

**ESTANCIA PROLONGADA EN HOSPITALIZACIÓN, DESCRIPCIÓN EN
LITERATURA Y ANÁLISIS PARA SU MANEJO**

POR

SANDRA PATRICIA ALVAREZ GALVIS, MD

SARA MARIA ESCOBAR SANCHEZ, MD

LINA CONSTANZA OCHOA LEÓN, DDS

ASESOR

MARIO ALBERTO ZAPATA, MD PhD

FACULTAD DE MEDICINA

SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

NOVIEMBRE 2020

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
METODOLOGÍA	10
MARCO TEÓRICO.....	11
1. GENERALIDADES	11
2. CAUSAS.....	13
2.1 ASOCIADOS AL PERSONAL DE SALUD.....	15
2.2 ASOCIADAS AL SISTEMA DE SALUD.....	16
2.3 ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA.....	17
2.4 ASOCIADAS AL PACIENTE.....	20
2.5 ASOCIADOS A EVENTOS ADVERSOS.....	27
3. MEDICIÓN DE LA ESTANCIA.....	29
4. CONSECUENCIAS DE LA ESTANCIA PROLONGADA.....	39
5. MANEJO DE LA ESTANCIA	40
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	52

RESUMEN

Introducción: Una estancia hospitalaria prolongada constituye una gran preocupación actual para las instituciones de salud a nivel mundial. Conocer sus principales causas y poderlas entender para poder intervenirlas con diferentes herramientas disponibles, impactará de forma positiva en la calidad y eficiencia de una institución y la llevará a ser sostenible.

Objetivo: Conocer y describir las causas más frecuentes de una estancia hospitalaria prolongada, reportadas en la literatura en los servicios de hospitalización, realizar un análisis de ellas y entender sus posibles soluciones para ser aplicadas en las instituciones de salud.

Metodología: Se realizó una monografía de revisión, con una búsqueda bibliográfica en las bases de datos pubmed, ebsco y scielo, con términos claves descritos, en idioma español, inglés y portugués, sin restricción de fechas.

Conclusiones: La estancia hospitalaria es uno de los puntos claves en la gestión de la calidad de una institución de salud, que compromete de forma directa los costos y la sostenibilidad de la misma. Es indispensable conocer sus causas y los factores que la afectan, para así lograr una mejora continua en la eficiencia y en los resultados de un hospital y en la atención de sus pacientes. Existen diferentes herramientas creadas y usadas para poder medir este indicador y poder mejorar el tiempo de estancia de un paciente y así mejorar los desenlaces finales tanto en los pacientes como en las instituciones.

Palabras Clave: *administración hospitalaria, tiempo de internación, costo-efectividad, seguro, mal uso de los servicios de salud, uso excesivo de los servicios de salud, ocupación de camas, gestión de la calidad, economía hospitalaria.*

ABSTRACT

Introduction: A prolonged hospital stay currently constitutes a significant concern for health institutions worldwide. Knowing its main causes and being able to understand them in order to intervene with different available tools will have a positive impact on the quality and efficiency of an institution and will lead it to be more sustainable.

Objective: To know and describe the most frequent causes of a prolonged hospital stay reported in the literature in hospitalization services, carry out an analysis of them and understand their possible solutions to be applied in health institutions.

Methodology: A monograph was made with a bibliographic research in the pubmed, ebsco and scielo databases, with key terms described in Spanish, English and Portuguese without restriction of dates.

Conclusions: The hospital stay is one of the key points in the quality management of a health institution, which directly compromises its costs and sustainability. It is essential to know its causes and the factors that affect it, in order to achieve continuous improvement in the efficiency and results of a hospital and in the care of its patients. There are different tools created and used to measure this indicator and to reduce the days of stay of a patient and thus, improve the final outcomes both in patients and in institutions.

Key Words: *hospital administration, length of stay, cost-effectiveness, insurance, inappropriate use of health services, excessive use of health services, occupation of beds, quality management, hospital economics.*

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la atención hospitalaria de los pacientes, existe la probabilidad inherente de que el paciente permanezca hospitalizado por mucho más tiempo del esperado, en virtud de su misma situación de salud y las intervenciones necesarias para solucionarla. Sin embargo, muchos pacientes permanecen en el hospital por periodos más largos de lo realmente requerido por su situación.

