

VARIABLES ASOCIADAS AL ALTA HOSPITALARIA TARDIA, EN UN CENTRO
CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN,
MARZO-ABRIL 2021.

Juan José Cañola Cardona

Alejandra Urán Acevedo

Irina Rueda Gómez

Asesores

Mario Alberto Zapata

Luz Eugenia Pérez

ESPECIALIZACION GERENCIA DE IPS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD CES

2021

Contenido

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
Calidad en salud	5
Indicadores de calidad en salud	6
Estancia hospitalaria	7
Alta hospitalaria	7
Giro-cama	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
CONSIDERACIONES ETICAS	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	15
Médico gestor de altas:	15
Zona de atención final	15
Mejora desde el software de la historia clínica	16
Política institucional de preparación del paciente y su familia para el momento del alta	16
Atención e información virtual al paciente y su familia	17
LIMITACIONES DE ESTUDIO	18
BIBLIOGRAFÍA	20

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prestación de servicios en salud a nivel mundial viene en aumento debido al crecimiento poblacional, mayor esperanza de vida y prevalencia de morbilidad (1). Latinoamérica no es ajena a esta problemática, al encontrar una desproporción entre la baja oferta de servicios y la alta demanda de los pacientes.

Esto requiere para las organizaciones sanitarias un mayor esfuerzo en garantizar servicios eficientes y eficaces que suplan las necesidades de la población en el menor tiempo posible, permitiendo una mejor optimización de sus recursos, aumentando la cobertura en salud y garantizando la calidad en la atención (2).

La calidad del servicio de salud va desde la prontitud en la atención de ingreso hasta el egreso o alta hospitalaria, siendo este último esencial porque es donde culmina la trazabilidad en el proceso de atención. El alta hospitalaria puede definirse como un proceso de transición en el cual, el paciente previamente ingresado sale del entorno hospitalario al ambulatorio (3). Este proceso se da cuando las diferentes dependencias se articulan de manera coordinada y existe una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y los pacientes, permitiendo la rotación eficiente de las camas, buen uso de recursos y reducción de costos hospitalarios.

En Colombia, El Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2018 publicó la situación de salud, y se encontró en los indicadores básicos de salud que solo se cuenta con 85 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, una cifra considerablemente baja comparada con la demanda actual, siendo un factor determinante en la atención que conlleva a una mayor agilidad en el proceso del alta hospitalaria.

En la Clínica Cardio VID de la ciudad Medellín, se pueden identificar diferentes actores involucrados en el egreso hospitalario como es el personal médico y enfermería, servicio farmacéutico, facturación, personal administrativo, el paciente, su núcleo familiar y la gestión de las Entidades Promotoras de Salud. Aunque se

realizan esfuerzos por llevar a cabo un egreso hospitalario de manera oportuna, se logran identificar retrasos de manera habitual por uno o varios de los involucrados.

Por esto, se hace necesario comprender los factores que se relacionan con el alta tardía, identificar los actores involucrados y los diagnósticos clínicos que generan un retraso en el paso de la estancia hospitalaria al ambulatorio. De acuerdo con las necesidades observadas se plantea la pregunta problematizadora ¿Es posible determinar las variables asociadas al alta hospitalaria tardía en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín entre el marzo y abril del 2021?

JUSTIFICACIÓN

En la Clínica Cardio VID, es pertinente desarrollar un proyecto encaminado a mejorar y estandarizar el proceso del alta, ya que la falta de oportunidad en el mismo viene generando saturación y en algunos casos, alteración en el funcionamiento de las unidades estratégicas, que conllevan a su vez a una disminución en la calidad de la atención de los pacientes.

Además, el proyecto pretende detectar aquellas variables que afectan las cifras en los indicadores de calidad, donde se incluye el indicador de estancia hospitalaria; esto con el fin de disminuir los costos de la clínica y mejorar el acceso a los servicios de salud que traen consigo beneficios tanto a los pacientes como a las aseguradoras, pagadores y el sistema de salud en general.

Por esta razón, es necesario identificar esta problemática y crear estrategias que disminuyan los impactos negativos, mejoren los resultados en los indicadores, logren una mayor eficiencia, una adecuada utilización de los recursos y se eviten eventos adversos derivados de una estancia prolongada.

Sin embargo, no solo se puede ver el alta como el momento final en el que el paciente abandona una cama. Es el momento en el que se debe analizar qué tan productiva fue la educación y la confianza que se generó en todas las personas que rodean al paciente y que continuarán su proceso de rehabilitación, ya que, si no se encuentran preparados para dejar el hospital, los reingresos se volverán parte del problema inicial. Se debe sembrar en el personal una cultura de preparación para el alta desde el mismo momento del ingreso, para permitir que la persona se adapte desde el inicio a los cambios que presentará debido a su nueva situación de salud y que cuando tenga que partir, la incertidumbre frente a su nuevo estado evite la dependencia al personal que lo atendió, y altere desde su figura de paciente, la agilidad del proceso del alta.

Este acompañamiento está encaminado a garantizar educación por el grupo interdisciplinario tratante en temas como nutrición y alimentación, rehabilitación

física, consumo de medicamentos y su interacción con posibles nutrientes, automonitoreo, autocuidado y brindar toda la información pertinente sobre la próxima consulta con los profesionales de la salud tratantes.

