior de 30 días e inferior de 1 día, con una media de 6.65 y una desviación de 7.13, más hacia el lado menor.



- TIPO DE ESTANCIA INADECUADA Ver Tabla No. 13

En referencia al tipo de estancia inadecuada, se determinó que la principal causa es la falta de definición de conducta por parte del especialista con más de la mitad de los casos (55%), seguido de no disponibilidad de especialista (17.5) y procedimiento cancelado por motivos propios de la institución (10%).

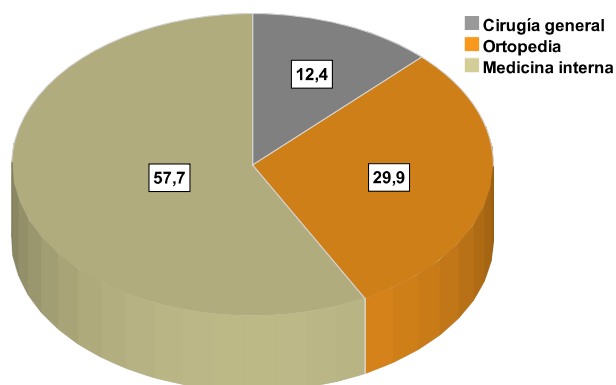
Frecuencia de tipo de estancia inadecuada Estancia hospitalaria 2009



- ESTANCIA INADECUADA POR SERVICIO EVALUADO: Ver Tabla No. 14

Con relación a cada uno de los servicios de hospitalización, se observó como el de mayor porcentaje es medicina interna (57.7%), correspondiente a más de la mitad de las estancias prolongadas, seguido de ortopedia (29.9%) y finalmente cirugía general con un porcentaje menor (12.4%)

Distribución proporcional de estancia inadecuada por servicio evaluado 2009



- ESTANCIA INADECUADA POR GÉNERO:

Con relación a la adecuación de la estancia, en relación con el género de los pacientes para cada uno de los servicios de hospitalización, se observó como la prevalencia se presenta en hombres en 14.5%, mientras que para las mujeres es del 12.9%, lo que no muestra una diferencia estadísticamente significativa.

Distribución proporcional estancia inadecuada por género 2009

Tipo de estancia	Género	
	hombre	mujer
Adecuación estancia Adecuada	130	121
no adecuada	22	18

- RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO DE LOS PACIENTES Y EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

El mayor porcentaje de los hombres, se hospitalizó en el servicio de Ortopedia (46.7%), mientras que en el caso de las mujeres, el mayor porcentaje estuvo en el servicio de medicina interna y cirugía (43.9% y 41% respectivamente).

Relación Género y Servicio de Hospitalización		Servicio de hospitalización		
		Cirugía	Ortopedia	Medicina Interna
Género	Hombre	37	71	44
	Mujer	57	21	61

- RELACIÓN ENTRE LA ADECUACIÓN DE LA ESTANCIA Y LOS DÍAS DE LA SEMANA EN QUE SE DA EL INGRESO

En relación con los ingresos que se presentaron cada día de la semana y las estancias inadecuadas en el servicio de hospitalización, se observó cómo el 19% de estas se da el día viernes, seguido del sábado con 17.6% y la más baja relación se presentó el día domingo con un 6.7%. El resto de los días de la semana, se observó un comportamiento similar.

Días de la semana	Adecuación estancia	
	adecuada	No adecuada
Lunes	34	5
Martes	49	8
Miércoles	44	6
Jueves	34	5
Viernes	34	8
Sábado	28	6
Domingo	28	2

- RELACIÓN ENTRE EL INGRESO INADECUADO Y LA POSTERIOR ESTANCIA INADECUADA

Evaluando la relación que se presenta entre ingresos y estancias, se encontró que la probabilidad de que la estancia fuera inadecuada cuando el ingreso fue inadecuado era del 40%

Relación entre Ingreso y Estancia Inadecuados		Adecuación estancia	
		adecuada	no adecuada
Adecuación ingreso	Adecuado	226	24
	No adecuado	25	16

- RELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA INADECUADA Y EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Existe una relación entre las estancias inadecuadas y el servicio de medicina interna, donde se presentó el mayor porcentaje (29.3%), mientras que en ortopedia el porcentaje era de 13% y en cirugía el más bajo 5.3%

Relación entre estancia y servicio de hospitalización		Servicio de hospitalización		
		Cirugía	Ortopedi a	Medicina Interna
Adecuación estancia	Adecuada	89	80	82
	no adecuada	5	12	23

9. DISCUSION

Como efecto de este estudio realizado durante el año 2009, de los 291 pacientes evaluados, se detectaron 40 usuarios del servicio de hospitalización con estancia inadecuada, lo que correspondió a una prevalencia de 13.7%, y una admisión inadecuada en 41 pacientes correspondiente al 14.1%.

