

Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital

Relation between health services provider and the extended stay in the hospital

M. en C. Ignacio Javier González-Angulo¹, Lic. en Enf. Guadalupe del Carmen Rivas-González², Lic. en Enf. Aurora Romero-Cedano³, M.S.P. Benjamín Cortina-Gómez⁴

Recibido: 21-IV-09; aceptado: 1-X-09

Resumen

La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico.

Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad. Además, en estos casos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se retardan, y luego así como el deseo del personal de salud para realizarlos.

Revisamos 127 expedientes de pacientes con 7 o más días de estancia en el hospital. La causa principal para una estadía prolongada en el hospital se atribuyó a la organización hospitalaria. *Rev. CONAMED. 2009; 14(4):21-24.*

Palabras clave: estancia prolongada, costos, calidad.

Abstract

The length of a patient's stay in the hospital is a very important issue due to its relation with administrative facts as well as social and cultural matters and the clinical diagnosis.

There is a direct relation between a long term hospitalization and increase in costs and the risks of serious infections and high mortality. Besides, in these cases, diagnostic and therapeutic procedures are also delayed as it is the willingness of the health personnel to perform them. We reviewed 127 clinical files of patients with seven or more days of stay in a

hospital. The main cause for a long-term stay in the hospital is attributed to the hospital organization.

Key words: length of stay, costs, quality of care.

Introducción

El programa de calidad en los hospitales, en general debe incluir entre otros aspectos, la atención directa de problemas que aumentan el costo de la atención de los pacientes y no sólo los índices de morbilidad. Se debe valorar la satisfacción de los pacientes como receptores de un servicio, otorgado por un personal que se sienta satisfecho, con la utilización eficiente de los recursos y la determinación de hacerlo bien y de inmediato. La calidad debe ser expresada en términos concretos, que refieran el material ideal y excelencia en la técnica de los servicios médicos. (Rosswell M)¹

El aumento de los costos hospitalarios ha obligado a la búsqueda constante de situaciones que han contribuido a agravar este problema; las políticas de admisión hospitalaria de las instituciones de salud del Sector Público, al parecer no contribuyen a disminuirlo, por no considerar la influencia que ejercen en ese sentido los pacientes, los médicos y las propias unidades hospitalarias. Se debe considerar entre otros indicadores, la tasa de utilización hospitalaria como se hace en Estados Unidos de Norteamérica (EU).²

La Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 7 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 3 días y el mismo parámetro de 7 días para medicina

¹ Anestesiólogo y Profesor de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit.

² Jefe de Quirófanos del Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara".

³ Enfermera Quirúrgica del Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara".

⁴ Médico de Medicina Preventiva del Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara".

Correspondencia: M. en C. Ignacio Javier González Angulo, Av. Country Club 22, Col. Versailles, C.P. 63139, Tepic, Nayarit. Correo electrónico: nachote52@yahoo.com.mx.

interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de 12 días.³

En México, los sistemas de salud se han desarrollado mediante esquemas de empresa habilitados por el Gobierno, para ser utilizados tanto por pacientes que pagan sus servicios, como por indigentes que reciben atención gratuita, convirtiéndose el estado a la vez en proveedor y comprador de servicios⁴.

En el Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara" (HCAGG) tiene las mismas características de los hospitales del sistema. En 1998 se realizó un diagnóstico basal por la empresa Qualimed, que incorporó el hospital a la Cruzada Nacional por la Calidad⁴.

Por inquietud del equipo de trabajo que participó en esta investigación, se decidió revisar los diferentes factores que influyen en este programa.

Dice Arredondo que el programa de la calidad en general debe basarse no solo en la constatación de índices de morbilidad, sino en la atención directa de problemas que aumentan el costo de atención de los pacientes⁵. Se debe estar pendiente de la satisfacción como receptores de un servicio, a través de un personal que se sienta satisfecho con la utilización de los recursos y la firme determinación de hacerlo bien, adecuadamente y de inmediato⁶. Afirma Roswell¹ que la calidad debe ser expresada en términos concretos como idoneidad del material que se usa y la excelencia técnica de los servicios prestados.

En el HCAGG el proceso de atención se afecta por los factores anteriores, siendo éstos, como sostiene Arredondo⁵, conforme al modelo epidemiológico, los que están en función de las necesidades de salud, que llevan a la población a la utilización de los servicios, de la exposición de esta población a los factores de riesgo por el deterioro de su salud y la participación del hospital con los aspectos de accesibilidad, disponibilidad y características de los servicios.

La estancia hospitalaria constituye un problema permanente en las determinaciones estadísticas de la organización de un hospital, pues constituye un indicador indirecto de la calidad de la atención, ya que la prolongación de ésta incrementa la morbilidad, disminuye la disponibilidad de camas y aumenta los costos³. Partiendo de la pregunta: ¿cuál es la relación de la estadía hospitalaria, con el prestador de servicios de salud?, el objetivo general fue evaluar la participación asociada del prestador de servicios, con la prolongación de la estancia hospitalaria, específicamente determinar la relación de la duración de la estancia, con el incremento de la morbilidad hospitalaria y describir los factores que coadyuvan a esta situación.