MARCO TEÓRICO

Calidad en salud

Avedis Donabedian, define la calidad en salud como "el tipo de atención que se espera que vaya a maximizar el bienestar del paciente, teniendo en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". Según esta definición, los diferentes actores que participan de dicho proceso analizan desde su punto de vista lo que para ellos define calidad en salud, pues la entenderán siempre desde el lugar que ocupan en el sistema (4).

Para los pacientes, la calidad estará más ligada a la agilidad en el servicio, las instalaciones hospitalarias y sus comodidades. Para los prestadores del servicio, esta condición se verá reflejada desde los avances científicos, las tecnologías utilizadas y la experiencia de los profesionales encargados de prestar la atención (5).

Existen diversas definiciones, cada una de ellas descrita desde la perspectiva de los diferentes actores involucrados en el sistema de salud:

Calidad absoluta: Su definición se basa en el componente técnico-científico que se ha utilizado como recurso para conseguir restaurar el estado de salud del paciente. Como es una definición ligada al proceso de salud-enfermedad, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: Esta definición va de la mano del sentir del usuario, su percepción sobre los costos, los beneficios que obtiene y los riesgos que puede correr al recibir la atención. Este enfoque hace que el paciente se involucre de manera más activa desde la información que recibe por el profesional que le presta el servicio y exige que sea él quien decida sobre su proceso. Así las cosas, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

Calidad social: busca ofrecer una definición de calidad más colectiva, donde se valora el beneficio o la utilidad netos para toda una población, la manera en que ese

beneficio se distribuye a toda la comunidad y procura producir, el menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad (6).

Indicadores de calidad en salud

En el año 1966, Donabedian define los indicadores como una medición que da cuenta de una situación, con el fin de evaluar su comportamiento en el tiempo y lograr una toma de decisiones relevante. Por esta razón, propone tres tipos: indicadores de estructura, indicadores de proceso e indicadores de resultado (7).

Los indicadores de estructura están relacionados según Donabedian, con la forma en que se desarrolla una función o tarea dentro de una organización en salud y en los recursos con los que se cuenta para llevarla a cabo. Es decir que estos indicadores miden la calidad de las bases teórico-prácticas sobre las que se despliega la atención en salud de una institución a través de sus protocolos, instructivos y demás (8).

Los indicadores de proceso miden la calidad de las tareas llevadas a cabo por cada miembro del equipo, lo que significa que, con estos indicadores, se busca analizar y estandarizar el quehacer de los trabajadores de la salud, y su adherencia a las instrucciones con las que debe desempeñar sus ocupaciones dentro de la organización (8).

Por último, los indicadores de resultado estarán directamente relacionados con la medición de los resultados en la atención, los niveles de satisfacción de los pacientes y el nivel de éxito con el que se perciba la calidad de los servicios prestados en las personas que reciben el cuidado (8).

En Colombia, se han desarrollado diversas normas que abarcan la calidad en salud y determinan los parámetros bajo los cuales las instituciones prestadoras de servicios en salud, a través de los indicadores, permiten conocer el panorama general de su institución y alcanzar sus metas de manera eficaz y eficiente para el logro de los objetivos propuestos. La normatividad vigente que contempla dicho término está presente en la ley 715 de 2001, ley 1122 de 2006, resolución 1043 de 2006, decreto 1011 de 2006, ley 14398 de 2011, resolución 123 de 2012 y la resolución 1441 de 2013 (9).

Según el ministerio de salud y protección social existen cinco componentes de los indicadores básicos en salud, esto son: indicadores de mortalidad, morbilidad, socioeconómicos, demográficos y de factores de riesgo, oferta de servicios y

determinantes en salud, que tienen por objeto establecer prioridades en el sector salud, apoyar la creación de estrategias orientados al desarrollo de políticas, prevención de problemas de salud y adecuar la distribución de los diferentes recursos financieros (10).

Con relación a los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, la resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social agrupa los indicadores en dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia en la atención (11).

Estancia hospitalaria

Uno de los indicadores de calidad más destacado es la estancia hospitalaria, debido a que determina los tiempos en días de hospitalización adicional teniendo en cuenta los resultados de cada IPS.

Desafortunadamente en Colombia, la saturación en la demanda de servicios de salud, la tramitología por parte de aseguradoras y Empresas Promotoras de Salud, la compleja administración hospitalaria, el personal de la salud, los pacientes y sus cuidadores son las principales causas de una estancia hospitalaria prolongada.

Los principales factores que prolongan la estancia por el personal de salud son el desinterés por dar el alta, admisión prematura y falta de claridad en el diagnóstico de ingreso. En relación con las entidades de la red de atención y administración hospitalaria se encuentran los procedimientos que pueden ser ambulatorios, la necesidad de atención en otro nivel de complejidad, día de la semana y demora en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (12).

Respecto a los pacientes, la edad (mayores de 65 años), enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad coronaria), condición clínica y situación socio familiar son las principales causas asociadas a una mayor estancia hospitalaria (12).

Alta hospitalaria

Se entiende por alta hospitalaria cuando el paciente egresa del establecimiento de salud al culminar el periodo de hospitalización y este ha recibido un tratamiento efectivo. El proceso de alta puede llevarse a cabo tras haber concluido el tratamiento

médico, requerir traslado a otro servicio de hospitalización o por solicitud del paciente con la autorización previa del médico tratante (12).

