

**FACTORES ASOCIADOS A LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS
PROLONGADAS NO JUSTIFICADAS DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE
RIONEGRO**

INVESTIGADORAS

LEYDI JULIETH ZAPATA GOEZ

YURY RESTREPO HERNÁNDEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLIN**

2019

**FACTORES ASOCIADOS A LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS
PROLONGADAS NO JUSTIFICADAS DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE
RIONEGRO**

INVESTIGADORAS

Leydi Julieth Zapata Goez

Yury Restrepo Hernández

Estudiantes de postgrado, Maestría en Administración en Salud

Grupo de investigación Observatorio de Salud Pública

Línea de investigación administración y gestión en salud

Asesor de Investigación

José Bareño

Facultad de Medicina

Universidad Ces

Medellín

2019

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. INTRODUCCIÓN	11
2.2. ESTANCIA HOSPITALARIA (EH).....	12
2.3. GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (GRD).....	13
2.4. COSTOS SEGÚN GRD	14
2.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
2.6. ENFERMEDADES	16
2.6.1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	17
2.6.2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	18
2.6.3. ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS	18
2.6.4. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO.....	19
2.7. MARCO DE REFERENCIA.....	20
2.7.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN.....	20
2.7.2. HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN RIONEGRO	21
2.7.3. Modelo de atención de Hospital San Vicente Fundación Rionegro	21
2.8. OBJETIVO GENERAL.....	23
2.9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.2. TIPO DE ESTUDIO	24
3.3. POBLACIÓN.....	24
3.4. DISEÑO MUESTRAL.....	25
3.4.1. Muestra.....	25
3.4.2. Criterios de inclusión	25
3.4.3. Criterios de exclusión	26
3.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	26
3.5.1. GRÁFICO DE VARIABLES.....	27
3.5.2. TABLA DE VARIABLES	28
3.6. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
3.6.1. Técnica e instrumento de recolección de la información	31
3.6.2. Fuentes de información	32
3.6.3. Instrumento de recolección de la información	32
3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
5. RESULTADOS.....	35
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	35
5.2. ANALISIS BIVARIADO	40
5.2.1. ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN	40

6.	DISCUSIÓN.....	42
7.	RECOMENDACIONES.....	48
8.	CONCLUSIONES.....	49
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	51
10.	ANEXO	54
10.1.	ANEXO N. 1 HERRAMIENTA PARA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN EN HISTORIAS CLINICAS.....	54

RESUMEN

Introducción: Las hospitalizaciones prolongadas no justificadas genera efectos negativos a nivel institucional, en los pacientes y familiares. La aparición de eventos adversos que cambian la conducta médica genera complicaciones, aumentando días de estancias adicionales, además de factores administrativos que aportan un aumento de los costos institucionales. Por esta razón, el presente trabajo consiste en la identificación de los factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de complejidad.

Metodología: Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, observacional descriptivo tipo transversal y retrospectivo, buscando identificar cuáles son los factores más relevantes que llevan a los pacientes del servicio de hospitalización entre enero de 2012 hasta diciembre de 2018 a presentar una estancia hospitalaria prolongada no justificada.

Resultados: De los 549 pacientes con estancia prolongada, el 65.6% de la demora intrahospitalaria fue debido a causas administrativas, presentando unos días de estancia hospitalaria adicionales por factores administrativos de 9.5 días. De ellos el 57% fueron hombres, con una edad media de 59 años. De estos pacientes el 92.3% está afiliado al régimen contributivo y subsidiado.

Conclusión: La identificación de estos factores permite dar una visión general de la situación actual y crear estrategias al interior de la institución para minimizar efectos. Creando impacto a nivel financiero, en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención.

Palabras clave: Estancia prolongada, hospitalización no justificada.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La estancia hospitalaria prolongada (EHP) constituye una preocupación mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgo de eventos adversos” (1). Entre muchos factores importantes para las instituciones de salud, la estancia hospitalaria se ha convertido en un tema de interés dado el aumento de pacientes hospitalizados en los servicios de urgencias lo que está asociado a requerimiento de servicios como hospitalización, unidad de cuidados especiales (UCE) y unidad de cuidados intensivos (UCI). Al tratarse de servicios tan indispensables para una institución de salud estos deben ser proactivos en el ingreso, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y posterior alta de los pacientes. Debido a que las estancias hospitalarias se están prolongando más de lo esperado por causas no justificadas, se incrementan los riesgos de sufrir eventos adversos aumentando así los costos en la hospitalización.

La alta demanda en los servicios de salud y el trabajo constante de las instituciones por una atención hospitalaria segura y de alta calidad, hace necesario analizar en detalle cuales son los factores que podrían influir en que esta atención segura no se cumpla a cabalidad. Además de proporcionar información que permita a las instituciones crear estrategias para minimizar los efectos negativos que tiene una hospitalización prolongada sobre los pacientes y su familia, la institución y la sociedad en general. “El área de hospitalización se caracteriza por el alto consumo de recursos, tanto materiales como humanos y, en muchas ocasiones, la permanencia de los pacientes en esta área es excesiva, sin que ello conlleve a una mayor calidad asistencial” (2).

Uno de los factores que influyen en promover la inseguridad del paciente son las estancias hospitalarias prolongadas. “Las estancias prolongadas intrahospitalarias no solo incrementan los costos sino también las infecciones nosocomiales, la inmovilidad, las úlceras por presión y la trombosis venosa profunda, condiciones que ocasionan un empeoramiento en la calidad de vida del paciente” (3). Afectando de forma directa al paciente, a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), y también a las entidades promotoras de salud (EPS), al aumentarse los costos por el tratamiento adicional que requieren los pacientes para subsanar la condición agregada a la hospitalización.

La estancia hospitalaria no justificada es un problema que se ve reflejado en los cuidadores directos, pues les genera un problema económico, físico, emocional y social, ya que deben subsistir entre las labores diarias y aumentar sus esfuerzos para cuidar un familiar enfermo. Además, si la estancia prolongada genera problemas en la realización de las actividades diarias de autocuidado y/o movilidad creando una dependencia, el paciente va a generar una mayor demanda de atención en los servicios de salud y un mayor acompañamiento por parte de sus familiares.

“En el caso de Colombia, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto que se presentan casos de cierre temporal de estos. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencias son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75 % de los ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad” (1). Muchas de las instituciones de salud en Colombia se han visto obligadas a cerrar servicios o disminuir su recurso humano por problemas financieros, se podría pensar que uno de los problemas que provoca disminución de los recursos humanos y financieros en las instituciones de salud son las altas

tasas de pacientes hospitalizados sin justificación, pues son varios factores asociados que obligan a los pacientes a permanecer por mucho más tiempo del esperado en estos servicios.

Para el Hospital San Vicente Fundación Rionegro no es ajena la situación de estancia hospitalaria prolongada no justificada, según los indicadores institucionales los pacientes permanecen más tiempo del requerido en los servicios de hospitalización a la espera de diferentes procedimientos, insumos para manejo ambulatorio, oxígeno domiciliario, autorización de servicios, entre otros. Para una institución de salud de III nivel de complejidad es de suma importancia conocer cuáles son los factores que influyen en las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas con el fin de crear herramientas que le ayuden a minimizar el impacto negativo y las pérdidas económicas, garantizando una atención eficiente, segura y oportuna al mismo tiempo. Influyendo con esto a mejorar la satisfacción del paciente y su grupo familiar, conseguir una fidelización con la institución, además de crear confianza por parte de las empresas prestadoras de salud y la sociedad.

El hospital San Vicente fundación Rionegro (SVFR) en los siete años de atención a los pacientes del oriente Antioqueño y demás departamentos de Colombia, ha identificado que las estancias hospitalarias prolongadas se han incrementado generando mayores costos para la institución y riesgos para el paciente. Algunas de las causas son dificultades relacionadas con las aseguradoras, problemas administrativos, deficiente apoyo social, entre otras. Son causas muy generales que no permiten identificar a fondo cuáles son los principales factores que impiden un adecuado proceso de hospitalización.

1.2.JUSTIFICACIÓN

Al realizar esta investigación se busca evidenciar cuales han sido las principales causas de hospitalizaciones prolongadas no justificadas con el fin de crear estrategias que minimicen los efectos negativos. El hospital utiliza el manual de descripción de los Grupos Relacionados por el diagnóstico GRD. “este es un sistema de clasificación de pacientes que los agrupa en grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos” (4). Con esta herramienta se compara según el diagnóstico del paciente y el manual GRD cuanto tiempo consumió el usuario en la hospitalización y se considera una ganancia de días de hospitalización cuando el paciente estuvo menos del tiempo según los GRD. Esto permitirá hacer un análisis de historias clínicas entre enero de 2012 hasta diciembre de 2018 y con dicha herramienta contrastar con un ideal.