La estancia hospitalaria inadecuada se definió en el estudio, como la permanencia de los usuarios en el servicio de hospitalización, sin justificación médica para continuar interno en la Institución, como en el caso de los pacientes a los que no se les define oportunamente el alta, a pesar de haber terminado su tratamiento antibiótico, o se les cancelan los procedimientos quirúrgicos y no se les programan nuevamente, entre otros factores.

En esta investigación, la estancia inadecuada se determinó con un valor inferior a los ya encontrados en los estudios revisados, principalmente en España, donde A. Pérez y colaboradores determinaron una tasa de inadecuación global de 34,17% (IC 95%); sin embargo, presentan tasas por servicios médicos de 1.01% hasta 54.95% y en servicios quirúrgicos del 12.16% al 41.96%.²⁴

En el grupo de pacientes con estancia inadecuada, el total de días de permanencia en el servicio de hospitalización fue de 571, de los cuales se consideraron como no adecuados 226 días, equivalente a 39.6% y a una media de 6.65 días por paciente, lo que implica un aumento en los costos y en la exposición a otros riesgos hospitalarios.

Del total de estancias inadecuadas, además el 40% de los pacientes presentaron un ingreso inadecuado (16 pacientes). Así de cada 10 pacientes, 4 presentaron relación entre el ingreso inadecuado y la posterior estancia inadecuada, lo que demuestra la importancia que desde el ingreso a las Instituciones de salud, los usuarios sean clasificados mediante el proceso del triage y se determine muy bien el nivel de atención y los recursos con que cuenta la Institución para ofrecer una atención integral.

El servicio que presentó un mayor porcentaje de estancias inadecuadas fue medicina interna (57.7%), seguido de ortopedia (29.9%) y por último cirugía (12.4%). A pesar de

la diferencia en porcentaje de estos resultados, se coincide con el estudio de A. Pérez y colaboradores, donde se evidencia un mayor porcentaje de riesgo para presentar una estancia inadecuada en los servicios no quirúrgicos del 38,47% con relación a los quirúrgicos que fue de 30,95%.

El anterior resultado se correlaciona con la presencia de especialista para los servicios de cirugía y ortopedia durante las 24 horas del día, mientras que las deficiencias en el cubrimiento de medicina interna, influyen en el porcentaje final.

Así mismo, se notó una diferencia marcada en relación con el género y las patologías que se manejan en los diferentes servicios, siendo el género masculino el que más uso hace de los servicios de ortopedia, relacionado principalmente con los accidentes atendidos mediante el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), cuya estancia es más fácil de evidenciar. Mientras que las mujeres, hicieron mayor uso de los servicios de cirugía y medicina interna, con estancias más prolongadas por tratarse de enfermedades crónicas, que requieren mayor tiempo de hospitalización.

El orden de identificación de los factores de riesgo en la investigación, relacionados con la estancia hospitalaria inadecuada, en proporción con la investigación de A. Pérez y colaboradores, fue:

- Falta de definición de conducta por parte del especialista (55%), lo que en el estudio español representó solo el 21,5%, ocupando el último lugar.
- No disponibilidad de especialista, principalmente para el servicio de Medicina interna (17.5%), en relación directa con el servicio que presenta el mayor porcentaje de estancias inadecuadas (29.3%)
- Procedimientos cancelados por problemas relacionados directamente con la institución (10%).
- Problemas administrativos relacionados con la entrega de oxígeno domiciliario (7.5%)
- Diferencias de criterio médico, lo que dificulta la toma de decisiones acerca de la necesidad de permanencia en el hospital (7.0%)
- Ayudas diagnósticas pendientes de realizar, para la toma de decisiones (5.0%), para ellos 28,1%, ocupando el segundo lugar.

Cuando se observa este tipo de comportamiento, se puede decir que la estancia inadecuada está relacionada principalmente con la falta de definición de la conducta ó el alta, por parte del especialista, lo que hace que los pacientes permanezcan más tiempo del necesario para que se les resuelvan sus problema de salud, sometiénolos a esperas prolongadas en relación con la definición de conductas oportunas.

A este punto se suma la diferencia de criterio entre los médicos que atienden al paciente o entre los diferentes especialistas, en caso de requerirse más de una opinión. Esta circunstancia hace que las conductas demoren en ser tomadas y por consiguiente los pacientes deban permanecer, sin conducta definida, una mayor lapso de tiempo.

Otra de las variables que se nota en la inadecuación de las estancias, es la falta de disponibilidad de especialistas, fenómeno que se relaciona directamente con servicios como medicina interna, lo cual es una debilidad que sobrepasa las posibilidades financieras de las entidades y se convierte en un problema de oferta y demanda en los servicios de salud, replicable en todas las instituciones del país.