La estancia hospitalaria innecesariamente prolongada, es un factor que determina diversas variables de la dinámica de un hospital, tales como el riesgo de que se presenten eventos adversos, complicaciones asociadas, aumento en los costos en la atención, afectación en la eficiencia de la utilización de recursos y aumento de glosas, entre otras variables.

En este sentido es vital conocer las principales causas que generan la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria para establecer medidas que permitan mitigar esta posibilidad y permitan que el paciente sea dado de alta en el momento adecuado.

Las causas de prolongación de la estancia hospitalaria pueden estar en relación directa con el paciente, como lo son su situación socioeconómica, familiar, lugar de residencia, barreras en el acceso, nivel educativo, entre otras; existen otras propias del hospital, tales como falta de oportunidad en los servicios (cirugías, procedimientos, evaluaciones por especialistas, ayudas diagnósticas), no disponibilidad de insumos o medicamentos, pobre estructuración e ineficiencia en los procesos internos; y en tercer lugar las causas propias al aseguramiento, tales como demora en autorizaciones, demora en la entrega de medicamentos o insumos requeridos en el hogar, demoras en los procesos de atención domiciliaria y demoras en los procesos de remisión a otros niveles de complejidad.

Conociendo estas causas, es posible identificar las fallas sistemáticas que se cometen en las organizaciones y que llevan a las estancias prolongadas, para así establecer estrategias de mejoramiento adentro de las instituciones de salud. Así

mismo se pueden identificar, desde el mismo ingreso, a los pacientes que tienen un mayor riesgo de prolongación de la estancia, para establecer medidas de prevención desde su llegada e internación. También es posible establecer medias conjuntas con las diferentes aseguradoras para superar las dificultades que se puedan presentar y que podrían llegar a prolongar la estancia de un paciente.

Es por esto que se realiza esta monografía de compilación para lograr identificar las principales causas descritas sobre estancia hospitalaria prolongada y las soluciones propuestas para estas.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Colombia y a nivel mundial, una estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación que crece en el tiempo, ya que si no se encuentran soluciones aplicables a cada sistema de salud, no se logrará afrontar este problema de la mejor manera, y no se alcanzarán finalmente aquellos objetivos que ayudarán a disminuir los costos dentro de una institución, a tener una mejor accesibilidad a los servicios de salud, principalmente el de hospitalización y poder mantener un mejor acceso en la puerta de entrada a estos servicios: como lo es el servicio de urgencias, y además a tener un uso más racional, equitativo, eficiente y rentable de la oferta que tiene cada hospital.

Para nadie es un secreto que Colombia se enfrenta actualmente a una crisis que parece por el momento no tener solución a corto plazo, como lo es la creciente demanda de los servicios de salud; una de sus causas se debe al crecimiento poblacional, pero principalmente a la poca oportunidad que se ofrece en el mercado y las innumerables tramitologías que pone nuestro sistema de salud. Todo esto hace que se supere en la mayoría de las veces la capacidad instalada de los hospitales y las clínicas que se tienen en el país para poder atender a todos los pacientes. Es por esto, que conocer las causas más comunes que se han descrito y que determinan la prolongación de la estancia hospitalaria, permitirá establecer medidas preventivas y correctivas, a nivel organizacional, de aseguramiento, del personal asistencial y del mismo paciente, para intentar modificar las fallas estructurales que llevan a la prolongación de la estancia, y así permitir intervenir en los problemas individuales antes de que generen una estancia inadecuada.

Evitar la prolongación innecesaria de la estancia, es benéfico para todos los sectores involucrados, para el hospital por una mayor eficiencia y mejor manejo de sus recursos disponibles y eficiencia de su capacidad instalada, para los pacientes por un menor riesgo de complicaciones asociadas al cuidado de la salud y además les permitirá un retorno más rápido a su cotidianidad y finalmente para las aseguradoras, pagadores y para el sistema de salud en general porque se podrá

evidenciar una disminución de los costos y una mayor eficiencia en el uso de los recursos con los que se cuentan.