Con esta investigación se pretende dar respuesta a una situación vivida en los servicios de hospitalización, al identificar en concreto cuales son las causas por la que los pacientes no cumplen una hospitalización establecida según los GRD, buscando generar cambios que ayuden a mitigar los efectos negativos que se tienen en el sistema de salud, en la institución, en el paciente y su familia. Se tomaron los siguientes datos requeridos según los grupos relacionados de diagnóstico: edad, sexo, nivel educativo, tipo de aseguramiento, apoyo familiar, demora para autorización de insumos o medicina domiciliaria, eventos adversos, clasificación del paciente según grupo de enfermedad y estancia hospitalaria. Con esta información se realizó un análisis y se determinó si fue o no una hospitalización prolongada no justificada encontrando las causas de esta, donde las administrativas no justifican una hospitalización prolongada y las causas clínicas si las justificas ya que para esta investigación se tendrá en cuenta solamente cuando el paciente presente un diagnóstico secundario el cual ocasiona la prolongación de la estancia hospitalaria.

Los sistemas de salud deben ser eficientes y oportunos para que la calidad de la atención sea la más idónea. Aunque los procesos de salud tienen una variedad de complejidades, estos deben brindar una atención integral y humanizada, por eso intentar esclarecer que factores influyen en las estancias hospitalarias prolongadas ayuda a mejorar el sistema de salud ya que lo hace más eficiente y costo efectivo.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores asociados a estancias hospitalarias prolongadas no justificadas en pacientes mayores de 18 años entre enero de 2012 y diciembre de 2018 en una institución de III nivel de complejidad?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTRODUCCIÓN

Es necesario para el desarrollo de la investigación ampliar los conceptos más utilizados para así llegar a una síntesis de los diferentes temas que permita una evolución más fluida de los resultados.

Debido a la alta demanda asistencial ha cambiado el concepto de los hospitales de brindar salud por caridad para convertirse en empresas, y como tal requieren de diferentes elementos para mantenerse productivas, ser confiables y económicamente sostenibles. Para lograr estos objetivos es necesario identificar cuáles son los factores que aumentan el consumo de los recursos en las instituciones de salud, con el fin de intervenir oportunamente la situación que genera los sobrecostos (5).

Uno de estos recursos son las estancias hospitalarias (EH), las cuales se convierten en una fuente de altos consumos o por el contrario de aprovechamiento de estos. Para definir como deberían ser las EH se utilizaron los grupos relacionados por diagnóstico que permiten identificar en el hospital San Vicente Fundación Rionegro cuáles fueron las causas de la prolongación de las hospitalizaciones y como se aumentan los costos debido a estas. Para llegar a los resultados se definieron temas requeridos como estancia hospitalaria, grupos relacionados de diagnósticos, costos según los GRD, entre otros, con el fin de entender más a fondo como es la productividad en salud y de que depende la sostenibilidad de una institución de salud en un medio con tantos problemas económicos y de accesibilidad (1).

2.2. ESTANCIA HOSPITALARIA (EH)

La EH es un recurso que se ve afectado en muchas instituciones de salud por no decir la mayoría, ya que los requerimientos de servicios médicos van en aumento y se evidencia una alta demanda y poca rotación de los pacientes desde el servicio de urgencias hacia otros servicios debido a las prolongaciones de las hospitalizaciones. “Un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes”(1). La estancia hospitalaria indica el tiempo en el que un paciente utilizó un servicio ya sea de urgencias, hospitalización, UCE o UCI, los recursos que consumió y si fue en el tiempo que se estipulaba, este tiempo se mide diferente en cada institución, en el hospital San Vicente Fundación Rionegro se mide con los GRD o grupos relacionados por diagnóstico. “El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados” (1). Por esta consideración es necesario medir el tiempo de hospitalización de los pacientes y determinar si fue el apropiado o si por el contrario fue prolongado llevando a la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pueden conllevar a la muerte del paciente.

“Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar camas, aumentando así la capacidad efectiva”(1)

2.3. GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (GRD)

“Es un sistema de clasificación de pacientes codificado en su número manejable de grupos, teniendo cada grupo un comportamiento homogéneo en el consumo de recursos” (6)

Este manual de los GRD permite que los pacientes con características clínicas similares se agrupados en categorías, agrupa los que tengan un consumo de recursos homogéneos lo cual ayuda a determinar las causas de hospitalización. También las características de los pacientes ayudan a definir que recursos se requieren para su atención.

Para el desarrollo algorítmico de los GRD es necesario que los pacientes ya se encuentren de alta y su historia clínica electrónica este facturada, posterior a esto se determinan los principales datos del paciente como los son el sexo, edad, diagnóstico principal, comorbilidades, complicaciones, además se evalúa la realización de procedimientos, ayudas diagnósticas, traslados a unidades de atención diferentes como lo son UCI o UCE y con esto la necesidad de atención por profesionales en especialidades de determinada área. Al determinar todos estos procesos en el cual el paciente estuvo involucrado se obtendrá también el costo que fue generado durante todo este trayecto de hospitalización (7).

Los GRD tienen 23 categorías de diagnósticos principales, donde se hace la división por conjunto de órganos y se tiene en cuenta los pacientes que requirieron un procedimiento quirúrgico y los que no, además los pacientes que presentaron complicaciones y comorbilidades durante la hospitalización (6).

Determinando con esta herramienta además de la estancia hospitalaria el coste medio del tratamiento de los pacientes que pertenecen a un determinado GRD, costo que es requerido por toda institución para conocer los gastos por cada

paciente y hacer un control sobre adherencia a guías y protocolos, control de eventos adversos y procedimientos, además de un estricto seguimiento de control de calidad.

Cuando se habla de una estancia hospitalaria esta incluye todo lo que influye en la recuperación de un estado óptimo de salud y también lo que determina que esta se deteriore más. Entre los factores que aumentan los días de estancia hospitalaria se incluye la incidencia de eventos adversos ya sea por una mala adherencia a guías o protocolos o por falta de controles de calidad. Pero en cualquiera de los casos estos eventos adversos pueden prolongar las estancias hospitalarias y con esto aumentar los costes (1).

2.4. COSTOS SEGÚN GRD

“El cálculo de los costos permite medir la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos, así como la viabilidad de los diferentes tipos de contratación con las aseguradoras” (7). Las instituciones de salud son ahora consideradas empresas que desarrollan una actividad económica y su fin es visto en unidad de producción. Donde restablecer la salud es el bien buscado, pero para llegar a este fin, se requiere la utilización de recursos tanto humanos como tecnológicos los cuales deben actuar de forma coherente entre generar un bien al paciente y una estabilidad sostenible en el tiempo para la empresa que presta los servicios de salud (5).

El sector hospitalario como empresa involucra diferentes factores para la atención de los pacientes como lo es “alimentación, lavandería, confección y los servicios de salud” propiamente buscados al acudir a una institución de salud. Lo que hace que los costos se incrementen no solo a la atención sino a diferentes factores de hotelería que hacen parte de la atención con calidad (5).

Por esta razón es necesario limitar los costos por procesos el cual se ve reflejado en el consumo de recursos, pero teniendo claro que la finalidad es la atención integral del paciente independientemente de lo que cueste. Los costos tienen como fin la planificación de los procesos y el control en las instituciones de salud, logrando establecer según un valor determinado dados los GRD si es posible disminuir las estancias hospitalarias y aprovechar las ganancias de estas por el bien de la institución, de los pacientes y del personal que allí labora (7).

2.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las instituciones prestadoras de servicios de salud han evolucionado a través de los años, con la aparición de nueva tecnología, el tipo de paciente que atienden y lo más importante siguiendo su razón de ser, donde para todas sin ninguna duda debe ser el paciente. Pensando en el paciente se han desarrollado diferentes estrategias concebidas en el sistema de garantía de calidad como lo es la seguridad clínica. Estrategia de la que se habla en todo el mundo, la OMS lanzo la “alianza mundial para la seguridad del paciente buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores eventos adversos” (8).