Además de problemas con la oferta de servicios, existen otro tipo de circunstancias que tienen varios aspectos relevantes, como los relacionados directamente con la cancelación de cirugías y procedimientos por ayunos no realizados, falta de profilaxis, problemas relacionados con la administración de los quirófanos o de personal, priorización de pacientes urgentes, entre otros; disminuyendo la oportunidad en la atención.

También se observaron dificultades con los resultados de las ayudas diagnósticas y los exámenes de laboratorio, que se convierten en otra de las causas que puede influir directamente en que la calidad en la atención se vea afectada, tal como se observa en la no continuidad de los tratamientos y la falta de relación pertinencia – oportunidad para la toma de decisiones.

Por último, se presentan problemas administrativos, principalmente relacionados con la falta de oxígeno domiciliario, que requiere ser tramitado y autorizado por entes externos al hospital y que no dependen directamente de decisiones propias, sino de la

rapidez y efectividad con la que se logren los trámites entre las diversas entidades a las que pertenece el paciente.

Referente a los resultados de los ingresos inadecuados al Hospital, se encontraron varios aspectos relacionados con la red de servicios, la accesibilidad restringida y la falta de oferta. Estos aspectos y su peso porcentual, se resumen así:

- Requerimiento del paciente de un nivel inferior de atención, dentro de la red de servicios (29.2%). Un comportamiento similar se refleja en el estudio de A. Pérez, en que ocupa el primer lugar de inadecuación con un 31,2%.²³
- Paciente que requiere de cuidados paliativos, para lo que el Hospital no cuenta con el servicio (26.8%)
- Pruebas diagnósticas o tratamientos que pueden realizarse en consulta externa y por tanto no requieren hospitalización (19.5%)
- Admisión de pacientes los días previos, sin tener en cuenta los días de no trabajo para determinados procedimientos, en fines de semana y festivos (17.6%). Para el caso de estancias inadecuadas, se observa como los días de mayor ingreso de pacientes, para exámenes y procedimientos que solo se realizaban durante el día o durante los días ordinarios y no en festivos y fines de semana, fueron los viernes y sábados (19% y 17.6% respectivamente).
- Procedimiento quirúrgico que puede ser ambulatorio y para el cual en ocasiones se hospitaliza al paciente días previos, sin contar con la disponibilidad de turnos en cirugía o con los problemas administrativos (9.7%)
- Ingreso prematuro un día o más a la citación de las pruebas (7.3%) que se presentó en el 50% de los casos los días sábado, cuando no estaba funcionando el servicio de consulta externa y los pacientes se hospitalizaban, debiendo esperar varios días para la realización de los exámenes. Lo que en el estudio español representó un puesto importante con un 22,8%²³.
- Por último, cancelación de citas para exámenes diagnósticos en el paciente cuando ya sólo está hospitalizado por este motivo. (2.4%)

Respecto a otros resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta, se tiene que:

- Los pacientes de mayor edad sin relación con el sexo (Mayores de 60 años), ingresaron en la mayoría de los casos al servicio de Medicina Interna (51.4%), en tanto que los de edades menores (Menos de 30 años) ingresaron al servicio de Ortopedia (48.4%), siendo en su gran mayoría atendidos por

accidentes de tránsito (83.9%) mediante el seguro del SOAT en el 46.2% de los casos.

- Cuando se evaluaron cada uno de los grupos por sexo, se encontró que en el grupo de hombres de todas las edades, el 46.7% se hospitalizaron en el servicio de Ortopedia y de éstos, cuando se revisa la distribución por edades, se encontró que el 62.0% estaba en edades comprendidas entre los 21 y 50 años, confirmando la mayor tendencia a recibir pacientes jóvenes, principalmente con diagnósticos relacionados con accidentes de tránsito con diagnósticos de fracturas, contusiones, traumas intracraneanos y de tejidos blandos, entre los más representativos.
- En el grupo de las mujeres de todas las edades, el 43.9% pertenecían al servicio de medicina interna, y de éstas el 63.9%, pertenecían al grupo de edad mayores de 50 años. Confirmando a medicina interna como el servicio en donde más se presentan estancias prolongadas, con diagnósticos de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, renales y tumores.
- En cuanto al municipio de residencia, se observa que la mayoría de pacientes pertenecen a la ciudad de Medellín (64.3%), o al menos se registran como residentes en esta ciudad, mientras que una proporción menor (35.7%), son habitantes de otros municipios del área metropolitana y del Departamento de Antioquia; únicamente se registraron cuatro pacientes provenientes de otros departamentos del país (dos de Cartagena, uno de La Calera y otro más de San Juan de Acosta), confirmando la responsabilidad social que tiene el Hospital, con los habitantes que geográficamente le corresponde atender, garantizando accesibilidad a la población asignada.
- Se evidenció que en el régimen de Seguridad Social, el 90.9 % de los pacientes subsidiados fueron clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN, igualmente el 84.1% de los pacientes del régimen vinculado fueron clasificados en los niveles 1 y 2, lo que demuestra que se atiende una población con necesidades básicas insatisfechas, que en ocasiones repercute directamente en los tiempos que deban permanecer en el hospital, en espera de familiares o personas responsables de los pacientes, para realizar trámites administrativos o para hacerse cargo de estos, cuando se da el alta.