Al trabajar en los hospitales, el personal de la salud se ve enfrentado día a día a este tipo de problemas, esto motiva y genera la necesidad de poder actuar y encontrar esos puntos muertos que se han descrito en la literatura, así mismo profundizar en reinventar nuevas soluciones que sean aplicables para el quehacer diario del personal de la salud y así lograr beneficios para todas las partes; ya que constantemente nuestro sistema de salud va cambiando, junto con la evolución de la sociedad, de igual manera la legislación va generando nuevas directrices y todo esto se ve reflejado en la forma en la cual debemos gestionar el servicio hospitalario, mejorar nuestro trabajo asistencial y administrativo para lograr impactar en los indicadores de nuestras instituciones como lo son los indicadores de proceso (oportunidad, pertinencia, continuidad, calidad, productividad, uso), indicadores de resultado (seguridad, satisfacción, cobertura) y por último en los indicadores de impacto (efectividad).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Conocer y describir las causas más frecuentes de una estancia hospitalaria prolongada, reportadas en la literatura en los servicios de hospitalización, realizar un análisis de ellas y entender sus posibles soluciones para ser aplicadas en las instituciones de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir el concepto de estancia hospitalaria prolongada y reconocer como afecta de forma negativa a una institución, a sus pacientes, a las aseguradoras y demás actores implicados.
- ✓ Describir aquellos factores, causas médicas, administrativas y sociales más comunes encontradas que influyen negativamente en la prolongación de la estancia en una institución de salud.
- ✓ Describir de forma detallada, que posibles soluciones se han reportado en la literatura, a partir de estas causas encontradas, para disminuir los días de estancia en una institución de salud.

METODOLOGÍA

Monografía de revisión bibliográfica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos: pubmed, ebSCO y scielo, en donde se aborde la estancia hospitalaria, la estancia prolongada, sus diferentes causas, efectos y soluciones.

Los términos para la estrategia de búsqueda bibliográfica fueron los siguientes: ("unnecessary hospitalization"[All Fields] OR "Prolonged hospitalization"[All Fields] OR "inappropriate stay"[All Fields] OR "Duration of hospitalization"[All Fields] OR "Bed turnover"[All Fields] OR "length of stay/standards"[MeSH Terms] OR "length of stay/organization and administration"[MeSH Terms] OR "length of stay/economics"[MeSH Terms]) AND ("cost effectiveness"[All Fields] OR "administration"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "solutions"[All Fields] OR "inefficiency"[All Fields] OR "insurance"[All Fields] OR "administrative factors"[All Fields] OR "patient factors"[All Fields] OR "causes"[All Fields])

La búsqueda se restringió a los idiomas español, inglés y portugués, y no se restringió a fechas específicas.

Esta búsqueda de bibliografía se hizo con el fin de hacer un análisis profundo de las causas más comunes encontradas en la literatura sobre los días de estancia hospitalaria y su prolongación y posterior a este análisis se obtendrán unas conclusiones como guía para trabajar en la mejora de la estancia en los hospitales de Colombia.

MARCO TEÓRICO

1. GENERALIDADES

En la última década, los programas de calidad en los hospitales y clínicas en Colombia han enfocado sus esfuerzos para que cada día el servicio que se preste sea más eficaz y eficiente. Hablamos de eficacia cuando logramos alcanzar las metas establecidas. Hablamos de eficiencia cuando alcanzamos estas metas con la menor cantidad de recursos posibles (1).

Dentro de estos programas de calidad desarrollados en las instituciones de salud, es de vital importancia incluir y tener siempre presentes los índices que afectan el costo de la atención de los pacientes; la única manera de poder medir de forma objetiva estos resultados es mediante los indicadores de salud que se han ido creando y estudiando a través de los años en cada institución (2).

Con respecto a estos indicadores de calidad, existe uno al que cada vez se le da más importancia y es el indicador de estancia hospitalaria.

La definición de estancia hospitalaria prolongada es una definición que no se puede generalizar y es única y exclusiva para cada hospital y clínica en el mundo, significa el tiempo en días de hospitalización adicional al estimado según lo que tenga pautado cada institución (2).

La estancia hospitalaria prolongada puede influir en la calidad de la prestación de los servicios de salud y es un indicador indirecto de la calidad del cuidado en salud. Los riesgos inherentes directos e indirectos que presenta el paciente durante la estancia hospitalaria, hacen necesario que el tiempo para resolver un proceso intrainstitucional sea el adecuado, ni mayor ni menor, para cada paciente (2).