Con el fin de garantizar esta seguridad se crearon requerimientos mínimos para la atención de los pacientes como son infraestructura adecuada, un recurso humano apropiado y calificado, además de recursos en cuestión de medicamentos e insumos médicos. Al implementar la seguridad al paciente se está disminuyendo el riesgo, es decir la probabilidad de que sufra un evento adverso en el proceso de su atención. Los eventos adversos no son generados de forma intencional, pero si pueden ser prevenibles o no prevenibles, y la materialización de estos en una institución habla de un resultado en la atención (9), (10).

“En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” (11).

Las barreras de seguridad son las acciones que reducen el riesgo y son necesarias en todo proceso de atención. La implementación de procesos de atención seguros lleva a la erradicación de un círculo constante donde el paciente ingresa a la institución para ser atendido de la mejor manera y según su necesidad específica, allí se le brinda un diagnóstico y un tratamiento acorde a su enfermedad y se espera una adecuada evolución para su posterior alta y regreso a su entorno familiar. Es probable que en este proceso de atención se desencadenen diferentes circunstancias como demora en los procedimientos, flebitis mecánica o medicamentosa, úlceras asociadas a la dependencia, des acondicionamiento etc. factores que van de la mano con el requerimiento de más días de hospitalización. Al aumentar la hospitalización más de lo debido se aumenta la probabilidad de sufrir una falla en la atención que con lleva a lo anteriormente mencionado y para ambos casos las consecuencias para el paciente, la familia y la institución son notorias y altamente costosas (1).

2.6. ENFERMEDADES

Para esta investigación es importante definir las enfermedades mas prevalentes que se encontraron en el hospital San Vicente Fundación Rionegro ya que esto permite que personas que sean ajenas al área de la salud puedan comprender con facilidad los diferentes términos que se usaron.

2.6.1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

“Según la OMS Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo” (12).

“Conjunto de patologías y enfermedades diversas en sus causas o etiología y sus manifestaciones clínicas (signos y síntomas). Dentro de estas enfermedades se encuentran, entre otras, la cardiopatía isquémica, la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva, parte de la insuficiencia cardíaca, algunos aneurismas y las trombosis arteriales. Las enfermedades cardiovasculares se diagnostican con diferentes pruebas de laboratorio y estudios de proyección de imagen”(13).

Según los registros de la OMS “más de las tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios” y que la mayoría de estos podrían prevenirse generando acciones sobre los riesgos comportamentales de las personas como lo son la dieta inadecuada, sedentarismo, consumo de alcohol y/o tabaco etc. (12).

2.6.2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

“Las enfermedades respiratorias crónicas son enfermedades crónicas de las vías aéreas y otras estructuras del pulmón. Algunas de las más comunes son: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades pulmonares ocupacionales e hipertensión pulmonar. La enfermedad respiratoria crónica de las vías respiratorias inferiores, fundamentalmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica” (14). Su diagnóstico se hace mediante proyección de imagen, exámenes de sangre, espirometría, entre otros. Según datos de la OMS (2004), 235 millones de personas padecen asma, 64 millones tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (15).

Es muy importante determinar que el EPOC según la OMS es una enfermedad progresivamente mortal que ocasiona aparte de un cuadro de síntomas propios de esta, una predisposición a padecer enfermedades graves como consecuencia de esta. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. Además, como se evalúa en las enfermedades cardiovasculares más del “90% de las muertes se producen en países de bajos y medianos ingresos” (16).

2.6.3. ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS

“Los problemas musculoesqueléticos son un conjunto de lesiones y síntomas que afectan al sistema osteomuscular, principalmente las partes blandas (músculos, tendones y nervios) y estructuras asociadas. Se localizan con más frecuencia en cuello, hombros, espalda y extremidades superiores” (17). La aparición de este tipo

de enfermedades genera déficit en la calidad de vida y aumenta el costo para las personas, familias e instituciones de salud.

“El incremento considerable de la incidencia de lesiones del sistema musculoesquelético en Colombia no ha superado la etapa de diagnóstico. Las estrategias actuales limitan su alcance al desarrollo de programas de intervención clínica y rehabilitación y a la implementación de programas de vigilancia epidemiológica que no han mostrado los resultados esperados en términos de prevención”(18). La prevención debe ser el principal enfoque del sistema de salud en Colombia ya que si se actúa bajo este orden se puede disminuir la incidencia de este tipo de enfermedades y se disminuyen considerablemente los costos para un sistema de salud que cada día necesita más apoyo financiero para poder surgir y brindar atención con calidad a sus usuarios.

2.6.4. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

“El aparato digestivo ejerce una influencia considerable en la eficiencia y capacidad de trabajo del organismo y sus enfermedades, agudas o crónicas, son algunas de las causas más frecuentes de absentismo y discapacidad”(19). El sistema digestivo son varios órganos que lo conforman, entre ellos boca, esófago, estomago, intestinos (delgado-grueso) recto y ano, pero además también existen otros órganos que hacen un trabajo conjunto con el tracto gastrointestinal que son la lengua, las glándulas salivales, el páncreas, el hígado y la vesícula biliar. El sistema gastrointestinal es el encargado de diferentes funciones en el cuerpo humano tales como: ingestión, digestión, absorción y excreción, funciones de vital importancia para mantener la estabilidad, cualquier afectación en alguno de estos órganos que lo conforman generarían una serie de patologías e incapacidades que deteriorarían la salud de las personas. por esta razón el hospital san Vicente fundación creo la unidad de enfermedades digestivas para la atención integral de

los pacientes con este tipo de patologías, brindando atención de alta calidad, con especialistas idóneos, además de garantizar la mejor atención y ofrecer las mejores opciones de diagnóstico y tratamiento a todo tipo de enfermedades digestivas(20).

2.7. MARCO DE REFERENCIA

2.7.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN

El hospital San Vicente fundación es una institución de tercer nivel de complejidad fundada a principios de 1.913 en la ciudad de Medellín, desde ese momento ha permanecido en un avance continuo abriéndose camino en diferentes áreas de conocimiento médico, además de crear una red de alta complejidad integrada por el hospital universitario, hospital infantil y por último al ver la necesidad de expandirse y brindar atención de alta complejidad a todo el oriente antioqueño y a los demás departamentos de Colombia, deciden fundar hospital San Vicente Fundación Rionegro. Es una institución creada con medicina de alta complejidad que abrió sus puertas en el año 2011 para brindar cuidados especializados a sus pacientes y cuenta con los siguientes servicios. Un total de 180 camas de las cuales 35 son de cuidados intensivos e intermedios, un Centro de Trasplantes y Tejidos, un Centro Cardiopulmonar y Pulmonar, un Centro de Enfermedades Digestivas, Cirugía Bariátrica, reemplazo de cadera y rodilla, urgencias, hospital de día: especializada, quimioterapia, radioterapia, Cuidado paliativo Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otras (21).

2.7.2. HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN RIONEGRO

El objetivo es atender pacientes de alta complejidad siguiendo los máximos estándares de calidad y seguridad; con personal altamente calificado, humanizado y especializado; en un ambiente agradable con un diseño arquitectónico moderno, ágil y eficiente basado en las necesidades asistenciales y en las expectativas de calidad, no solo de los pacientes sino de todos los usuarios y colaboradores” (5). Centros especializados cambia su nombre en el 2017 a hospital san Vicente fundación Rionegro continuando con los mismos objetivos por la que fue fundada. Ofreciendo los más altos estándares de atención y seguridad del paciente, contando con las acreditaciones nacionales -ICONTEC, certificación LEED (Liderazgo en Energía y Diseño Ambiental Green Building Rating System TM) y trabajando para el futuro por la acreditación Joint Commission International. Todo esto para continuar con una misión centrada en el paciente y su familia (21).

2.7.3. MODELO ATENCIÓN HOSPITAL SAN VICENTE FUND. RIONEGRO

El modelo de atención de San Vicente Fundación Rionegro integra los procesos asistenciales y administrativos, dando como resultado el brindar cuidados con calidad y excelencia con un reflejo inmediato en la satisfacción de los usuarios.

El modelo de atención incluye cuatro políticas específicas:

La política de hospital seguro enfoca sus estrategias en disminuir la incidencia de eventos adversos y construir en todos los colaboradores una cultura de seguridad el paciente. Así mismo busca brindarle a los pacientes y familiares herramientas que le ayuden a cuidar o generar independencia en las actividades de la vida diaria, creando estrategias útiles que le permitan reintegrarse a su entorno familiar y a la

sociedad con esto se refiere a una política de hospital que facilita el autocuidado. También el hospital san Vicente fundación entiende la importancia de un adecuado estado nutricional para contribuir a una recuperación más eficiente, por eso realiza una valoración nutricional al ingreso de cada paciente para determinar su riesgo nutricional y con esto contribuir en el proceso de atención. Y por último conoce que su labor es con seres humanos tanto como en recurso humano como en pacientes así que busca la interiorización de valores y principios, que ayudan a generar una interacción de respeto, armonía y por esto creo una política de hospital humanizado (21).