10. CONCLUSIONES

Para las Instituciones de Salud de alta complejidad, la aplicación de este tipo de instrumentos permite determinar, de primera mano, mediante un seguimiento continuo, uno de los eventos adversos que se puede catalogar entre los de mayores consecuencias para los pacientes y el Sistema de Seguridad Social en el país.

Las estancias prolongadas producen un incremento en los tiempos y los costos de atención, al igual que en las probabilidades de sufrir otro tipo de evento adverso, debido a la mayor exposición del paciente a riesgos durante el tiempo que permanezca hospitalizado.

Los resultados de este estudio de investigación son inferibles a los servicios de las especialidades básicas de adultos en un hospital de tercer nivel específico (Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia), los que presentan resultados de adecuación en la admisión y la estancia, importantes para tener en cuenta y poder partir de una línea basal que, comparativamente con estudios realizados en hospitales de España, es significativamente inferior (34.1% versus 13.7%).

El instrumento tiene valor en tanto busca mostrar una serie de datos que son importantes para una Institución en particular, lo que hace comparable los diferentes servicios a nivel interno, según el comportamiento intrainstitucional, y a nivel externo, con instituciones de la misma complejidad y similitud en prestación de servicios.

Analizados los datos que esta clase de investigaciones descriptivas arrojan, se hace necesario adaptar los resultados a la normatividad de cada país y su realidad interna, con sus particularidades, y muy importante, con el desarrollo que se ha adquirido en los sistemas de calidad, específicamente para este caso en la gestión de eventos adversos.

Se observa cómo el problema de las estancias inadecuadas, no es sólo de tiempos o falta de decisiones de los especialistas, sino que muestra, partiendo de casos específicos, parte de las deficiencias y los problemas que el mismo Sistema de Salud en Colombia presenta en la distribución de los servicios, y el cubrimiento con los diferentes regímenes.

Cuando se analizan los porcentajes de ingresos inadecuados, en un sistema en el que aún continúan presentándose problemas con la red de servicios, en el que los pacientes deben recibir la atención en un lugar que en ocasiones no les corresponde, por falta de instituciones o por los problemas de recursos escasos, no es de ninguna manera difícil encontrar cifras cercanas al 15%, como en el estudio se observó.

Es necesario por tanto, clarificar por parte de cada una de las instituciones de salud, los criterios para la recepción de pacientes, con el fin disminuir hasta el 40% de estancias hospitalarias que se relacionaron con el mismo tipo con ingresos inadecuados.

En Colombia se han ido fortaleciendo las Instituciones a medida que se deben adaptar a las nuevas normas y circunstancias que se le presentan en la gerencia del día a día, buscando no sólo ser más eficientes en el manejo de presupuestos y contención de costos, sino además en el cumplimiento de indicadores de eficiencia, que cada vez, en el actual Sistema de Salud, son difíciles de lograr cuando se debe cubrir una población que es subsidiada en su mayoría y que requieren ser atendida por las instituciones públicas.

Esta identificación de riesgo es fundamental para la formulación de planes de mejoramiento acordes con la realidad de cada una de las instituciones y no solo con conceptos teóricos que es necesario validar. Esto sería lo que nos puede asegurar un manejo adecuado del seguimiento de riesgos que la norma implica.

Otro de los factores importantes que no se puede perder de vista, es la provisión de servicios de mejor calidad (adaptada a la realidad del país y de las Instituciones de Salud), con el fin de no justificar una disminución de ésta, en el hecho de cumplir con unos tiempos de estancia establecidos en la literatura u obtenidos de los datos históricos de las Instituciones.

Son algunos elementos los que debemos controlar, cuando pretendemos mejorar los tiempos y servicios en las instituciones de salud, como son la disminución de la espera para la atención, oportunidad para las diferentes ayudas diagnósticas y de

complementación terapéutica, lo mismo la mejora de oportunidad y accesibilidad a los procedimientos quirúrgicos para toda la población.

La estancia hospitalaria inadecuada, medida en una institución de este nivel, nos permite determinar puntos específicos que se deben corregir, con el fin no solo de dar al paciente la seguridad de su atención, sino lo más importante, lograr que los servicios de salud, mediante un proceso de aprendizaje, se conviertan en pieza clave para lograr que el sistema de salud en Colombia se vuelva cada vez más equitativo y cumpla con los principios para los cuales fue concebido.