Una planificación adecuada del alta reduce de manera significativa los reingresos hospitalarios y la mortalidad. La comunicación asertiva entre el personal de salud, prescripción adecuada de medicamentos y educación oportuna al paciente son determinantes dentro de la calidad del servicio. Existen grupos poblacionales como los adultos mayores con patologías crónicas que requieren de una preparación anticipada del alta, donde se involucre la familia en el manejo intrahospitalario para que adquieran habilidades que faciliten el manejo en casa y se eviten nuevos reingresos (13).

El alta hospitalaria cuenta con dos procesos, primero la indicación de prealta, que es la planificación con antelación y segundo el alta como tal; por ello se propone iniciar el proceso de alta desde el momento que ingresa el paciente al hospital con el fin de solventar los retrasos que se puedan ir presentando. Aunque la responsabilidad del alta no recae solo sobre un profesional, se recomienda que sea una persona del equipo multidisciplinario con capacidad de liderazgo y compromiso quien ayude a garantizar la oportunidad y calidad de la comunicación (14).

La preparación del alta se convierte en una alternativa para reducir las tasas de reingreso que pueden ser evitables utilizando herramientas para la comprensión de la instrucción de uso, por ejemplo, en formulas enterales y la educación a pacientes en el consumo de medicamentos (15). La prevención de readmisión hospitalaria tiene potencial tanto para pacientes al mejorar la calidad de vida y satisfacción del servicio como para el equilibrio financiero de las entidades de salud, acompañado de una mayor disponibilidad de camas (16).

Existen diferentes áreas en la institución prestadora de servicios en salud que son más vulnerables al hacinamiento y, por ende, a una menor disponibilidad de camas, estas son la unidad de cuidados intensivos y el servicio de urgencias. Esta alteración en el flujo adecuado de pacientes trae consigo una disminución en la calidad de la atención, mayor riesgo de malos resultados en la atención del paciente y un aumento en los costos de los recursos hospitalarios, sin embargo, las causas directas relacionadas con el hacinamiento provienen de fuentes externas al área, como es la poca disponibilidad de camas en hospitalización (17). Como posibles soluciones a la baja disponibilidad, está la inversión en infraestructura o la mejora de procesos que tienen por objeto optimizar el tiempo en el servicio, ejemplo de esto, mayor rotación en giro-cama, porcentaje ocupacional y promedio día estancia.

Algunas patologías por la complejidad o por riesgos inherentes al ambiente hospitalario retrasan el proceso del alta y aumentan la estancia hospitalaria. El accidente cerebrovascular es una de las causas más comunes por la aparición de complicaciones clínicas, la neumonía, infección urinaria y el ACV isquémico, además del alto riesgo de infección (18).

Otra de las patologías relacionadas con alta tardía es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, donde se observa retrasos por parte de la Entidad promotora de salud en la entrega oxígeno suplementario cuando el paciente lo requiere, aumentando la estancia hospitalaria y disminuyendo la posibilidad de camas disponibles (19).

Giro-cama

Considerado un indicador de gestión, el giro-cama permite analizar la eficiencia técnica y el aprovechamiento que tienen los recursos empleados. Este se define como “el coeficiente de renovación o de reemplazo, o velocidad cama” que es posible calcular dividiendo el total de egresos en un periodo sobre el promedio de camas en ese periodo (20).

En los hospitales, el giro-cama se convierte en uno de los determinantes directos que limitan la capacidad de un servicio, exigiendo un proceso logístico eficiente tanto por los profesionales de la salud como por el personal administrativo para mejorar el flujo de las actividades que se relacionan con el alta en los pacientes (21).

El indicador giro-cama puede verse afectado no solo por factores clínicos sino también por motivos no médicos representando una de las principales causas de no disponibilidad de camas. Entre las acciones administrativas que aumentan esta problemática se encuentran las firmas tardías en las historias clínicas, la falta de comunicación asertiva entre profesionales asistenciales y administrativos, falta de cancelación oportuna de ordenes médicas y el retraso en la elaboración de las ordenes externas.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las variables relacionadas con el alta tardía de los pacientes en la clínica Cardio VID de la ciudad de Medellín entre marzo y abril del 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características sociodemográficas en los pacientes observados.

Establecer los diagnósticos de egresos de los pacientes relacionados con el alta tardía.

Identificar los factores que pueden prologar la estancia hospitalaria en los pacientes cardio VID.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio de cohorte retrospectivo de 205 pacientes hospitalizados en la Clínica Cardio VID durante los meses de marzo y abril de 2021. La recolección de los datos se realizó a partir de las historias clínicas de los pacientes de algunos servicios específicos de la institución y de una base de datos institucional de control de alta hospitalaria, lo anterior con previa autorización del área de investigación. Su posterior tabulación se realizó en el programa Excel (office, licencia institucional) en el que se creó una base de datos que facilitó la extracción de los resultados, con posterior análisis de estos, el cual se hizo en el programa Jamovi Project (2020 versión 1.6).

Para las variables cuantitativas se tuvieron en cuenta las medidas de tendencia central (mediana y media), medidas de posición (cuartiles y percentiles), medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico).