OBJETIVOS

2.8. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores y los costos asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas en pacientes mayores de 18 años atendidos en una institución de III nivel de complejidad entre enero 2012 hasta diciembre de 2018.

2.9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la caracterización sociodemográfica de la población hospitalizada en una institución de III nivel de complejidad.
2. Determinar la proporción de estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de los pacientes en el servicio de hospitalización según los GRD (grupos relacionados por diagnóstico).
3. Asociar los factores administrativos que conllevan a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas en pacientes mayores de 18 años en causas intervenibles o no.
4. Determinar los costos de los pacientes que tuvieron más días de estancia hospitalaria según los GRD.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo. Esta investigación está respaldada en la recolección de información por medio de una herramienta prediseñada y aplicada a las historias clínicas electrónicas de unos pacientes ya determinados. Con el fin de establecer la relación entre estancia prolongada, aspectos clínicos, aspectos administrativos, sociodemográficos y otros.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con intensión analítica, tipo transversal y retrospectivo, buscando identificar cuáles son los factores más relevantes que llevan a los pacientes mayores de 18 años del servicio de hospitalización registrados en la base de datos entre enero de 2012 hasta diciembre de 2018 a presentar una estancia hospitalaria prolongada no justificada en el hospital San Vicente Fundación Rionegro.

3.3. POBLACIÓN

Pacientes mayores de 18 años que estuvieron registrados en el servicio de hospitalización del hospital San Vicente Fundación Rionegro en el periodo de enero de 2012 hasta diciembre de 2018.

3.4. DISEÑO MUESTRAL

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra se tomó un censo de las estancias hospitalarias prolongadas, se documentó con la oficina de registros del hospital San Vicente Fundación Rionegro el promedio mensual de los pacientes que egresan al mes (promedio 574) y se determinó también por medio de la misma fuente de información el porcentaje de pacientes con estancia prolongada (+/- 3.5%), en este sentido se eligen las historias clínicas de los pacientes que permanecieron clasificados por estancia prolonga para participar en el estudio.

3.4.1. Muestra

Se utilizó la información entregada por el hospital San Vicente Fundación Rionegro, en este sentido se eligieron las historias clínicas de los pacientes que permanecieron clasificados por estancia prolonga según los GRD para participar en este estudio. De las 959 historias se analizaron 600 historias clínicas, de las cuales solo 549 cumplieron con los criterios de inclusión y se clasificaron en dos grupos:

- *Estancia prolongada justificada de situación clínica.
- *Estancia prolonga no justificada de situación administrativa entendida esta por causas no clínicas.

3.4.2. Criterios de inclusión

Pacientes hospitalizados en la institución San Vicente Fundación Rionegro mayores de 18 años que tengan una estancia hospitalaria prolongada definida según los manuales de los GRD.

3.4.3. Criterios de exclusión

No se tendrán en cuenta para esta investigación pacientes que al revisar el registro en la historia clínica se observe que fueron dados de alta desde un servicio diferente de hospitalización o que se registre que falleció durante la estancia hospitalaria.

3.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Se definió la estancia hospitalaria como la variable dependiente de esta investigación. La cual fue calculada con la herramienta GRD (grupos relacionados por diagnóstico), donde se pueden clasificar a los pacientes en grupos si el diagnóstico es clínicamente semejante y con base a esto determinar si la estancia hospitalaria fue mayor o menor según la herramienta, encontrando posibles causas de prolongación de la hospitalización y determinar el consumo financiero de estos pacientes.

1. Variable Dependiente: Estancia hospitalaria
2. Variables independientes: se agrupan en sociodemográficas, inherentes al paciente, a las aseguradoras y a la institución de salud.

3.5.1. GRÁFICO DE VARIABLES



3.5.2. TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Codificación
Variable independiente sociodemográficas				
Sexo	Condición fisiológica.	Cualitativa	Nominal	1 Hombre 2 Mujer
Edad	Número de años de vida de una persona.	Cuantitativo	Discreta	Edad en años
Nivel educativo	Máximo nivel educativo alcanzado.	Cualitativa	Ordinal	1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Técnico/ tecnólogo 5 Universitaria 6 Otros
Tipo de aseguramiento	Condición de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.	Cualitativa	Nominal	1 Subsidiado 2 Contributivo 3 Póliza 4 Particulares 5 Otros
variable independiente inherentes al paciente				
Apoyo familiar.	Condición en la que, aunque no esté una persona siempre presente, hay un cuidador responsable del paciente.	Cualitativa	Nominal	1 Si 2 No
Diagnostico secundario	El paciente tiene un diagnostico medico adicional al de su ingreso, aumentando sus días de estancia hospitalaria.	cualitativa	nominal	Cual diagnóstico:
variable independiente inherentes a las aseguradoras				
Cuáles son las causas de demora intrahospitalaria.	Cuál de los procesos presento mayor demora para continuar con el proceso de hospitalización.	Cualitativa	Nominal	1 Autorizaciones 2 Entrega de insumos 3 Medicina domiciliaria
Días de demora intrahospitalaria	Número de días que tarda un paciente en el servicio de hospitalización a la espera que se autorice medicina domiciliaria, procedimientos, y se entreguen insumos.	cuantitativa	continua	Número de días:
variable independiente inherentes a la institución de salud				

Eventos adversos.	Presencia de un resultado negativo de una atención hospitalaria.	Cualitativa	Nominal	1 Si 2 No
Tipo de evento	descripción del evento adverso que sufrió el paciente durante la estancia hospitalaria	cualitativa	nominal	1.solicitud no pertinente de hemo componentes 2.ulceras por presión 3.otros eventos, incidentes y/o accidentes 4.problemas relacionados con nutrición 5.problemas relacionados con la identificación 6.delirium 7.desacondicionamiento 8.enfermedad tromboembólica venosa complicaciones de paciente anticoagulado 9.problemas relacionados con investigación clínica 10. problemas relacionados con el uso de dispositivos médicos 11.problemas relacionados con el uso de medicamentos 12.reingresos antes de 20 días post-alta 13. fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados 14. infecciones asociadas al cuidado en salud 15. inoportuna evaluación medica 16. mortalidad institucional general 17. problemas con ayudas diagnosticas (perdida o demora) 18. problemas derivados de procedimientos en cirugía 19. problemas durante la realización de apoyos diagnósticos 20. problemas relacionados con el cuidado de la vía aérea

				21. problemas relacionados con el uso de hemo componentes 22. accidentes 23. caídas 24. cancelación de cirugías 25. demora en la realización de cirugías 26. dermatitis 27. estancia inadecuada 28. infiltraciones y extravasaciones 29. falta de suministros y/o medicamentos 30. flebitis
Clasificación del paciente según su categoría de diagnóstico principal de acuerdo con los GRD.	Agrupación de enfermedades según el sistema u órgano corporal que afecta determinado por la categoría de diagnóstico principal de los GRD.	Cualitativa	Nominal	1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso. 2. Enfermedades y trastornos del ojo. 3. Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta. 4. Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio. 5. Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio. 6. Enfermedades y trastornos del aparato digestivo. 7. Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas. 8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo. 9. Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama. 10. Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutricional y metabólico. 11. Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias. 12. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino. 13. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino. 14. Enfermedades y trastornos de sangre, órganos

				hematopoyéticos y sistemas inmunitarios. 15. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas. 16. Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas 17.enfermedades y trastornos mentales. 18. abuso y dependencia a drogas y alcohol 19. lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos 20. tras causas de atención sanitaria.
Variable dependiente				
Estancia hospitalaria	Más de un día de hospitalización según el GRD definido se considera como estancia prolongada.	Cualitativa	Nominal	1. administrativa 2. clínica

3.6. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.6.1. Técnica e instrumento de recolección de la información

Para la recolección de los datos se hizo revisión de 549 historias clínicas con el fin de verificar con la herramienta GRD la información de los pacientes dados de alta desde enero de 2012 hasta diciembre de 2018, además se agregó información de las variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel educativo, tipo de aseguramiento, si cuenta con apoyo familiar variable verificable según las evoluciones médicas y trabajo social, otra variable inherente a las aseguradoras como demora en la autorización de procedimientos, de insumos y medicina domiciliaria, variable inherente a la institución de salud como eventos adversos o

infecciones asociadas al cuidado, complicación de procedimientos quirúrgicos, clasificación del paciente según grupo de enfermedad y por último estancia hospitalaria.