Debe considerarse que la cama hospitalaria, es uno de los recursos principales para la prestación de servicios de salud y su adecuada utilización es uno de los elementos más importantes en la gestión hospitalaria, por lo que su uso constituye una medida global de la eficiencia hospitalaria (3).

Una estancia hospitalaria prolongada, constituye una preocupación mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo, aumento en los costos, afección de la morbilidad del paciente, disminución de las camas para otros pacientes que impacta en la oportunidad, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgos de eventos adversos (1,2,4).

En Colombia el sistema de salud atraviesa hace varios años una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales y clínicas para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta que estos son la principal puerta de entrada al servicio de hospitalización, entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios, es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de camas para atender todas sus necesidades (1,2).

Debe mencionarse, además, que una cama en el servicio de hospitalización es uno de los recursos centrales para la prestación del servicio de salud y la medición de su comportamiento es una medida de eficiencia de hospitalización. Por lo tanto, la estancia prolongada produce limitación de la capacidad de los hospitales, aumenta los costos de operación por uso inapropiado de los recursos, afecta la calidad de la atención en términos de seguridad del paciente y es uno de los indicadores de calidad que se miden en un hospital, siendo entonces el reto de los hospitales actuales en el país, disminuir la estancia hospitalaria sin afectar la calidad de la atención. Adicionalmente disminuir los días de estancia equivale a tener más camas disponibles en el servicio de hospitalización, aumentando la rentabilidad de este (2).

La utilización inadecuada de los recursos hospitalarios es una de las fuentes más importantes de incremento de los costos en la atención. El concepto de utilización inadecuada implica diversas variantes de la utilización de servicios que no aportan ningún beneficio a los pacientes, aunque no necesariamente resulten perjudiciales. La inadecuada utilización de los servicios constituye una falla en la calidad de la prestación, específicamente en lo relacionado con la eficiencia clínica (5).

La reducción del componente inapropiado de la atención es una de las estrategias con las cuales el sistema de calidad puede contribuir a la contención de costos, actuando sobre los servicios innecesarios o incluso perjudiciales para el paciente sin afectar la provisión de servicios que se le ofrece, y por el contrario mejorando la calidad de la atención al disminuir tiempos de espera, provisión de servicios innecesarios y/o potencialmente incrementadores de riesgo (5).

2. CAUSAS

En una revisión bibliográfica (2) identificaron diferentes causas de la estancia prolongada, y se reportaron como principales: La demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (67,6%), siendo este el principal problema encontrado, remisiones a otro nivel de atención (38,2%) y la situación socio familiar del paciente (38,2%) (2). Ver tabla 1

Tabla 1: Factores que prolongan la estancia hospitalaria.

Atribución	Factor	% de presentación
Personal de Salud	No prestar atención a la necesidad de dar el alta.	26,50%
	Falta de diagnóstico claro al ingreso.	17,60%
	Admisión prematura.	17,60%
	Tratamiento médico conservador.	5,90%
	Técnica quirúrgica que puede mejorar.	2,90%
	Médicos mantienen pacientes en el hospital por ganancias monetarias.	2,90%
Relación entre entidades de la red de atención	Necesidad de atención en otro nivel de complejidad.	38,20%
	Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que pueden realizarse ambulatoriamente.	32,40%
	Demora en las autorizaciones por parte del asegurador.	8,80%
Administración hospitalaria.	Demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.	67,60%
	Día de la semana.	29,40%
	Transferencia de pacientes entre unidades.	2,90%
Paciente	Edad.	38,20%
	Situación socio - familiar	38,20%
	Condición clínica del paciente.	32,40%
	Sexo.	11,80%
Otros	Ocurrencia de evento adverso.	20,60%

*Tomado de Acevedo TMC, Restrepo PAV, Posada JSJ. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev Gerenc Políticas Salud. 2014;13(27):16

Las causas de estancia prolongada, pueden clasificarse en diferentes grupos (1).

2.1 ASOCIADAS AL PERSONAL DE SALUD

Se han descrito en la literatura múltiples causas de estancia prolongada, relacionadas con el personal de salud, asociadas con el criterio y la competencia médica, la ausencia de un enfoque diagnóstico claro al ingreso, un egreso prematuro, manejo de pacientes por personal en entrenamiento o estudiantes y la falta de adherencia a protocolos y guías institucionales (1).