La prevalencia de estancia inadecuada es un indicador de evaluación que se debe implementar en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, con el propósito de utilizar eficientemente los recursos y reducir el riesgo de eventos adversos propios de la hospitalización, como también favorecer la recuperación ambulatoria de los pacientes en un ambiente familiar, con el consecuente efecto en la economía de la población usuaria de la Institución de salud.

Este es un indicador útil para evaluar la gestión de los profesionales de la salud, para definir los requerimientos hospitalarios de los pacientes. Cuando ésta se vuelve prolongada, significa que la estancia del paciente en el hospital no es justificable y se requiere implementar medidas para ofrecer la mejor conducta: remisión o contra remisión, seguimiento ambulatorio, educación a familiares sobre los cuidados, estrategias de hospitalización en casa, entre otras.

Es importante valorar este indicador continuamente, porque al interior de los hospitales se presentan riesgos adicionales para los pacientes, que podrían desencadenar en eventos adversos, como la infección intra hospitalaria, caídas, tratamientos inadecuados, abusos, entre otros posibles.

En conclusión, este tipo de estudios en las Instituciones de Salud, se realizan para tener el diagnóstico de la situación en un momento dado, con el propósito de partir de una línea base y hacer todos los esfuerzos necesarios para que mediante el control de las estancias inadecuadas, como factor de riesgo, se logre intervenir en el manejo de la seguridad del paciente como punto y eje fundamental en el que se deben apoyar las instituciones de salud.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 65-71.
- ² Negro Alvarez, J.M.; Guerrero Fernández, M.; Ferrándiz Gomís R. El Protocolo de la Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización (The Appropriateness Evaluation Protocol) en *Alergología*.; Vol. 13 (Núm. 3): pp. 171 - 180.
- ³ Vijay, A. Protocolo de la evaluación de la conveniencia: Una aplicación en un hospital de multi-especialidad, *Vikalpa*. Julio - Septiembre de 1999; Volumen 24 (Número tres).
- ⁴ Ministerio de la Protección Social. Francisco Raúl Restrepo. *Eficiencia con Calidad y Seguridad para el Paciente. Métodos de Revisión de la Utilización*. 2009.
- ⁵ Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006. SOGC. Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abril 3 de 2006.
- ⁶ Franco, Astolfo MD. *Conceptos: La Seguridad Clínica de los pacientes: Entendiendo el problema*.
- ⁷ Ministerio de la Protección Social. *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud*. 2009.
- ⁸ James Reason. *Human error: Models and management* MA: Cambridge University Press *BMJ* Vol. 320 18. MARCH 2000.
- ⁹ Granande, A.; Thomas, E.; Zinner, M.; Brennan, T. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992-1999: 122:66 - 75.
- ¹⁰ Leape, L.; Brennan, T.; Laird, N.; Lauurthers, A.; Localio, A.; Barnes, B. et al. The nature of adverse events in Hospitalized patients: Results of the Harvard medical practice study II.1991: 324:377-84.
- ¹¹ República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1446 Mayo 8 de 2006.

-
- ¹² Gertman, P.M.; Resutuccia J.D. Related Articles. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care.1981: 855-71.
- ¹³ Universidad Nacional de Colombia. Un Periódico. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.unperiodico.unal.edu.co. Consultado: Mayo de 2010.
- ¹⁴ Glover, J.A. The incidence on tonsillectomy in school children.1998, 31:1319-36.
- ¹⁵ Weenberg, J.E.; Gittelsohn, A.M. Variations in medical care among small areas. Sci Am 1982; 264: 100-104.
- ¹⁶ APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL. Manual para la revisión. Dr. J.D. Restuccia Fundación Avedis Donabedian. Protocolo de la Evaluación de la Adecuación EAP. Traducción: Dra. Susana Lorenzo Martínez en 2002.
- ¹⁷ Saldana M y C. Revista Gestión Hospitalaria1996; (1): 10 - 19.
- ¹⁸ Cuende Melero, N.; Galillea, M. J. y C. Gestión de la utilización hospitalaria en los servicios médicos del Hospital. La Paz, mediante EAP.1995: 103-113.
- ¹⁹ Aranáz Andrés, J.M. Estudio Nacional sobre Eventos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Informe Febrero de 2006.
- ²⁰ Gertman, P.M.; Resutuccia J.D. Related Articles. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care.1981: 85.
- ²¹ Resutuccia, J.; Gertman, P.M. The Appropriateness Evaluation Protocol: A technique for assessin unnecessary Days of Hospital Care. Agosto de 1981; Vol. XIX (No. 8): Pág. 865 - 868.
- ²² Luquero, Francisco J. et al. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. 2008; Vol. 22 (n.1 (Citado 2009-11-30)): pp. 48-51.
- ²³ Ríos, J.; Fazzari, P.; Lugano, I. Evaluación de la Utilización Hospitalaria Inadecuada. Una experiencia con el EAP en un Hospital Universitario. Disponible en <http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhosp/mesa4/1.pdf>.