Se hizo verificación de normalidad utilizando la prueba de Shapiro-Wilk (nivel de significancia de p mayor a 0,05), mientras que para las variables cualitativas se establecieron las frecuencias absolutas y relativas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación no involucra ningún tipo intervención de variables. El art. 11 de la Ley 8430 de 1993 lo clasifica sin riesgo ya que no se realiza ninguna modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

RESULTADOS

Se realizó un análisis univariado de las características sociodemográficas de los pacientes. Se evidenció que el 50% de los pacientes tenían una edad de 63 años en promedio. El 35,6% de los pacientes fueron mujeres y el 64,4% hombres. En cuanto al estrato socioeconómico en orden de frecuencia el estrato dos con el 43,4%, estrato tres con el 38,5%, estrato uno el 10,2%, estrato cuatro en el 3,9%, estrato cinco en el 2,9% y estrato 6 en el 1%.¹ En cuanto al régimen de atención en salud en el 88,7% pertenecen al régimen contributivo, el 8,8% al subsidiado, al especial 0,5% y al privado el 2%. El 58,6% reside en la ciudad de Medellín, el 26,8% al Área metropolitana y el 14,6% a otros municipios. La red de apoyo evidenciada con la que cuentan los pacientes es en su mayoría, en el 94,6% cuenta con apoyo familiar, el 4,4% con amigos y el 1% con cuidadores externos.²

El diagnóstico principal que presentaron los pacientes hospitalizados son en su orden infarto agudo de miocardio en el 20,1%, seguido por falla cardiaca en un 19,1%, enfermedades pulmonares no infecciosas en el 6,4%, enfermedad vascular periférica en el 4,9%, enfermedad cerebrovascular en el 3,4%, infección de vías respiratorias en el 1,5% e infecciones no respiratorias en el 0,5%. Las especialidades tratantes de los pacientes hospitalizados en orden de frecuencia son en el 51,5% es cardiología, cirugía cardiovascular en el 13,7%, neurocirugía en el 11,8%, medicina interna en el 7,8%, neumología en el 6,4%, cirugía de tórax en el 4,4%, neurología en el 2,9% y cirugía general en el 1,5%. El 50% de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria de 6 días, más o menos este valor.

El 60,5% de los pacientes no presentaron demora en el alta hospitalaria. En los que se presentaron demora, los motivos fueron en orden de frecuencia: administración hospitalaria 66,6%, asociados al paciente 20,98%, por personal de salud en el 11,1 y asociado a la red de atención en un 1,23%. El promedio de tiempo en minutos desde el alta hasta el egreso del paciente fue de 199 minutos y el destino hospitalario del 100% de los pacientes fue el hogar.

¹ La estratificación socioeconómica es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial por estratos los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área.

² Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Tabla 1. Características de los pacientes; n= 205

	Total
Edad; mediana (RIC)	63 (52-71)
Género; n (%)	
Femenino	73 (35,6)
Masculino	132 (64,4)
Estrato socioeconómico; n (%)	
Uno	21 (10,2)
Dos	89 (43,4)
Tres	79 (38,5)
Cuatro	8 (3,9)
Cinco	6 (2,9)
Seis	2 (1)
Empresa prestadora de los servicios de salud; n (%)	
Contributivo	181 (88,7)
Subsidiado	18 (8,8)
Especial	1 (0,5)
Aseguramiento privado	4 (2)
Municipio de residencia; n (%)	
Medellín	120 (58,6)
Área metropolitana	55 (26,8)
Otros municipios	30 (14,6)
Red de apoyo	
Familiar	194 (94,6)
Amigo	9 (4,4)
Cuidador	2 (1)
Sin red de apoyo	0 (0)

RIC; rango intercuartílico

Tabla 2. Características asociadas a la hospitalización

	Total
Diagnóstico principal; n (%)	
Falla cardiaca	39 (19,1)
Infarto agudo de miocardio	41 (20,1)
Enfermedad pulmonar no infecciosa	13 (6,4)
Infección de vías respiratorias	3 (1,5)
Infección no respiratoria	1 (0,5)
Enfermedad cerebrovascular	7 (3,4)
Enfermedad vascular periférica	10 (4,9)
Otra	90 (44,1)
Especialidad tratante; n (%)	
Medicina interna	16 (7,8)
Cardiología	105 (51,5)
Cirugía de tórax	9 (4,4)
Cirugía cardiovascular	28 (13,7)
Neumología	13 (6,4)
Neurología	6 (2,9)
Cirugía general	3 (1,5)
Neurocirugía	24 (11,8)
Días de hospitalización; mediana (RIC)	6 (3-13)

RIC: rango intercuartílico

Tabla 3. Características asociadas a la demora en el alta

	Total
Motivo de demora del alta hospitalaria; n (%)	
Personal de salud	9 (11,1)
Entidades de la red de atención	1 (1,23)
Administración hospitalaria	54 (66,6)
Asociados al paciente	17 (20,98)
Tiempo en minutos desde el alta hasta la salida del paciente; media (DE)	199 ($\pm$ 79)
Destino del alta hospitalaria; n (%)	
Hogar del paciente	205 (100)

DE: desviación estándar

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos, podemos afirmar que el 82% de la población se encuentran en los estratos socioeconómicos 2 y 3 que ordinariamente en Colombia son estratos de ingresos económicos medios – bajos, y generalmente los ubica en el régimen contributivo (88.7% para este estudio) y subsidiado (8.8%) con respecto a su aseguramiento en salud. Es decir que cuentan como población vulnerable dentro del sistema de salud y que requieren de un mayor cubrimiento de sus necesidades, porque son en mayor medida, la población que nutre el sistema con aportes propios y empresariales, pero también población subsidiada, es decir sin capacidad de pago que requiere que otra porción del sistema cubra sus gastos en salud.