Se han descrito diferentes estudios realizados alrededor del mundo frente a este tema, que han tenido en cuenta los diferentes campos hospitalarios, refiriéndose así a los servicios de hospitalización, cirugía, ayudas diagnósticas, entre otros.

En el ámbito quirúrgico es importante conocer que, al existir complicaciones asociadas a una cirugía, esto aumentará de forma directa el número de días de estancia de un paciente, pero en ocasiones se ha logrado observar que, debido a la presión de liberar camas y la necesidad de dar altas de una forma temprana, lleva a que se den de alta pacientes que aún no están listos para su egreso, lo cual se ve reflejado en reingresos que pudieron ser evitables(6).

Un estudio retrospectivo realizado en Texas, identificó que la atención hospitalaria por un médico especialista disminuía el reingreso después del alta (7). También se ha identificado que el 41% de los pacientes reingresados con complicaciones había sido dado de alta antes de tiempo (6).

En un estudio, el doctor Christopher M. Connor (8) menciona una estrategia para disminuir la estancia prolongada, desde su experiencia, propone como ejemplo que pacientes con insuficiencia cardíaca que requieran intervención, se aumente un día de hospitalización con la intención de mejorar su estado de salud previo al alta y logrando brindar educación integral sobre nutrición, adherencia a la medicación, ejercicio físico, cumplimiento de la rehabilitación cardíaca y garantía de una visita lo antes posible con el médico especialista.

Además, se valorarían las terapias dirigidas por las guías de atención de la institución, llevando así un egreso seguro, disminuyendo reingresos y eventos adversos, que impactan positivamente en la calidad de la atención y en el rendimiento del servicio de hospitalización (8,9).

Es importante mencionar que el retraso en el alta médica se ha descrito también consecuencia de la siguientes situaciones (10):

- El alta está planeada pero hay inexistencia de las órdenes escritas.
- Ausencia de la importancia de dar el alta, de no planear la fecha probable de un alta.
- Incorrecto o incompleto seguimiento de los pacientes en el registro médico.

2.2 ASOCIADAS AL SISTEMA DE SALUD

Al igual que se han descrito causas asociadas al personal de salud, también se han encontrado otras debidas al sistema de salud y aseguramiento, que generan retrasos en el alta de los pacientes, aumentando así los días de estancia hospitalaria.

Las dificultades en la remisión de los pacientes a otro nivel de atención y la demora en autorizaciones por parte de las EPS (Empresas prestadoras de los servicios de salud), son algunas de las causas que aumentan la estancia hospitalaria, produciendo a su vez, mayor endeudamiento de los hospitales, debido a los retrasos en los pagos por parte de las EPS, afectando directamente su solvencia económica (1).

Además debe tenerse en cuenta que los costos hospitalarios varían de acuerdo con los factores socio-demográficos y las condiciones en las que ingresan los pacientes (11). Otro hallazgo relevante es la baja cobertura de los seguros de salud. Los pacientes asegurados tienen mayor permanencia en comparación con los no asegurados, de manera que la falta de cobertura

de los seguros médicos podría ser una barrera, pues limita el acceso a los servicios de salud. El estado del seguro médico es también un factor importante que influye en la utilización de los servicios de salud en general, por ejemplo, en el 2008 en Irán, una ley impuso la gratuidad de los cuidados médicos para pacientes víctimas de accidentes de tránsito, cuyo efecto aún no ha sido investigado (11).

2.3 ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

La relación de la eficiencia del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital, como los tiempos de respuesta a procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, el traslado del paciente entre servicios y la afección del flujo de atención por disminución del personal durante los fines de semana, además la disponibilidad de materiales e insumos para la atención de los pacientes, son causas relacionadas con la prolongación de la estancia hospitalaria (1).

Uno de los servicios que más impacta en la estancia hospitalaria, es el servicio de cirugía. En un estudio transversal realizado en un hospital de Colombia (12) se evidenció que el retraso en la realización de procedimientos se debe en cerca del 50% de los casos a la falta de disponibilidad de salas quirúrgicas, lo que lleva a un aumento en los días de estancia; asociado además, a falta de insumos y dispositivos médicos (2).