²⁴ A. Pérez-Rubio, S. Santos, F. J. Luquero, S. Tamames, et al. Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 2005.

12 ANEXOS

ANEXO No. 1: TABLA DE VARIABLES

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Codificación	Operacionalización
Diagnóstico de Ingreso	Cualitativa	Nominal	1 Diagnóstico principal 2 Diagnóstico relacionado 1 3 diagnóstico relacionado 2	Codificación de los diagnósticos principal y relacionados
Tratamiento médico	Cuantitativa	Nominal	0 No 1 Si	Tratamiento médico
Fecha última dosis de tratamiento	Cuantitativa	Intervalo	DD/MM/AAAA	Fecha de la última dosis de tratamiento médico
Procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal	0 No 1 Si	Procedimiento Quirúrgico
Fecha del procedimiento	Cualitativa	Intervalo	DD/MM/AAAA	Fecha de programación del procedimiento
Ayuda diagnóstica pendiente	Cualitativa	Nominal	0 No 1 Si	Ayudas diagnósticas pendientes

Criterios de admisión	Cualitativa	Nominal	1 Pruebas para consulta externa 2 Hospitalización en nivel inferior 3 Ingreso prematuro 4 Procedimiento ambulatorio 5 Cuidados terminales 6 Incumplimiento tratamiento ambulatorio 7 Cancelación cita para exámenes 8 Días de no trabajo	Codificación de causas de ingreso inadecuado

Criterios de Estancia, externos a condición del paciente	Cualitativa	Nominal	<p>9 Procedimiento cancelado</p> <p>10 Exámenes pendiente para definir consulta</p> <p>11 Alta sin orden escrita</p> <p>12 No alta en estancia no justificada</p> <p>13 Procedimiento ambulatorio</p> <p>14 No plan de tratamiento</p> <p>15 Falta familiares para tratamiento domiciliario</p> <p>16 Rechazo del alta</p> <p>17 Ámbito social degradado</p> <p>18 No instalación alternativa</p> <p>19 No tratamiento alternativo domiciliario</p>	Codificación de causas de estancia inadecuada externas a la condición del paciente

<p>Criterios de estancia por condición del paciente</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>20.1 Pérdida de conciencia 20.2 Baja frecuencia de pulso 20.3 Hipotensión o hipertensión 20.4 Pérdida aguda de funciones 20.5 Fiebre persistente 20.6 Hemorragia activa 20.7 Anomalía con electrolitos 20.8 Evisceración o dehiscencia de herida</p>	<p>Codificación de causas de estancia inadecuada por las condiciones del paciente</p>
---	--------------------	----------------	--	---

<p>Criterios referentes a los cuidados</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>21.1 Reposición de líquidos o medicación intravenosa 21.2 Intervención con anestesia general 21.3 Monitoreo cardiaco continuo 21.4 Quimioterapia continua 21.5 Antibiótico menos de 8 horas 21.6 Terapia respiratoria continua 21.7 Cuidados de herida quirúrgica o drenes 21.8 Trastornos para orinar o defecar sin problema neurológico 21.9 Trastorno neurológico progresivo</p>	<p>Codificación de causas de estancia inadecuada por los cuidados.</p>
--	--------------------	----------------	--	--

ANEXO No. 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

No. Historia Clínica _____ Edad _____ (años)

Género _____ (H: Hombre M: Mujer) Servicio: _____ (1. Cx 2. ORT 3. M I)

Municipio de residencia _____

Aseguramiento _____ (1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. SOAT 5 Ninguno)

Fecha de ingreso _____ (día/mes/año).

Servicio que ingresa al paciente _____ (1. Urgencias 2. Consulta externa 3. Otro).

Diagnóstico de ingreso:

1. _____ (Dx. Principal).
2. _____ (Dx. Secundario).
3. _____ (Dx. Terciario).

Adecuación del ingreso _____ (1. Si 2. No)

Tratamiento médico que justifica la estancia: (1) _____ (2) _____

Fecha de la última dosis de tratamiento (1) _____ (2) _____ (día/mes/año)

Procedimiento quirúrgico que justifica la estancia: (1) _____ (2) _____

Fecha del procedimiento: (1) _____ (2) _____ (día/mes/año)

Total de días estancia _____ (Sin contar el día de alta).