También es importante resaltar que son personas que no cuentan en su mayoría con los recursos de desplazamiento, cancelación de copagos, y muchas veces asociado a esta condición, también tienen niveles educativos mas bajos que pueden entorpecer en cierto modo su capacidad de comprensión en cuanto a las indicaciones que se les brinda con respecto a trámites administrativos al momento del alta y durante la atención en general y, posteriormente, a los cuidados domiciliarios. Según el departamento administrativo nacional de estadística, el analfabetismo en Colombia sólo asciende al 5,24%, pero este solo comprende el hecho de saber leer y escribir, elementos que, siendo relevantes, no dan cuenta del nivel de escolaridad de la población colombiana, y asociado a eso, su nivel de comprensión lectora, de análisis y de toma de decisiones frente a una situación en salud compleja propia o de uno de sus familiares.

Siendo este el porcentaje mas alto de la población estudiada se puede concluir que la mayoría de los pacientes analizados tienen un riesgo sociodemográfico y económico alto, lo que los hace más propensos a presentar dificultades en el tramo de la atención en salud del que tiene objeto el estudio: el alta.

Es importante resaltar que, en cuanto a cuidador primario, el 94.6% de la población cuenta con apoyo familiar, lo que se convierte en un factor protector ya que la familia como red principal de apoyo favorece la continuidad de la recuperación en casa.

La patología con mayor prevalencia en los pacientes del estudio es el infarto agudo de miocardio con un porcentaje del 20.1%, y la especialidad tratante que más pacientes atendió dentro del estudio fue cardiología con un porcentaje del 51%. El infarto agudo al miocardio y las demás patologías cardiovasculares tratadas en la institución de salud que aquí compete, requieren un nivel de atención alto y puede

derivarse en procedimientos mayores, que implican aumentos de estancias, costos y atenciones hospitalarias.

El infarto agudo de miocardio es la causa principal de muerte en personas mayores de 55 años (22) y en Colombia se ubica en las diez primeras causas de mortalidad. (23) En el mundo cada 39 segundos muere una persona a causa de enfermedades cardiovasculares (24). Teniendo en cuenta estas cifras, podemos afirmar que es una patología de alto riesgo de morbi-mortalidad, que puede desencadenar múltiples complicaciones y, por ende, aumentar la estancia hospitalaria de este grupo poblacional específico.

Con relación a las causas en los retrasos de alta en la institución, se encontró que las demoras generadas por la administración hospitalaria (demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, día de la semana, transferencia de pacientes entre unidades, retrasos en otras áreas transversales) y por el personal de la salud (no prestar atención a la necesidad de dar el alta, falta de diagnóstico claro al ingreso, admisión prematura, tratamiento médico conservador, técnica quirúrgica que puede mejorar, médicos mantienen pacientes en el hospital por ganancias monetarias); son las principales causas de retrasos en el alta en este centro hospitalario con un 77,8%, lo que nos conlleva a concluir, que son atribuibles en mayor porcentaje a situaciones que pueden convertirse en oportunidades de mejora, siempre y cuando se analicen y se construyan habilidades que disminuyan las barreras administrativas que impiden agilizar el proceso del alta hospitalaria.

Estos factores, están directamente relacionados con procesos internos de la institución, de sus colaboradores y de las estrategias actuales con las que cuentan para realizar el proceso del alta institucional. Por ello, existe la posibilidad de analizar estos hallazgos y generar estrategias que potencialicen la calidad en la atención en su fase final, garantizando una mayor satisfacción del cliente externo y su familia.

DISCUSIÓN

Este estudio se enfocó en analizar el tiempo de los retrasos en el alta como factor determinante de la afectación de otras unidades estratégicas de la institución. Sin embargo, cabe resaltar que dicha situación puede ser analizada desde diferentes puntos de vista, como por ejemplo el costo que representa para la institución dichos retrasos. En una revisión sistemática realizada por Landeiro y cols. en el 2017 (25), se encontró que estos casos pueden afectar desde 1.6% hasta el 38% de todos los pacientes hospitalizados, dependiendo de la definición de la población objeto de cualquier estudio relacionado.

Si bien es un porcentaje bajo, cuando se revisa más de cerca, se puede ver que el total de días de hospitalización perdidos por esta causa es alto, lo que se traduce en el uso de más camas durante un mes en cualquier institución de salud. Si tenemos en cuenta que este estudio se realizó en una institución de alta complejidad en el que las camas se convierten en recursos restringidos, cualquier porcentaje que influya sobre esta cifra, puede volverse significativo y afectar todos los procesos que, de un alta tardía, pueden derivarse.

Ahora bien, el principal problema de los retrasos en el alta hospitalaria en la clínica Cardio VID, trae como consecuencia que no se pueden trasladar los pacientes de las unidades de cuidados intensivos hacia hospitalización y a su vez, no es posible disponer de las mismas para dar continuidad al programa de cirugía en el que los pacientes deben contar con cama en la UCI para poder realizar dichos procedimientos.