Material y método

Se diseñó un estudio transversal, documental, aleatorio, de casos de pacientes hospitalizados en el HCAGG, domicilia-

dos en la zona urbana de la Ciudad de Tepic, Nayarit, en el período de 2001 a 2003. La muestra consistió en 219 expedientes seleccionados en forma aleatoria. Se consideraron variables de tipo cualitativo y se verificaron de acuerdo a los criterios señalados por Donabedian: factores socio-culturales, organización, los relativos al usuario y al prestador de servicios. Un factor no tomado en cuenta por este autor es la enfermedad o diagnóstico clínico, que está en función de la morbilidad general⁸. El promedio de la estancia hospitalaria es actualmente de 15.85.

Se trabajó con Epi-Info, lo que nos permitió elaborar varias tablas de contraste de cada caso, con criterios de credibilidad y transferencia de conceptos, por similitud de los contextos señalados por Donabedian⁸. En Epi-dat se concentraron los datos en un cuadro tetracórico, considerando 1 grado de libertad y chi cuadrada crítica de 3.841, dándole el tratamiento de OR 3.50 y límites de confianza inferior de 2.44 y superior de 5.04, en tanto que con Excel se elaboró una matriz estadística para k muestras independientes, considerando la distribución chi cuadrada con nivel de confianza de 0.957 y 11 grados de libertad, para determinar chi cuadrada crítica de 19.675, habiendo obtenido chi cuadrada experimental -275.95. En ambos casos rechazamos la hipótesis nula: *la prolongación de la estadía hospitalaria es independiente de los prestadores de servicio*.

En la hoja del censo diario hospitalario se localizaron los pacientes con más de 7 días de estancia hospitalaria. Estos se incluyeron en una base de datos de Epi-info, donde se registraron las causas de retraso para su alta, se reclasificaron de acuerdo a las variables que correspondían a cada caso.

Se volvieron a concentrar los expedientes clínicos en un formato específico. Como submuestras de validación se tipificó la variable del motivo de retraso o anticipación en su caso, de alta hospitalaria.

Resultados

Se aleatorizó la muestra, con los estudios previos y con la prueba piloto se precisó que la prevalencia de la estancia hospitalaria prolongada estaba en 18%, con alfa 0.005 y beta de 0.20 con OR de 2.0, el cruce de valores nos mostró una cifra de 207 y 171 casos, cifra rebasada dado que los casos muestreados fueron 221, determinando el grupo control con estancia menor de 8 días con una relación 2:1.

Existe evidencia de la dependencia entre variables. El Cuadro 1 muestra que los pacientes en quienes se prolongó su estadía, 127 fueron atribuidas al prestador de servicios contra 92 inherentes al resto. Lo anterior permite aceptar como válida la hipótesis alternativa y se concluye que la prolongación de la estadía hospitalaria y la actuación de los prestadores de servicio no son independientes.

Cuadro 1. Motivos del retraso en el alta.

MOTIVO	2 sem.	3 sem.	> mes	Total
FACTORES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS = 127				
Aplazamiento quirúrgico	11	2	6	19
Atención delegada a becarios	3	1	3	7
Falta de curaciones	0	0	1	1
Falta de diagnóstico	2	1	1	4
Imputables a enfermería	0	1	0	1
Sujeto a estudios académicos	3	0	0	3
Falta de exámenes de laboratorio	2	0	0	2
Carencia de Implantes	20	31	11	62
Condiciones de intubación orotraqueal	1	0	0	1
Exigencia de la organización	0	0	1	1
Falta de resultados de patología	3	0	0	3
Sujeto a protocolo especializado	2	1	2	5
Sujeto a pruebas funcionales	1	0	0	1
En espera de válvula	1	0	1	2
Punción lumbar accidental	1	0	0	1
Pendiente de TAC	5	2	2	9
Pendiente de urografía	0	2	2	4
Valoración retrasada	1	0	0	1
ATRIBUIDAS A USUARIO = 7				
Ausencia del familiar	3	0	2	5
Exigencia legal	0	1	1	2
ATRIBUIDAS A LA ORGANIZACIÓN = 17				
Infección nosocomial	3	3	6	12
Falta de donadores	1	1	0	2
Falta de preparación de alta	1	0	0	1
Falta de soluciones parenterales	2	0	0	2
ATRIBUIDAS A FACTORES SOCIALES = 6				
Depresión económica	3	2	0	5
Paciente Indígena	1	0	0	1
ATRIBUIDAS A LA ENFERMEDAD = 62				
Anemia crónica	2	1	0	3
Cirugía complicada	0	1	0	1
Diabetes crónica	0	0	1	1
Evolución tórpida	35	13	0	48
Hematoma subdural	1	0	0	1
Lavados peritoneales continuos	1	0	0	1
Paro cardíaco al alta	0	1	0	1
Quemaduras de 3º grado	1	0	1	2
Reinternamiento voluntario	1	0	1	2
SIDA	1	0	1	2
TOTAL	112	42	65	219

Los servicios con tiempos más prolongados muestran coherencia con los diagnósticos: en primer término se encuentra Traumatología y Ortopedia con 31 pacientes y Cirugía General con 14, que esperaron más de un mes (Cuadro2). En el Cuadro 1 se muestra la necesidad de implantes y el aplazamiento de intervenciones quirúrgicas por diversas causas. Las exigencias de estudios sofisticados comprenden más de la mitad de las causas atribuibles al prestador de servicios.