Adecuación de la estancia _____ (1. Si 2. No)

A los siguientes criterios, responder con una "X" según considere la opción de respuesta (Si, No, No aplica):

No	CRITERIO	SI	NO	NO APLICA
1-17	CRITERIOS DE ADMISION			
1	Pruebas diagnósticas y/o tratamiento pueden realizarse en consulta externa.			
2	El paciente requiere hospitalización en un nivel inferior.			
3	Ingreso prematuro un día o más a la citación para las pruebas.			
4	Procedimiento quirúrgico que puede ser ambulatorio			
5	Paciente que requiere cuidados terminales			
6	Incumplimiento del tratamiento necesario en forma ambulatoria.			
7	Cancelación de cita para un examen diagnóstico en un paciente hospitalizado.			

8	Admisión del paciente días previos sin tener en cuenta los días de no trabajo para determinados procedimientos			
9	Pendiente resultado de exámenes para definir conducta			
10	Alta planeada pero no hay órdenes escritas			
11	No se da alta a pesar de que no se justifica la estancia			
12	No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento			
13	Falta de familiares para atención del paciente en su domicilio			
14	El paciente y la familia rechazan el alta			
15	Paciente que proviene de un ámbito social degradado			
16	No hay disponibilidad de instalación alternativa			
17	No hay disponibilidad de tratamiento alternativo para atención domiciliaria.			
18	CRITERIOS DE LA CONDICION DEL PACIENTE			
18.1	Pérdida de conciencia, estado de desorientación			
18.2	Frecuencia de pulso < 50 ó > 140 pulsaciones por minuto			
18.3	Presión arterial sistólica < 90 ó > 200 Mg., diastólica < 60 ó > 120)			
18.4	Pérdida aguda de función de cualquier parte del cuerpo			
18.5	Fiebre persistente			
18.6	Hemorragia activa			
18.7	Anomalia grave del equilibrio hidroelectrolítico			
18.8	Electrocardiograma anormal			
18.9	Dehiscencia de herida o evisceración			
19	CRITERIOS REFERENTES A LOS CUIDADOS			
19.1	Medicación intravenosa, reposición de líquidos o ambas			
19.2	Intervención quirúrgica o examen que tendrá lugar a las 24 horas siguientes a la admisión y que requiere anestesia general o regional y equipamiento o instalaciones cuya utilización exija hospitalización.			
19.3	Monitorización cardiaca por períodos menores de 4 horas			
19.4	Quimioterapia que requiera observación continua			
19.5	Antibiótico terapia por períodos menores a 8 horas			
19.6	Terapia respiratoria continua o cada 8 horas o menos			
19.6	Procedimientos invasivos durante las últimas 24 horas			
19.7	Cuidado de herida quirúrgica y/o drenajes			
19.8	Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal no atribuible a problema neurológico.			
19.9	Dificultades neurológicas agudas progresivas			
19.10	Trastornos hematológicos agudos			

ANEXO No. 3: Instrumento para recolección de información de los pacientes con estancias inadecuadas. Estancia Hospitalaria 2009

INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA EVALUAR LAS ESTANCIAS
PROLONGADAS
ESTANCIAS HOSPITALARIAS 2009

No .	No DE HISTORIA CLÍNICA	EPISODIO	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAS ESTANCIA	DIAS ESTANCIA PROLONGADA	MOTIVO DE ESTANCIA PROLONGADA
1					0		
2					0		
3					0		
4					0		
5					0		
6					0		
7					0		
8					0		
9					0		
10					0		
11					0		
12					0		
13					0		
14					0		
15					0		
16					0		
17					0		
18					0		
19					0		
20					0		

CAMPOS:

1, NÚMERO: Se anota en orden los pacientes correspondientes a los 40 casos de estancias inadecuadas

No. DE HISTORIA CLÍNICA: Se anota el número correspondiente a la historia clínica de cada uno de los pacientes.

EPISODIO: Es el número que se le asigna a cada uno de los pacientes en relación con el orden de ingreso al hospital y esta relacionado con el nombre e historia del paciente.

FECHA DE INGRESO: Corresponde a la fecha en que el paciente se recibió en el servicio de hospitalización.

FECHA DE EGRESO: Es la fecha en que efectivamente el paciente sale de la institución, puede corresponder o no a la fecha del alta médica.

DIAS ESTANCIA: Es la operación resultante entre la diferencia entre la fecha de ingreso al servicio de hospitalización y la fecha de la salida efectiva del paciente del hospital.

DIAS ESTANCIA PROLONGADA: Son los días correspondientes desde el momento en que la estancia del paciente se determinó como inadecuada y el momento de la salida efectiva del paciente de la institución.