Otro factor asociado al servicio de cirugía, que afecta la estancia hospitalaria, está relacionado con la complejidad, es decir, mientras más compleja la cirugía, más días de estancia tendrá el paciente en promedio, sin importar si presenta o no una complicación, comparado con cirugías que sean más sencillas (6).

En un estudio realizado en Belfast, Irlanda, en el Hospital Royal Victoria en el año 1990 (6) se realizó una encuesta retrospectiva a 5128 pacientes que fueron atendidos entre los años 1987 a 1990, en la Unidad de Cirugía General, y se encontró que la duración de la estancia hospitalaria está relacionada con varias causas, la gravedad de la situación médica del

paciente, su diagnóstico y el tipo de cirugía que se llevará a cabo, la edad y cualquier complicación que pueda presentarse asociada al acto quirúrgico, por esto es importante planear las admisiones de cirugías programadas teniendo en cuenta el número de camas (6).

En un estudio realizado en Arizona en Estados Unidos, sugiere que el aumento en el periodo de hospitalización puede ser atribuido a problemas que van más allá de la severidad del trauma y propone como principal razón los problemas durante la coordinación apropiada del cuidado post-hospitalario, como las dificultades en el centro de rehabilitación, centro de enfermería, retraso en el centro de cuidado agudo a largo plazo, retraso en la documentación, falta de seguro, falta de una fuente de pago, problemas administrativos y clericales y el efecto fin de semana, entre otras razones(13).

Teniendo en cuenta a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), se puede afirmar que en las reglas y restricciones en los contratos de prestación de servicios de salud, se exige un alta temprana de los pacientes para maximizar ingresos corporativos, la mayoría de las veces antes de lo que el médico tratante considera, llevando a complicaciones frecuentes, aumentando la enfermedad, el sufrimiento y los gastos en salud al aumentar los reingresos hospitalarios incrementando el tiempo de estancia (1). Los hospitales que presentan más del 85% de ocupación no poseen capacidad para dar solución a esta problemática, generando retrasos en la atención médica, reduciendo la calidad de la atención por parte de los profesionales, debido que atienden a más pacientes en menos tiempo, afectando así la calidad del servicio (1).

En países como Estados Unidos, se ha planteado la necesidad de agilizar el alta de los pacientes, generando así una rotación de la cama, lo que es conocido como el giro cama, favoreciendo así la situación económica de los hospitales, pero teniendo en cuenta que el bienestar del paciente y su recuperación son lo más importante, algunos médicos se oponen a esta

directriz, argumentando que no debe ser un parámetro elegido para decidir el número de días de hospitalización que necesita un paciente (13).

Al hablar de reingresos, es de saber que la mayoría de los gastos hospitalarios, son fijos y si se quiere impactar en la reducción de estos, ya sea por temas de ahorro, endeudamiento o impactar en la rentabilidad, se definen dos maneras de hacerlo, una es disminuyendo la estancia y en la otra en la manera de contratación con las aseguradoras, como por ejemplo el pago global prospectivo o PGP, pero teniendo en cuenta el impacto en los reingresos que pueden generarse, es de gran importancia adoptar estrategias que incentiven a una mejor comunicación, mejorando así la seguridad del paciente y logrando disminuir los reingresos y por tanto los días de estancia (14).

En un estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo realizado en España (15), se habla de una herramienta útil llamada “The Appropriateness Evaluation Protocol”, con sus siglas en inglés AEP, un protocolo creado en 1981, en el cual se orienta a identificar los días de estancia hospitalaria innecesarios, asociados a la no disponibilidad de procedimientos médicos, cuidados de enfermería o condiciones clínicas del paciente que justifiquen su estancia en el hospital. Este protocolo define la utilización inapropiada de servicios hospitalarios, desde el punto de vista clínico, donde el paciente podría haber sido manejado en niveles de atención menos costosos o en menor tiempo. Con esta herramienta se demostró que el 62% de las estancias prolongadas se presentó en mayores de 65 años, lo que demuestra que a una mayor edad, mayor estancia hospitalaria. Determinaron además las causas más frecuentes de prolongación de la estancia (15).

- La realización de un procedimiento diagnóstico, terapéutico o el tratamiento de forma hospitalaria, el cual puede ser de forma ambulatoria, se presentó en un 31,2%.