Cuadro 2. Servicios que retrasaron el alta.

SERVICIOS	2 semanas	3 semanas	> mes	Total
Cirugía General	38	17	14	69
Ginecobstetricia	2	0	0	2
Medicina Interna	21	8	6	35
Neonatología	3	3	10	15
Pediatría	25	6	4	35
Traumatología	23	9	31	63
Total	112	42	65	219

El Cuadro 3 muestra los 10 principales diagnósticos que prolongaron la estancia hospitalaria y en primer lugar los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, con tasa de morbilidad hospitalaria de 10.93 y fracturas con tasa de 6.77.

Cuadro 3. Diez principales diagnósticos que prolongan la estancia y su morbilidad hospitalaria 2002.

DIAGNÓSTICO	TASA DE MORBILIDAD DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO	TASA DE MORBILIDAD HOSPITALARIA 2002
1. Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas	28.76	10.93
1.1 Fracturas	21.91	6.77
2. Afecciones perinatales	8.67	5.10
3. Afecciones cerebrovasculares	6.84	0.91
4. Tumores malignos	5.02	1.72
5. Diabetes	3.65	1.53
6. Insuficiencia renal crónica	2.73	1.11
7. Desnutrición	2.28	No está en las primeras veinte
8. Neumonía	1.82	1.02
9. Osteomielitis	1.82	No está en las primeras veinte
10. En estudio (se ignora)	1.36	?

Discusión

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- En el HCAG el tiempo prolongado de estancia hospitalaria es dependiente de la actuación de los prestadores de servicio.
- La actuación del prestador de servicio es un riesgo para que se prolongue el tiempo de estancia en el HCAG.

En el HCAGG la estancia hospitalaria prolongada, se encuentra relacionada con las decisiones de aplazamientos de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuya voluntad de realizarlos depende de los prestadores de servicio y no de los programas. Con la enfermedad la relación depende de la evolución del padecimiento.

Los factores que contribuyen a la prolongación de la estancia hospitalaria en el HCAGG son:

- a. Aplazamiento de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos.
- b. Retención de pacientes por la necesidad de implantes ortopédicos.
- c. Infección nosocomial
- d. Atención asignada a becarios

La insistencia del personal médico en realizar procedimientos quirúrgicos privados en el medio público, contribuye a ello y si bien estamos en desacuerdo, ya que no es propósito de este trabajo emitir consideraciones éticas al respecto, sin embargo para el efecto: ¿es posible que cediendo algunos espacios y ciertos servicios a la participación privada, en forma debidamente normada y regulado por la propias autoridades del HCAGG, quiénes asegurarían recursos diagnósticos, de atención y enseñanza para ser destinados a los que menos tienen.

Conviene plantear la aplicación de dos programas operativos de reconocida vigencia en otras instituciones: el primero, más ampliamente conocido por la comunidad médica es la cirugía ambulatoria; el segundo es el servicio de internación domiciliar descrito por Juan Roubick y col.⁹ y que podría

ser un pabellón de asistencia social como plan piloto, antes de instituir el programa específico.

Desarrollar programas que estimulen la colaboración entre enfermeras y Médicos, en la toma de decisiones relacionadas con el alta. Zwarenstein¹⁰ marca que la ausencia de esta interacción contribuye a crear problemas de eficiencia y calidad.

Bibliografía

- ¹ Rosswell M. Medición de la calidad médica mediante estadísticas vitales Basadas en áreas de servicio hospitalario. AMJ PubHealth, 1952. 1952 42:276-286.
- ² Roemer M. Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: Un experimento Natural. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. EUA: OPS; 1992.
- ³ Secretaría de Salud. Valor estándar de los indicadores para la evaluación institucional de los servicios de salud, Marzo 1990, SSA.
- ⁴ Frenk J. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Proyecto 100 días, 2001 SSA. IMSS, ISSSTE.
- ⁵ Arredondo A. Modelos explicativos Sobre la Utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. Salud Pública Méx., Ene-Feb 1992, 34, 1.
- ⁶ González Angulo U. Plan de Acción 2000 del Programa de Mejoría de la Calidad, Acervo Normativo HCAGGSSN 2000.
- ⁷ Arredondo A. Costos económicos en la producción de Servicios de Salud: del costo de los insumos al costo del manejo de casos. Salud Pública Méx., 1997; 39:117-124.
- ⁸ Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. 1992
- ⁹ Roubicek J., Salvatore A., Kavka G., Wiersaba C. Rev. Panam Salud Púb 1999 6(39): 172-176.
- ¹⁰ Zwarenstein M, Brayant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Effective Practice and Organization of Care. Cochrane Library.