La estancia en UCI de cualquier paciente genera mayor riesgo de infecciones asociadas al cuidado y por ende mayores costos institucionales, y pérdidas a largo plazo, y si estos pacientes aumentan su estancia en UCI por la falta de disponibilidad de cama en hospitalización, esto se puede convertir en un riesgo importante para el paciente.

Un estudio realizado sobre los costos financieros sobre la baja calidad por aumento de la estancia hospitalaria (26), encontró seis fallas de calidad relacionadas con alta tardía: retraso en los procedimientos (1.3 días), infección asociada a la atención en salud (1.4 días), demora en la toma de decisión de manejo médico (0.4 días), demora en el reporte paraclínico (0.04 días) y sin evolución médica (0.01 días). Estas constituyen el 80% del total de las causas del aplazamiento de estancia hospitalaria en este caso, lo que puede evidenciar que muchas de estas causas se encuentran ligadas al personal de la salud, a los trámites internos de las instituciones de salud y a los trámites administrativos que se convierten en una barrera en muchas ocasiones para el correcto rodaje de la maquinaria hospitalaria.

Por otra parte, el análisis que compete en este estudio sólo se analizó el mismo día del alta y el tiempo que requería cada paciente para dicho proceso. Sin embargo, si se analiza el proceso de manera retrospectiva, el análisis es otro: lo que encontraríamos serían los casos en los que la afectación derivada del alta tardía serían las cancelaciones en las altas y el aumento de la estancia no en las horas que pueda durar el proceso, sino en los días que se aumentaría si el alta se retrasa por trámites administrativos mayores que produzcan que el paciente no se vaya incluso el mismo día que se encuentra de alta.

Un estudio realizado en la ciudad de Rionegro en un centro de salud de alta complejidad de la ciudad (27), encontró que el promedio de días por egreso inoportuno por paciente fue 6.6 días. Otros países como Cuba, México, Reino Unido han reportado promedios entre 2.2 y 12.7 días (25,28), lo cual depende del tipo de institución o especialidad afectada. Este fenómeno analizado desde la institución en la que se desarrolló este proyecto puede verse relacionado por la complejidad de las patologías que se atienden, las múltiples disciplinas involucradas en el manejo de sus pacientes y las patologías asociadas al diagnóstico principal de cada paciente.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados y su posterior análisis en este proyecto, encontramos varias alternativas que podrían mejorar el proceso del alta y disminuir significativamente los tiempos y la calidad en dicho proceso. Por ello, planteamos las siguientes alternativas:

Médico gestor de altas:

En la institución se cuenta con el apoyo de los médicos generales en muchas de las áreas transversales de la clínica que son quienes facilitan la generación de órdenes de la ronda, gestionan los procedimientos a realizar, entre otros. Basados en dicho modelo institucional, se sugiere la creación de la figura del médico gestor de altas, profesional que sería el encargado de las órdenes externas de los pacientes, sus anexos y de seguir detalladamente y en tiempo real el proceso del alta de los pacientes desde que se genera la orden. Esto evitaría el tener que esperar hasta el final de la ronda para elaborar las órdenes pendientes y los documentos necesarios para un adecuado proceso.

Zona de atención final

Se propone crear un espacio físico dentro de la institución que esté destinado a la atención y el cuidado del paciente mientras finaliza el proceso administrativo referente al alta. Esta área estaría dotada de sillas reclinables para que los pacientes esperen desde allí que se terminen las actividades administrativas correspondientes para asegurar una adecuada salida de la institución, una ayuda audiovisual con información educativa y con recomendaciones para el manejo en casa. Para este espacio se contaría con personal auxiliar de enfermería encargado del cuidado de los pacientes hasta su retiro de la institución.

Se plantea entonces realizar una adecuación física que permita desplazar los pacientes hasta dicho lugar, permitiendo así la liberación contigua de la cama agilizando su alistamiento y la disminución de los tiempos de estancia en la misma, modelo que a su vez permitiría disponer de las camas de manera casi que inmediata desde que se genera el alta y así poder ejecutar los traslados correspondientes desde las unidades estratégicas de cuidados especiales e intensivos a hospitalización y no frenar los procesos de inicio de procedimientos en hemodinámica y cirugía por los tiempos prolongados de espera de los traslados.

Mejora desde el software de la historia clínica

Con las adecuaciones de la nueva historia clínica institucional, se busca integrar las áreas transversales de prestación de servicios institucionales. Es por ello por lo que consideramos que podría desarrollarse una alerta dada por un ícono especial que podría activarse en la historia clínica por el médico tratante desde que se considere que el paciente esté próximo a salir de la institución y que sea visible en todas las dependencias involucradas directa e indirectamente en el alta del paciente: facturación, alimentación, servicio farmacéutico, nutrición, etc. Con la creación de esta nueva alerta, dichos servicios podrían empezar a encaminar su atención a estos pacientes y adelantar los procesos referentes al alta, evitando que se deje para último momento pasos como la facturación de los consumos que no se encuentran dentro del paquete básico de hospitalización, generación de órdenes y recomendaciones a la familia, así como la educación al paciente y sus acompañantes sobre el manejo del paciente en casa de acuerdo con los cambios que su enfermedad haya podido generar a su vida cotidiana.

Política institucional de preparación del paciente y su familia para el momento del alta.