- La espera de resultados de pruebas diagnósticas o interconsultas innecesarias para la toma de decisiones terapéuticas o diagnósticas, se presentó en un 28,1%.
- El no tener un plan diagnóstico y/o tratamiento, se presentó en un 23,2%.
- La hospitalización innecesaria, se presentó en el 22,8%.
- La permanencia del paciente en el hospital cuando ya no recibe o requiere manejo hospitalario, se presentó en el 21,5%.

Otra causa frecuente de inadecuación de la estancia hospitalaria son los problemas de calendario para realizar intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas u otros tratamientos. En particular se mencionan que las cirugías son los procedimientos que, con mayor frecuencia, causan este tipo de retrasos, los principales motivos son las demoras administrativas, la falta o retraso de instrumental quirúrgico y la falta de disponibilidad de quirófano(10).

Otras razones observadas son las pruebas diagnósticas o interconsultas pendientes de resultados aumentan la estadía inadecuada dado que introducen demoras en la toma de decisiones terapéuticas o diagnósticas y más aún cuando hay días feriados o fines de semana donde la oportunidad es menor. Además otras causas de estancias inadecuadas que se han mencionado son (10):

- La permanencia del paciente en una sala distinta a la apropiada según su patología.
- Procedimientos diagnósticos o tratamientos que podrían realizárseles en la condición de pacientes externos una vez indicada el alta hospitalaria.
- Fallas en la programación y el cumplimiento de rondas médicas.

2.4 ASOCIADAS AL PACIENTE

Se han descrito causas asociadas al paciente, en relación con su situación socioeconómica, falta de cuidadores en el domicilio, rechazo de la familia al traslado del paciente debido a trastornos psicológicos o psiquiátricos, funcionalidad familiar, ausencia o falta de entrenamiento del cuidador, fatiga del cuidador, pobre apoyo de la familia o red de apoyo social, lugar de vivienda, capacidad cognitiva, rechazo de los familiares al alta.

La estancia hospitalaria es proporcional a la gravedad de la condición del paciente, siendo así que mientras más grave y compleja la situación de salud, más tiempo se espera que el paciente permanezca hospitalizado. En el artículo de revisión de Ceballos-Acevedo y Col (2) describen la existencia de diferentes métodos para cuantificar la complejidad de los pacientes y con base en esto realizar un ajuste de riesgo de la estancia hospitalaria prolongada, el método más usado en la actualidad son los grupos relacionados diagnósticos (GRD), que estima el costo medio del tratamiento de pacientes del mismo grupo (2).

En revisiones realizadas en diferentes hospitales de Costa Rica, donde se realizó el modelo de regresión algunas de las variables medidas en los pacientes fueron edad, sexo, estado civil, vía de entrada al hospital (urgencias, consulta externa), grupo diagnóstico principal, grupo de comorbilidad y condición de salida del paciente (muerte versus otra condición), encontrando que los pacientes que fallecen tienen estancias hospitalarias más prolongadas (3).

Se ha encontrado que los pacientes con diabetes tipo 2, tienen un aumento de los costos hospitalarios, especialmente los hombres, los mayores de 65 años y aquellos que requieren procedimientos quirúrgicos. Esta vulnerabilidad enfatiza la necesidad de priorizar acciones para reducir la duración de la estancia hospitalaria para pacientes diabéticos y así disminuir complicaciones en ellos (16).

En un estudio realizado en China, se encontró, que los costos médicos directos de la diabetes tipo 2 aumentaron a una tasa anual de 19,9%; por lo que fue necesario tomar medidas para reducir los gastos de hospitalización de los pacientes diabéticos. Buscando los factores de riesgo asociados con los costos de hospitalización y tomando las acciones para reducir estos factores se puede aliviar la carga de morbilidad de esta patología. Se realizó un análisis de regresión lineal multi - variante para determinar las relaciones entre los gastos de hospitalización y los factores relacionados, encontrando asociaciones estadísticamente significativas con edad, sexo, tipo de seguro médico, estancia hospitalaria, estado de ingreso, complicaciones y cirugía. El valor medio de la estancia hospitalaria en todos los casos fue de 10 días (16).