3.6.2. Fuentes de información

El hospital San Vicente Fundación cuenta con un software llamado SAP el cual interactúa con ALCORE que permite la gestión y coordinación de la asistencia. Sus funciones se desarrollan desde la preinscripción y asignación de camas hasta un amplio conocimiento de la historia clínica del paciente desde su ingreso hasta la posterior alta, permitiendo conocer cada uno de los aspectos necesarios para alimentar la base de datos requerida para el desarrollo de la investigación (22).

3.6.3. Instrumento de recolección de la información

La información obtenida del software SAP se plasmó en una herramienta diseñada para revisión de historias clínicas la cual contenía unas variables de interés ya determinadas anteriormente. Están categorizadas según su orden de independiente o dependiente.

Categoría 1 sociodemográficas: edad, sexo.

Categoría 2 inherentes al paciente: tiene apoyo familiar.

Categoría 3 inherentes a la aseguradora: Demora en la autorización de procedimientos y hospitalización, demora en la entrega de insumos para manejo ambulatorio del paciente.

Categoría 4 inherentes a la institución de salud: Eventos adversos.

Categoría 5 Según los GRD: Conjunto mínimo básico de datos (CMBD), Sistema de costos, Sistema de clasificación de pacientes (CIE).

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida se recopiló en el programa Microsoft Excel 2013, posterior a esto se tabuló y se analizó según el software SPSS versión 22 el cual permite ingresar gran información, la cual es presentada en tablas y gráficos. También se utilizó el software ALCORE el cual fue facilitado por el hospital San Vicente Fundación Rionegro, este interactúa con el software SAP para clasificar los pacientes que estuvieron hospitalizados y ya fueron dados de alta. Al generar el alta médica los pacientes reciben una clasificación GRD según la categoría, tipo de GRD y nivel de gravedad, generando los datos necesarios para realizar el análisis de la información obtenida.

El análisis de los datos se realizó de tres formas para responder a cada uno de los objetivos: El primero fue el análisis univariado que permitió describir las características de los pacientes participantes, para ello se realizaron tablas de frecuencia tanto para el objetivo 1, 2 y 4.

El segundo es el análisis bivariado el que permitió conocer la asociación entre las variables de acuerdo con lo establecido en el objetivo 3, es decir, la asociación entre los posibles factores o las características sociodemográficas con la estancia hospitalaria prolongada.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este proyecto de investigación se tuvo en cuenta la resolución No.008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece “*las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*” indicando que este estudio es sin riesgo, ya que la fuente de información es documental mediante un estudio retrospectivo y donde no se modifica en ninguna forma las variables inmersas en el ser humano como lo sería biológica, social y física de las personas involucradas en el estudio. Para la recolección de la información se empleó una herramienta de recolección de datos por medio de historia clínica digital.

Para el desarrollo de la recolección de la información para la investigación se contó con la aprobación de la institución, la cual previa a la autorización permitió el acceso a la base de datos de las historias clínicas. Este análisis de información cumplió con criterios de confidencialidad donde no se expone la privacidad del paciente.

Este proyecto de investigación cumple con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definido en la declaración de Helsinki en 1964, la cual ha sido adoptada por diferentes asambleas alrededor del mundo desde la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 hasta 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

5. RESULTADOS

Para esta investigación la institución refirió 959 historias de pacientes que presentaron estancia hospitalaria prolongada según los GRD, en el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2018. Se seleccionaron 600 historias de las cuales 549 cumplieron con el criterio de inclusión, obteniendo el 57,2% del total de las historias clínicas.

La estancia hospitalaria prolongada es una situación que afecta a las instituciones prestadores de servicios de salud, debido a que estas estancias se evalúan como indicadores de flujo de pacientes el cual podría ser ineficiente. Disminuir estas estancias prolongadas es prioritario ya que en Colombia el sistema de seguridad social en salud atraviesa una crisis donde el número de pacientes supera la capacidad de las IPS(1).

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA	N=549 Fa (%)
EDAD (años) <ul style="list-style-type: none">• Media (DE)• Min- Max.	56.7 (18.9) 19 - 95
SEXO <ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino	313(57.0) 236 (43.0)
EDAD_GRUPO <ul style="list-style-type: none">• Adulto joven (19-34)• Adultez intermedia (35-60)• Vejez (> 60)	112 (20.4) 250 (45.5) 187 (34.1)
EDUCACIÓN (n=549) <ul style="list-style-type: none">• Ninguno• Básica-Intermedia• Técnico-Profesional	153 (37.2) 194 (47.2) 64 (15.6)

REGIMEN SALUD	
• Contributivo	272 (49.5)
• Subsidiado	235 (42.8)
• Póliza	42 (7.7)

Se evidencia la caracterización sociodemográfica de los pacientes evaluados donde el sexo predominante fue el masculino con un 57%, en cuanto a la edad media fue de 56 años. En cuanto al nivel educativo un 47,2% obtuvieron un título de primaria y de secundaria siendo el nivel educativo predominante en los pacientes evaluados. El régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se realizó por medio del régimen contributivo y subsidiado en un 92.3%, observando un porcentaje muy alto de afiliación donde se evidencia el cumplimiento de la reforma de la ley 100 donde todo ciudadano colombiano debe pertenecer a un sistema de seguridad social en salud (tabla 1).

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS

DISTRIBUCION DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS	N=549 Fa(%)
CLASIFICACIÓN DE ESTANCIA PROLONGADA	
• Administrativo	360(65.6)
• Clínico	189 (34.4)
FACTORES DE DEMORA	
• Autorización	260(47.4)
• Factor clínico	204 (37.2)
• Entrega de insumos	51 (9.3)
• Medicina Domiciliaria	34 (6.2)
DIAS DE DEMORA	
• Media (DE)	11,16 (10.9)
• Min – Max	1- 98

De las 549 historias clínicas evaluadas se observa que la mayor parte de los pacientes presentaron problemas administrativos que dificultó un egreso adecuado en un 65,6%, lo que indica que un alto porcentaje de pacientes tuvo días de hospitalización no justificada, de los factores más frecuentes fue la demora en las autorizaciones con un 47,4%.

El 37.2% restante de los pacientes evaluados tuvo una causa clínica la cual para este estudio es un factor que va ligado con procesos fisiológicos propios del paciente los cuales no se pueden modificar, por lo tanto, esta estancia hospitalaria prolongada por causa clínica se consideró que era totalmente justificada y no se tuvo en cuenta otros factores como la ocurrencia de eventos adversos. Adicional a lo anterior los pacientes presentaron un aumento en los días de estancia hospitalaria con una media de 11.16% días con un mínimo de 1 a un máximo de 98 días (tabla 2).

Tabla 3. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

DESCRIPCION CLINICA	N=549 Fa(%)
HUBO EA	
• SI	344 (62.7)
• NO	205 (37.3)
TIPO EVENTO ADVERSO	
• Reingresos Antes De 20 Días Post-Alta	43 (7,8)
• Problemas Relacionados Con Uso Medicamentos	40 (7,3)
• Flebitis	35 (6,4)
• Otros Eventos, Incidentes Y/O Accidentes	33 (6,0)
• Falta De Suministros Y/O Medicamentos	29 (5,3)
• Caídas	21 (3,8)
• Inoportuna Evaluación Medica	21 (3,8)
• Problemas Ayudas Dxs. (Perdida O Demora)	19 (3,5)
• Ulceras Por Presión	19 (3,5)
• Problema Relacionados Con Uso Dispositivos Md.	14 (2,6)
• Cancelación De Cirugías	11 (2,0)
• Demora En La Realización De Cirugías	11 (2,0)
• Infiltraciones Y Extravasaciones	10 (1,8)
• Múltiples causas	15 (7,4)
ESPECIALIDAD TRATANTE EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	
• Medicina Interna	233 (42,4)
• Cirugía De Trasplantes	77 (14)
• Ortopedia	66 (12)
• Cirugía General	58 (10,6)
• Hepatología	38 (6,9)
• Nefrología	27 (4,9)
• Neurocirugía	15 (2,7)
• Otras especialidades	35 (6,4)

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS EN PACIENTES CON ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS POR FACTORES CLÍNICOS (N=272)	
• Enf. Renal	48 (8,7)
• Enf. GI	35 (6,4)
• Enf. Coronaria	32 (5,8)
• Enf. Respiratoria	20 (3,6)
• Sepsis	20 (3,6)
• Bacteriemia	17 (3,1)
• Osteomielitis	14 (2,6)
• ISO	12 (2,2)
• Cáncer	10 (1,8)
• Ttnos. Hepáticos	10 (1,8)
	54 (10,1)

Por otro lado, se realiza un análisis de la ocurrencia de eventos adversos en estos pacientes, el 62.7 % tuvo un evento adverso reportado en el sistema, de los 31 eventos adversos registrados se obtuvieron los de mayor frecuencia con un total de 13, de los cuales reingresos antes de 20 días Pos alta, problemas relacionados con el uso de medicamentos, flebitis, otros eventos, incidentes y/o accidentes, falta de suministros y/o medicamentos explican el 52,3% de los eventos registrados.