MOTIVO ESTANCIA PROLONGADA: Corresponde al listado resultante de los motivos de las estancias prolongadas de los pacientes, con base en el listado de categorización de las estancias prolongadas propio de la institución. Así:

- 1 Procedimiento cancelado por razones propias de la Institución
- 2 No disponibilidad de especialista
- 3 Falta definir conducta por parte de los especialistas
- 4 Diferencia de criterio médico entre los diferentes especialistas
- 5 Ayuda diagnóstica pendiente
- 6 Oxígeno domiciliario

ANEXO No. 4: TABLAS**TABLA No. 1:****Distribución de Pacientes por Servicios de Hospitalización. Estancia Hospitalaria 2009**

Servicio de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cirugía	94	32,3	32,3
Ortopedia	92	31,6	63,9
Medicina Interna	105	36,1	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 2**Distribución de Pacientes por Género. Estancia Hospitalaria 2009**

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	152	52,2	52,2
Mujer	139	47,8	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 3:**Datos estadísticos de distribución de Pacientes por Edad. Estancia Hospitalaria 2009**

Edad	
Válidos	291
Perdidos	0
Media	51,38
Mediana	52,00
Moda	47
Desv. Típ.	20,816
Varianza	433,326
Mínimo	14
áximo	93

TABLA No. 4:**Distribución de Pacientes por Tipo de Aseguramiento. Estancia Hospitalaria 2009**

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contributivo	14	4,8	4,8
Subsidiado	190	65,3	70,1
Vinculado	44	15,1	85,2
SOAT	28	9,6	94,8
Desplazado	1	,3	95,2
Ninguno	14	4,8	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 5:**Distribución de Pacientes por distribución del SISBEN. Estancia Hospitalaria 2009**

SISBEN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	6	2,1	2,1
1	106	36,4	38,5
2	107	36,8	75,3
3	19	6,5	81,8
no aplica	53	18,2	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 6:**Distribución de Pacientes por Servicio de Ingreso. Estancia Hospitalaria 2009**

SERVICIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urgencias	267	91,8	91,8
consulta externa	22	7,6	99,3
Otro	2	,7	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 7:

Distribución de Pacientes por día de la Semana del Ingreso. Estancia Hospitalaria 2009

Día de la Semana	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lunes	39	13,4	13,4
Martes	57	19,6	33,0
Miércoles	50	17,2	50,2
Jueves	39	13,4	63,6
Viernes	42	14,4	78,0
Sábado	34	11,7	89,7
Domingo	30	10,3	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 8:

Distribución de Pacientes por Área de Residencia. Estancia Hospitalaria 2009

Municipio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medellín	187	64,3	64,3
Área Metropolitana	17	5,8	70,1
Norte de Antioquia	35	12,0	82,1
Oriente de Antioquia	13	4,5	86,6
Occidente de Antioquia	18	6,2	92,8
Sur de Antioquia	14	4,8	97,6
Corregimientos	3	1,0	98,6
Otros Departamentos	4	1,4	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 9:

Distribución de Pacientes por Adecuación del Ingreso al Servicio de Hospitalización. Estancia Hospitalaria 2009

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado	250	85,9	85,9
no adecuado	41	14,1	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 10:

Distribución de Pacientes por Adecuación de la Estancia en los servicios de Hospitalización. Estancia Hospitalaria 2009

Estancia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuada	251	86,3	86,3
no adecuada	40	13,7	100,0
Total	291	100,0	

TABLA No. 11:

Datos estadísticos en relación con los días totales de la estancia inadecuada.

Estancia Hospitalaria 2009

Días totales de Estancia en pacientes con inadecuación	
Válidos	40
Media	14,65
Mediana	10,50
Moda	5
Desv. Típ.	12,518
Mínimo	2
Máximo	50

TABLA No. 12:

Datos estadísticos en relación con los días de estancia inadecuada.

Estancia Hospitalaria 2009

Días de inadecuación de la estancia	
Válidos	40
Media	6,65
Mediana	4,00
Moda	3
Desv. Típ.	7,134
Mínimo	1
Máximo	30

TABLA No. 13:

Caracterización de los tipos de estancia inadecuada. Estancia Hospitalaria 2009

Tipo de Estancia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Procedimiento cancelado	4	10,0	10,0
No disponibilidad de especialista	7	17,5	27,5
Falta definir conducta	22	55,0	82,5
Diferencia de criterio médico	2	5,0	87,5
Ayuda diagnóstica pendiente	2	5,0	92,5
Oxígeno domiciliario	3	7,5	100,0
Total	40	100,0	

TABLA No. 14:

Distribución de Pacientes por Servicios de Hospitalización. Estancia Hospitalaria 2009

Servicio con estancia inadecuada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cirugía	5	12,4	12,4
Ortopedia	12	29,9	42,3
Medicina interna	23	57,7	100,0
Total	40	100,0	