Cuando desde el ingreso del paciente estamos buscando cómo disminuir el impacto de la enfermedad sobre su vida cotidiana, lo estamos preparando para la nueva situación que va a afrontar desde su proceso salud-enfermedad, y cómo esas dinámicas pueden afectar o modificar sus nuevas vivencias de ese momento en adelante.

Una política institucional encaminada a pensar estrategias que involucren al usuario y su familia en los cuidados posteriores a su enfermedad genera en ellos la confianza y seguridad de que podrán llevar una vida sin temor a los cambios producidos por dicho proceso, porque los convertirá en miembros activos de la situación, se sentirán capacitados para afrontar los cambios por fuera del entorno hospitalario y no se verán en la necesidad de depender totalmente del personal de la salud. Involucrarlos en los cuidados cotidianos del paciente, más allá de descargar en ellos la obligación del cuidado, es expresarles que hacen parte del equipo y que son capaces de afrontar la situación venidera con satisfacción y esperanza.

Seguimiento remoto en casa

Concomitante a dicha política, podría crearse un grupo encargado del seguimiento y monitoreo de los pacientes desde sus casas en los primeros días de su estancia por fuera de la institución, lo que, además, disminuiría los reingresos a la clínica por un manejo no tan adecuado en el hogar. Si los pacientes sienten este tipo de herramientas tan cercanas a su cuidado, seguramente su tranquilidad y familiaridad en el manejo domiciliario se traducirá en una disminución de los reingresos hospitalarios.

Atención e información virtual al paciente y su familia

Muchos de los reingresos hospitalarios están asociados a la falta de conocimientos por parte del paciente y sus familiares, sobre el proceso normal de su estado de salud-enfermedad. Es por ello que sugerimos la creación de un link vinculado directamente con la página institucional en el que se encuentren en línea todas las recomendaciones e instrucciones para el manejo de las heridas, pacientes anti

coagulados, con falla cardíaca y otras patologías o condiciones especiales, y que además, tenga la opción de un chat virtual que conecte a los usuarios con personal de enfermería entrenado para resolver inquietudes con respecto al estado de salud de los pacientes de la clínica Cardio VID, quien además pueda orientarlos sobre si es necesario su ingreso a urgencias o por el contrario, puede continuar con su recuperación desde su hogar con instrucciones verbales prestadas a través de este servicio.

LIMITACIONES DE ESTUDIO

La principal limitación que encontramos durante la recolección de la información suministrada en la base de datos institucional fue la falta de claridad en los criterios de medición de los tiempos del alta, ya que las personas encargadas de enriquecer con la información dicha herramienta, no tenían claridad en algunas ocasiones sobre el momento exacto en el que se empieza a medir. Es decir: no es claro si deben empezar a contar el tiempo desde la orden verbal del alta en la ronda médica, o desde que se genera la orden como tal en la historia clínica. De igual modo, no había claridad en el momento de la salida del paciente, porque en ocasiones se basaban en la hora en la que la auxiliar de enfermería realizaba la nota final, y no se describía la hora de retiro real del paciente de la institución.

Dicha circunstancia generó inexactitudes en la recopilación de algunos datos tomados durante el proyecto que tuvieron que ser descartados, pero que los investigadores consideran requieren un análisis especial por parte de la institución, ya que pueden arrojar datos erróneos en el análisis posterior de sus indicadores.

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestros agradecimientos a todas las personas que de algún modo hicieron posible este proyecto, que nos apoyaron en el camino como nuestras familias y profesores, quienes estuvieron ahí siempre para reafirmarnos y recordarnos nuestro objetivo principal que ha sido siempre crecer a nivel profesional con la especialización que hoy culminamos a través de estas páginas que con tanto trabajo y cariño hoy le devolvemos al mundo académico.

Queremos ofrecer un reconocimiento especial a la universidad CES, por darnos todas las herramientas para desarrollar y emprender este viaje a través de la investigación, a la clínica Cardio VID por brindarnos la información necesaria para el desarrollo integral de este proyecto, a la epidemióloga la doctora Luz Eugenia Pérez, por haber sido nuestro punto de anclaje durante todo el trayecto y habernos acompañado en cada paso que dimos, al doctor Mario Alberto Zapata por ser nuestro asesor y también profesor, quien con sus enseñanzas, nos brindó parte del conocimiento adquirido y que hoy se ve reflejado en este resultado final. A ambos mil gracias por ser partícipes en este propósito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones unidas. Una población en crecimiento. [Internet]. Mar 2015. [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html#:~:text=Se%20espera%20que%20la%20poblaci%C3%B3n,de%2011.000%20millones%20para%202100>.
2. Weetman K, Dale J, Scott E, Schnurr S. The Discharge Communication Study: research protocol for a mixed methods study to investigate and triangulate discharge communication experiences of patients, GPs, and hospital professionals, alongside a corresponding discharge letter sample. BMC Health Serv Res. [Internet]. Noviembre 2019; 19(1):825. [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6849198/>
3. Humphries C, Jaganathan S, Panniyammakal J, et al. Investigating discharge communication for chronic disease patients in three hospitals in India. PLoS One. [Internet]. 2015;15(4). Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159187/>
4. Martínez M, Flores E, Uris J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Rev Calid Asist. [Internet]. Diciembre 2015; 31(2):76-83. [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-redisenio-del-proceso-alta-hospitalaria-S1134282X1500144X>
5. Forrellat B, Mariela. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2014 Jun; 30(2): 179-183. [citado 2021 Sep 20] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086402892014000200011&lng=es.
6. Garza Z, Beatriz. Calidad de la atención en salud. An. Fac. Med. [Internet]. 1999; 57:4. [citado 2021 Sep 19]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm
7. Superintendencia de Salud. Indicadores de calidad. [Internet]. [Citado 2021 Sep 19]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf

8. Cano M, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. [Internet]. Febrero 2016. 34(1): 48-53. [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n1/v34n1a06.pdf>
9. Ministerio de salud y protección social. Sistema Estándar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia. [Internet]. [19 de septiembre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF
10. Ministerio de salud y protección social. Sistema de Información para la Calidad e indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. [Internet]. [19 de septiembre 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf
11. Álvarez S, Escobar S, Ochoa L. Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo. CES Med. [Internet]. [citado 2021 Sep 19]. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5019/1/1128264789_2020.pdf
12. Ministerio de Salud del Perú. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y Diresa. [Internet]. [2 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
13. Van Seben R, Geerlings SE, Maaskant JM, Buurman BM. TIP study group. Safe handovers for every patient: an interrupted time series analysis to test the effect of a structured discharge bundle in Dutch hospitals. BMJ Open. [Internet]. Junio 2019;9(6). [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561436/>
14. Martinez M, Flores E, Uris J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Rev Calid Asist. [Internet]. Diciembre 2015; 31(2):76-83. [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-redisenio-del-proceso-alta-hospitalaria-S1134282X1500144X>
15. Mixon AS, Goggins K, Bell SP, et al. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. J Hosp Med. [Internet]. Febrero 2016;11(9):603-609.

[Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003753/>

16. Gholizadeh M, Janati A, Delgoshaei B, Gorji HA, Tourani S. Implementation Requirements for Patient Discharge Planning in Health System: A qualitative study in Iran. *Ethiop J Health Sci.* [Internet]. Marzo 2018;28(2):157-168. [Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016349/>

17. Arafteh M, Barghash MA, Haddad N, et al. Using Six Sigma DMAIC Methodology and Discrete Event Simulation to Reduce Patient Discharge Time in King Hussein Cancer Center. *J Healthc Eng.* [Internet]. Junio 2018:3832151. Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035855/>

18. Gaspari P, Almeida D, Taporsky, Zétola V, Lange C. Predictores de una estancia hospitalaria prolongada en una Unidad Integral para Atención de Accidente Cerebrovascular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Octubre 2019; 27: e3197. Citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692019000100377&script=sci_arttext&lng=es

19. Calle A. Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbaciones agudas en el hospital San Francisco de Quito IESS. [Tesis]. Quito. Pontificia universidad católica de Quito; 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12722/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20estancia%20hospitalaria%20prolongada%20en%20pacientes%20con%20diagn%C3%B3stico%20de%20enferme.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Arteaga S, García A, Gutierrez K, Plaza R. Propuesta para mejorar de la eficiencia técnica del servicio de hospitalización en el departamento de Casanare al año 2014. [Tesis]. Bogotá; 2014. Disponible: <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/906/Propuesta%20para%20mejoramiento%20de%20cobertura%20calidad%20y%20eficiencia%20tecnic.%20Dpto.%20Casanare.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

21. Acuña, E. et al. Estudio del Proceso de Giro Cama en Urgencias: Hospital Universitario Mayor. *Semilleros.* [Internet]. 2015; 2 (4), 43-52. [Citado 2 de octubre

de 2020]. Disponible en:
<https://revistas.fio.unam.edu.ar/index.php/semillero/article/view/58/58>

22. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de referencia rápida. Guía para el Síndrome Coronario Agudo. GPC-SCA. [internet]. 2013. Citado 25 de Octubre. Disponible en: https://medicosgeneralescolombianos.com/images/Guias_2013/gpc_17prof_sal_sca.pdf

23. Ministerio de salud y protección social. Principales causas de mortalidad en Colombia. [internet]. 2010. Citado 25 de Octubre. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>

24. W. Rosamond, K. Flegal, K. Furie, A. Go, K. Greenlund, N. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Haase, et al. [internet] 2008. 25-146. Citado 25 de Octubre. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18086926/>

25. Landeiro F, Roberts K, Gray AM, Leal J. Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs. [Internet]. 2019;59(2):86–97. Citado 28 de octubre. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28535285/>

26. Sanchez, B, Rodriguez, L, Robayos J. Costos financieros de la baja calidad por aumento de la estancia hospitalaria. [Internet]. 2017, 5-7. Citado 28 de octubre de 2021. Disponible en: <http://www.theibfr2.com/RePEc/ibf/rgnego/rgn-v5n7-2017/RGN-V5N7-2017-5.pdf>

27. Hernández, A, Zuluaga, D, Jiménez, F; Rubio, L. Costos de los egresos inoportunos de origen no médico en una clínica de alto nivel de complejidad en Colombia. [Internet]. 2020. vol. 45, pp 5-10. Citado 28 de octubre. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1255/949>

28. Mould JF, García C, Contreras I, Juárez T, Espinel C, Morales G, et al. Direct costs associated with the appropriateness of hospital stay in elderly population. 2009; 8:1–8. [Internet]. Citado 29 de octubre de 2021. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-151>