En la distribución de las especialidades con mayor frecuencia de estancia prolongada esta medicina interna con 42.4% lo que se explica con la edad de los pacientes atendidos, ya que esta especialidad atiende enfermedades que no son quirúrgicas del adulto, seguido por cirugía de trasplantes con el 14%, el 43,6% equivale a otras especialidades.

Adicionalmente se quería conocer de las estancias hospitalarias prolongadas por factores clínicos que diagnósticos secundarios presentaron los pacientes que aumento los días intrahospitalarios. De las 549 historias de pacientes revisadas un total de 272 tuvieron un diagnóstico secundario durante su estancia hospitalaria de los más frecuentes se tomaron 10 entre los cuales se obtuvo trastornos hepáticos 10.1%, enfermedades renales 8.7% enfermedades gastrointestinales 6.4% entre otras como se muestra en la (tabla 3).

Tabla 4. CATEGORÍA DE DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES SEGÚN LOS GRD

CATEGORIA DE DIAGNOSTICOS PRINCIPALES	N=549 Fa(%)
• Enf. y Ttnos. Del aparato respiratorio	117
• Enf. y Ttnos. Del aparato circulatorio	109
• Enf. y Ttnos. Del Sist. Musculoesquelético y tejido conjuntivo	80
• Enf. y Ttnos. Del aparato digestivo	69
• Enf. y Ttnos. De riñón y vías urinarias	59
• Enf. y Ttnos. De hígado, sistema biliar y páncreas	52
• Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	17
• Enf. y Ttnos. De sangre y órganos hematopoyéticos/sistemas inmunitarios	15
• Enf. y Ttnos. Del sistema nervioso	8
• Enf. y Ttnos. De oído, nariz, boca y garganta	7
• Enf. y Ttnos. De piel, tejido subcutáneo y mama	4
• Enf. y Ttnos. Del sistema endocrino, nutricional y metabólico	4
• Enf. y Ttnos. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	3
• Enf. y Ttnos. Del aparato reproductor masculino	2
• Otras causas de atención sanitaria	2
• Lesiones, envenenamiento y efectos tóxicos de fármacos	1

Los GRD están estructurados en términos de categorías de diagnósticos principales los cuales para fines de este estudio se categorizaron según la frecuencia de ocurrencia. Las tres principales categorías equivalen al 55.8%, de las cuales las enfermedades y trastornos del aparato respiratorio presento 117 casos (21,3%), enfermedades y trastornos del aparato circulatorio con 109 casos (19.9%), enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo con 80 casos (14,6%), (tabla 4).

Tabla 5. COSTOS SEGÚN ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	COSTO	PERDIDA
Cardiología	336.248.177	(46.088.469)
Cirugía cardiovascular	558.874.785	(122.944.782)
Cirugía de tórax	185.197.278	(56.144.679)
Medicina interna	9.004.729.889	(1.435.077.369)
Ortopedia	2.981.799.460	(535.855.360)

*Información suministrada por el departamento de costos del hospital San Vicente Fundación Rionegro.

Las especialidades que se muestran en la (tabla 5) estas son las que presentan un mayor costo para la institución: cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, medicina interna y ortopedia.

5.2. ANALISIS BIVARIADO

Para realizar el análisis bivariado en variables cuantitativas fueron días de demora, tipo de aseguramiento y ocurrencia de eventos adversos primero se demostró la distribución de normalidad de la variable cuantitativa, en este caso su distribución resulto ser normal.

Pruebas de normalidad							
DEMORA		Kolmogorov-Smirnov ^a (K-S)			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
DIAS	Administrativo	,160	358	,000	,734	358	,000
	Clínico	,236	116	,000	,601	116	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

5.2.1. ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN

Para determinar un OR como medida de riesgo se decidió incluir en el grupo del contributivo las pólizas dado que existe un pagador privado en el mismo.

Factores	Estancia hospitalaria prolongada por factores administrativos y clínicos		Medida Riesgo OR	Valor P	IC 95%
	Administrativa N=360	Clínica N=189			
Régimen					
• Contributivo	192	122	0.63	0.015	(0.44-0.90)
• Subsidiado	168	67			
Eventos Adverso					
• Si	225	119	0.98	0.99	(0.68-1.41)
• No	135	70			
Días prologados*					
• Mediana (RIC)	10 (5 -16)	4 (2 – 7.5)		0.000	

* Administrativos fueron 358 y clínicos 116, en los otros fue difícil calcular los días prolongados

Al analizar el régimen contributivo y subsidiado se encontró que la demora administrativa (hospitalización no justificada) fue mayor que la clínica. Indicando que los factores administrativos se presentan en ambos regímenes de una forma más elevada y que es necesario intervenirlos para disminuir los efectos que esto pueda tener en el paciente y la IPS.

Cuando se analizó la relación entre la estancia hospitalaria y la ocurrencia de eventos adversos, se asociaba que una estancia hospitalaria prolongada independiente de su causa (administrativa o clínica) genera aumento de los eventos adversos. En mayor proporción a los pacientes que su demora es por causa administrativa con un 41%, se podría decir que si se disminuye las estancias hospitalarias por causas administrativas se podría afectar de forma positiva la ocurrencia de EA.

En cuanto a la relación de los días de hospitalización se encontró que las causas administrativas tuvieron más días de prolongación de esta, con una mediana de 10 días aproximadamente. Indicando que las causas administrativas ocasionaron un mayor número de días de hospitalización.

Para esta investigación se eligieron tres variables las cuales se consideraron relevantes a la hora de realizar el análisis de asociación, ya que están nos arrojaron información que puede ser importante a la hora de tomar decisiones administrativas al interior de la institución.

6. DISCUSIÓN

En la actualidad, para las diferentes instituciones de salud se ha convertido en un problema las estancias hospitalarias prolongadas por todas las situaciones negativas que esto conlleva. Debido a esto se han planteado diferentes herramientas como son los GRD, pero no todas las instituciones de salud cuentan con ella por los costos que representa su adecuado manejo. Esta herramienta es un software que permite agrupar los pacientes por características clínicas similares, definir la casuística de un hospital y determinar el consumo de recursos de cada paciente (6).

Las estancias hospitalarias prolongadas cuando son ocasionadas por trámites administrativos no solo representan un problema para el paciente y su familia, sino también para la institución de salud, contrario cuando la estancia hospitalaria prolongada es generada por la condición clínica del paciente. Ya que en la primera influyen varios factores como son las autorizaciones, entrega de insumos y medicina domiciliaria. Para esta investigación el 65.6% es generado por estos factores que son ajenos a la condición clínica del paciente. En consecuencia, el 37.2% son factores clínicos que son inherentes al paciente y no son modificables, por lo tanto, este tipo de hospitalización sería justificada, ya que para esta investigación no se tuvieron en cuenta otros factores asociados que pueden también prolongar la hospitalización, como son eventos adversos.

Según lo evidenciado en el estudio “Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención” como lo mencionan sus autores cuando hablan que la eficiencia de la estancia hospitalaria está asociada a la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios, al igual que el estudio anterior nuestro trabajo evidencia un aumento de la estancia hospitalaria cuando se genera una inadecuada interacción entre servicios del mismo hospital pero también cuando la entidad promotora de salud (EPS) no hace una adecuada contracción con otras

instituciones prestadoras de salud (IPS) que puedan realizar en el menor tiempo posible lo ordenado por el médico tratante.

Se evidencia en esta investigación que para la ejecución de las ordenes médicas el promedio es de 9.5 días, lo cual hace que haya una mayor probabilidad de ocurrencia de evento adverso, según Palacios A y Bareño J. en el estudio de investigación denominado “Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia” estiman que 1 de cada 10 pacientes que ingresan a una institución de salud sufre algún tipo de evento adverso, evidenciado en el estudio con un 62.7% donde al paciente se le registro al menos un evento adverso durante su estadía. En la revisión de las historias clínicas se observa que hay un subregistro de eventos adversos, ya que, en muchas descripciones realizadas por médicos y enfermeras se describe que los pacientes presentaron eventos adversos, pero no hacen el reporte como tal. “La presencia de eventos adversos hospitalarios es una situación común en los hospitales de Antioquia y Eje Cafetero, los cuales se asociaron a la edad mayor de 45 años, la estancia general superior a 5 días, hospitalización en UCI, hospitalización en UCE y al tipo de tratamiento recibido durante la hospitalización”(23).

El promedio de edad de los pacientes es de 56 años lo que equivale a una adultez intermedia, según la OMS en su informe “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” en esta etapa de la vida es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al tiempo. Estas enfermedades generan un impacto en el funcionamiento, la calidad de vida y el riesgo de mortalidad, asociado a mayores tasas de utilización de servicios asistenciales y costos de salud más altos(24).

La OMS propone cuatro políticas para los sistemas de salud que se deben tener en cuenta para garantizar una mejor calidad de vida en las personas a medida que envejecen, si el sistema de salud garantiza estas políticas públicas podría tener una

vejez más activa y saludable impactando en la disminución de los costos para el sistema de salud. Las cuatro políticas son: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura, segundo reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida, tercero desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, por último, proporcionar formación y educación a los cuidadores. (24). En la mayoría de los pacientes la especialidad tratante fue medicina interna con un 42.4% esto se debe a que los pacientes del estudio eran personas adultas con múltiples comorbilidades que en la mayoría de los casos requieren el apoyo del internista para solucionar sus problemas de salud.

“La agrupación de los GRD está diseñada para esperar que los casos que pertenecen a una misma categoría tengan costes y duraciones de estancia hospitalaria similares. La homogeneidad de recursos de los GDR significa que es útil computar el coste medio del tratamiento de los pacientes que pertenecen a un determinado GRD”(25). En esta investigación se hayo que las 6 principales categorías equivalen al 51% del total de la población estudiada, las cuales son, enfermedades y trastornos del aparato respiratorio con un 21.3% (117 casos) y enfermedad y trastornos del aparato circulatorio con el 19.9%(109 casos),esto se explica por qué desde que el hospital abrió sus puertas en 2.011 cuenta con una unidad cardiopulmonar la cual se caracteriza por tener tecnología de punta, ser moderna y contar con personal calificado, en esta unidad son recibidos los pacientes de todo el país de cualquier sistema de afiliación. La tercera categoría son las enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo con un 14.6% (80 casos), se puede explicar por qué la ubicación de hospital es cerca de una vía de alto flujo vehicular donde se presenta un gran número de accidentes que son regulados para ser atendidos en el hospital, además de ofrecer servicio de reemplazo de cadera y rodilla con ortopedistas destacados. La categoría número

cuatro son las enfermedades y trastornos del aparato digestivo con un 12.6% (69 casos), el hospital desde sus inicios abre las puertas con un gran portafolio de servicios para el tratamiento integral de enfermedades gastrointestinales, es el motivo por el cual cuenta con un número elevado de pacientes con dicha patología, ya que se realiza un manejo multidisciplinario de forma hospitalaria y ambulatoria.

La categoría número cinco y seis son enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias con un 10.7% (59 casos) y enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas con un 9.5% (52 casos), debido a que estos diagnósticos hacen parte de un grupo de enfermedades que son tratadas por un equipo multidisciplinar. esta unidad de trasplantes es uno de los servicios con mayor trayectoria en el hospital y reconocimiento a nivel mundial por la alta tasa de donación. Debido al portafolio de servicios que ofrece el hospital San Vicente Fundación Rionegro se corrobora que el mayor número de pacientes que hayan estado hospitalizados con estancia hospitalaria prolongada según los GRD sean de estas categorías anteriormente dichas.

En consecuencia, se observó que 272 pacientes presentaron un diagnóstico secundario lo que aumento su estancia hospitalaria, considerándose como demora clínica justificada, entre los cuatro primeros diagnósticos secundarios al diagnóstico principal tenemos, trastornos hepáticos 54 casos, enfermedad renal 48 casos, enfermedad gastrointestinal 35 casos, enfermedad coronaria 32 casos y enfermedad respiratoria 20 casos, muy consecuente con cada una de las unidades funcionales con las que cuenta el hospital.

“En Colombia el sistema general de seguridad social en salud es el medio por el cual se garantiza a los habitantes el acceso a este servicio, este sistema tiene dos formas de actuar ya sea como régimen subsidiado a contributivo”. Para el actual trabajo de investigación se esperaba que el régimen subsidiado presentara una mayor demora administrativa respecto al contributivo, pero se evidenció que tienen

barreras administrativas similares, ya que al momento de hacer un análisis bivariado se observa que la demora administrativa en el régimen contributivo fue de 38.8% y en el régimen subsidiado de 38.6%, esto explica “que el aseguramiento corre a cargo de la EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos”(26).

“En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (11). Se evidencia que el 62.7% de los pacientes que estuvieron en el hospital San Vicente Fundación Rionegro presentaron un evento adverso asociado a la estancia hospitalaria prolongada según los GRD ya sea por demora clínica o administrativa, lo cual indica que a mayor número de días aumenta la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pueden generar un daño al paciente y su entorno familiar.

En cuanto a la relación de los días de hospitalización se encontró que las causas administrativas tuvieron más días de prolongación de esta, con una mediana de 10 (RIC) días aproximadamente, mientras que las causas clínicas tuvieron un menor número de días 4. Indicando que las causas administrativas ocasionaron un mayor número de días de hospitalización (1).

“A pesar de que la estancia media presenta gran correlación con el consumo de recursos, no es un indicador válido de la estancia clínicamente necesaria para cada GRD. La elevada proporción de estancias e ingresos inadecuados en el ámbito hospitalario probablemente sea uno de los factores implicados en la variabilidad de la estancia media por enfermedad. Sin embargo, en un mismo ámbito hospitalario,

disminuciones de la estancia media a lo largo de períodos consecutivos no se han traducido en un descenso del porcentaje de inadecuación”(2).

En cuanto a los costos se evidencia que son en total 5 especialidades que presentan perdidas para la institución, contrario a la hipótesis que se tenía al inicio de la investigación donde se creía que las perdidas serían muy significativas en su totalidad, ya que según el artículo duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención los autores determinan que existe una “relación directa entre la prolongación de la estancia, la disponibilidad de camas, y el aumento de los costos en la atención” (1).

7. RECOMENDACIONES

Se sugiere al hospital San Vicente Fundación Rionegro promover en la cultura organizacional el adecuado diligenciamiento de la historia clínica y reporte oportuno de eventos adversos para una mejora continua en la seguridad del paciente, además de fortalecer una herramienta veraz como es la historia clínica para futuras investigaciones y con el fin de impactar en la reducción de los días estancia hospitalaria.

Además, sería importante la implementación de la metodología lean para los diferentes procesos en el servicio de hospitalización con el fin de conocer cuáles son los procesos que generan mayor número de desperdicio ya sea de tiempo, recursos humanos o insumos. “Lean manufacturing es un conjunto de principios y herramientas de gestión de la producción que busca la mejora continua a través de minimizar el desperdicio considerado este último como toda actividad que no agrega valor”(27).

En cuanto a la contratación con las diferentes EPS, es bueno establecer, que cuando un paciente ingrese al hospital y tenga un código de autorización, este sea integral e incluya todos los procedimientos y/o medicamentos que requiera durante la hospitalización y así evitar demoras por autorizaciones para cada procedimiento.

8. CONCLUSIONES

1. Cabe resaltar que la mayoría de los pacientes están en una adultez intermedia, con niveles educativos que no van más allá del nivel intermedio, pero que poseen un sistema de afiliación en su mayoría entre régimen contributivo y subsidiado lo que permitiría crear estrategias dinámicas para cuidar y mantener la salud centrados en las características más sobresalientes de este tipo de población. Enfocarse en el riesgo es una forma de minimizar los efectos que puede causar un inadecuado proceso salud enfermedad.
2. Dado que los pacientes evaluados fueron seleccionados por el software ALCORE que los clasifico con una estancia hospitalaria prolongada, y al evaluar estos pacientes se puede determinar que en su totalidad no se pueden clasificar como estancia prolongada no justificada ya que existen características individuales de los pacientes que hacen que por su condición clínica deban permanecer más tiempo en una unidad de hospitalización. Pero, también existen causas administrativas que aumentan los días de hospitalización y estas no se pueden justificar, lo cual se convierte esta hospitalización en una estancia hospitalaria prolongada no justificada.
3. Se determino durante la investigación que existen tres factores que engloban todas las causas por las cuales los pacientes tienen una estancia hospitalaria prolongada no justifica, entre estos procesos están las autorizaciones que no son efectivas ya sea por parte de la IPS o por el contrario la EPS que no genera estrategias proactivas para satisfacer las necesidades durante de los pacientes durante la hospitalización. En segundo lugar, los insumos domiciliarios que son responsabilidad de la EPS la cual tarde más del tiempo esperado en suministrarlo al paciente para continuar con su proceso de recuperación de forma ambulatoria y, por último, salud domiciliaria estrategia que permite

disminuir la estancia hospitalaria de forma rápida y eficaz pero que por razones propias de la EPS no presta un servicio oportuno lo que hace que los pacientes permanezcan más tiempo en una unidad de hospitalización.

4. En cuanto a los costos fueron 5 especialidades que representan en valor monetario pérdidas para la institución, es en estas donde se deben enfocar las estrategias para ayudar a minimizar la prolongación de la estancia hospitalaria y disminuir con estos los costos que generan a la IPS y EPS.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Gerenc Políticas Salud. 19 de diciembre de 2014;13(27):pag. 1-22.
2. Álvarez JMN, Fernández MG. El Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización (The Appropriateness Evaluation Protocol) en Alergología. :10.
3. Zonana Nacach A, Baldenebro Preciado R, Felix Muñoz G, Gutiérrez P. Tiempo de estancia en medicina interna. Función del médico hospitalista. Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social. 2011;49(5):527-31.
4. Yetano Laguna J, López Arbeloa G. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. 2010;25:1-179.
5. Tejeiro BJ. El hospital, empresa de servicios. noviembre de 2000;Vol. 1(Número 2):1-8.
6. Portocarrero J. Grupos relacionados por el diagnóstico: ¿qué son y para qué sirven? Via Salud. 2006;30:2-3.
7. Arcila Rodríguez LG. Costos hospitalarios y grupos relacionados de diagnóstico. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul; 2003.
8. OMS | Seguridad del paciente [Internet]. WHO. [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en Salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud.
10. Calderón Muñoz LM, Agredo Lemus FE, Ospina Sánchez BL, Cardona Echeverri SI, Mendez JP. La seguridad del paciente, un reto de ciudad. Cali: Secretaría de Salud Pública de Cali; 2012. 1-65 p.
11. Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
12. Enfermedades cardiovasculares. Organización Mundial de la Salud; 2017.
13. Menéndez SS. Enfermedades Cardiovasculares. :22. 2000

14. Chronic-Respiratory-Disease_Spanish.pdf [Internet]. [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthcommunication/pdf/Chronic-Respiratory-Disease_Spanish.pdf
15. OMS | Acerca de la enfermedades respiratorias crónicas [Internet]. WHO. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/respiratory/about_topic/es/
16. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. World Health Organization. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
17. León González M, Fornés Vives J. Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enferm Glob*. 2 de abril de 2015;14(2):276.
18. Rincones A.P. AP, Castro E. E. Prevención de desórdenes musculoesqueléticos de origen laboral en Colombia: un estudio de futuro para el año 2025. *Cienc Salud*. 30 de agosto de 2016;14(especial):45-56.
19. Frada G. Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo. Tercera. 1968.
20. Cascales M, Doadrio A. Fisiología del aparato digestivo.
21. Hospital San Vicente Fundación [Internet]. [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/>
22. SAP hace la diferencia en el sector salud - SAP News Center Latinoamérica [Internet]. [citado 27 de junio de 2018]. Disponible en: <https://news.sap.com/latinamerica/2014/05/sap-hace-la-diferencia-en-el-sector-salud/>
23. Palacios-Barahona AU, Silva JB. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. 2012;10.
24. Organización Mundial de la Salud 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra; 2015.
25. González Chordá VM, Maciá Soler ML. Grupos de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales generales españoles: variabilidad en la estancia media y el coste medio por proceso. *Enferm Glob*. octubre de 2011;10(24):0-0.
26. Sistema de salud de Colombia [Internet]. [citado 2 de mayo de 2019]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

27. Sarria Yépez MP, Fonseca Villamarín GA, Bocanegra CC. Modelo metodológico de implementación de lean manufacturing. Rev EAN [Internet]. 27 de noviembre de 2017 [citado 1 de mayo de 2019];(83). Disponible en: <http://journal.universidadean.edu.co/index.php/Revista/article/view/1825>

10. ANEXO

10.1. ANEXO N. 1 HERRAMIENTA PARA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN EN HISTORIAS CLINICAS

Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de III nivel de complejidad en el municipio de Rionegro.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Identifique el sexo del paciente.

1	Hombre	
2	Mujer	

2. Identifique la edad en años.

- 3.Cuál es el Máximo nivel educativo alcanzado.

1.	Ninguna	
2.	Primaria	
3.	Secundaria	
4.	Técnico/ tecnólogo	
5.	Universitaria	
6.	Otros	

4. ¿A qué régimen del SGSSS se encuentra afiliado?

1.	Subsidiado	
2.	Contributivo	
3.	Póliza	
4.	Particulares	
5.	Otros	

ASPECTOS SOCIALES

5. ¿Tiene apoyo familiar?

1.	Si	
2.	No	

6. ¿El paciente tiene un Diagnóstico secundario?

ASPECTOS DE LA ASEGURADORA

7. ¿Cuáles son las causas de demora intrahospitalaria?

1.	Autorizaciones	
2.	Entrega de insumos	
3.	Medicina domiciliaria	

8. ¿Cuántos fueron los días de demora intrahospitalaria por falta de autorización de medicina domiciliaria, procedimientos y entrega de insumos?

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INSTITUCION DE SALUD

9. ¿Hubo Eventos adversos o infecciones asociadas al cuidado durante la hospitalización?

1.	Si	
2.	No	

10. Tipo de evento adverso

- | |
|--|
| 1.solicitud no pertinente de hemo componentes |
| 2.ulceras por presión |
| 3.otros eventos, incidentes y/o accidentes |
| 4.problemas relacionados con nutrición |
| 5.problemas relacionados con la identificación |
| 6.delirium |
| 7.desacondicionamiento |
| 8.enfermedad tromboembólica venosa |
| complicaciones de paciente anticoagulado |
| 9.problemas relacionados con investigación clínica |

10. problemas relacionados con el uso de dispositivos médicos
11. problemas relacionados con el uso de medicamentos
12. reingresos antes de 20 días pos-alta
13. fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
14. infecciones asociadas al cuidado en salud
15. inoportuna evaluación médica
16. mortalidad institucional general
17. problemas con ayudas diagnósticas (perdida o demora)
18. problemas derivados de procedimientos en cirugía
19. problemas durante la realización de apoyos diagnósticos
20. problemas relacionados con el cuidado de la vía aérea
21. problemas relacionados con el uso de hemo componentes
22. accidentes
23. caídas
24. cancelación de cirugías
25. demora en la realización de cirugías
26. dermatitis
27. estancia inadecuada
28. infiltraciones y extravasaciones
29. falta de suministros y/o medicamentos
30. flebitis

11. ¿Clasificación del paciente según grupo de enfermedad?

1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso.
2. Enfermedades y trastornos del ojo.
3. Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta.
4. Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio.
5. Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio.
6. Enfermedades y trastornos del aparato digestivo.
7. Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas.
8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo.
9. Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama.
10. Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutricional y metabólico.
11. Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias.
12. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino.
13. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino.
14. Enfermedades y trastornos de sangre, órganos hematopoyéticos y sistemas inmunitarios.
15. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas.
16. Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas
17. enfermedades y trastornos mentales.
18. abuso y dependencia a drogas y alcohol

- | |
|---|
| 19. lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos
20. tras causas de atención sanitaria. |
|---|

ASPECTO RELACIONADOS CON LOS GRD

12. ¿Cuál es la Estancia hospitalaria del paciente?

1.	administrativa	
2.	clínica	