Otra patología bastante común en los servicios de hospitalización y la cual es importante mencionar dentro de las causas de estancia prolongada es la enfermedad coronaria, y su principal manejo es la revascularización coronaria, que en Estados Unidos tiene una tasa de mortalidad menor al 1% cuando son pacientes ambulatorios y programados. El periodo de hospitalización en esta intervención es un área de interés, porque una proporción significativa del costo del procedimiento está asociada a la permanencia o no en el hospital. A la fecha, varios estudios, han demostrado la seguridad de la intervención ambulatoria y con alta médica el mismo día del procedimiento, pero en ocasiones esta alta temprana ocasiona reingresos en los siguientes 30 días. Debido a esto es importante considerar si el ahorro de los costos asociados al alta temprana y a la disminución de los días de estancia es mejor que dejar al paciente unos días posteriores al procedimiento, pero así evitar un reingreso temprano con los costos que esto conlleva (17).

Teniendo en cuenta otro evento común en la mayoría de los países, los accidentes de tránsito son la mayor causa de morbilidad y mortalidad a nivel global, con un número cada vez mayor en países de ingresos bajos y medios.

Estos accidentes, además de acarrear sufrimiento y pérdidas humanas, implican gastos económicos considerables. De acuerdo con Haghparast-Bidgoli et ál (11), en Irán los accidentes de tránsito ocupan el segundo lugar como causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y estos le generan un valor considerable al sector de cuidado hospitalario. De acuerdo con los autores, se estima que el costo anual por accidentes en carretera en Irán es aproximadamente de USD 2 billones de dólares, lo cual corresponde al 2% del producto interno bruto. Los costos y la carga de recursos de los traumas han sido documentados en países desarrollados, sin embargo, en países en vías de desarrollo, la información sobre los egresos relacionados con estos accidentes es poca y no hay análisis publicados de los factores que afectan la utilización de los recursos en las víctimas de accidentes de tránsito. Dicha información sería útil para priorizar la prevención de los accidentes y el cuidado e intervención ante el trauma. Se evidenció que los costos y la duración de la hospitalización varían de acuerdo con factores sociodemográficos, las características de las lesiones, el estado de salud de los pacientes y su rol en la vía pública (11).

En países desarrollados han identificado factores como la edad, el género, la severidad del trauma, la mortalidad hospitalaria, el tipo de seguro y la ubicación de los centros médicos como predictores de los costos hospitalarios y la duración de la estancia hospitalaria de los heridos. De igual manera, también han mostrado que el uso de equipo seguro como cascos o cinturones de seguridad mejoran los resultados médicos y reducen la utilización de recursos de cuidado hospitalario (11).

El aumento continuo en el costo del cuidado médico ha hecho necesario la identificación de los factores de estos costos para mejorar la eficiencia y aumentar la calidad del servicio. Las instituciones se esfuerzan por obtener mejores resultados a menor costo y la duración excesiva de la hospitalización ha sido identificada como un factor potencial para su reducción. La razón para que la hospitalización se extienda puede estar relacionada con la

complejidad de los diagnósticos asociada a la severidad del trauma. De igual modo, otros factores como la edad y la clasificación del estado físico pueden prolongar dicho periodo (13).

La revisión de Black y colaboradores, identifico que la estancia hospitalaria prolongada estuvo presente principalmente en los adultos mayores de 65 años. En esta población los resultados se definen como resultados positivos o negativos en función de la experiencia del paciente y su familia y no solo en desenlaces médicos como la mejoría clínica. Considerando la frecuencia de hospitalizaciones prolongadas en esta población es indispensable, mejorar la calidad de la atención en ellos. También es importante tener en cuenta que la eficiencia del servicio, la cual se logra proporcionando soluciones a los problemas que se presentan, creando un enfoque médico y de gestión que, combinados con metas reales y alcanzables, pueden impactar enormemente en la reducción en la estancia prolongada (9).

Las altas retrasadas en hospitales para pacientes graves, han sido causa de interés durante los últimos cuarenta años por los retos que le proponen a los sistemas de salud y por los retos sociales en términos de provisión de servicios, costos asociados y por el impacto en los resultados de los pacientes. Se identifica a las personas mayores como la principal población en riesgo de altas retrasadas, especialmente, aquellas con necesidades de salud y sociales complejas. Con el rápido envejecimiento de la población y el incremento de condiciones complejas a largo plazo como la demencia o embolia, surgen preocupaciones sobre un uso inapropiado de las camas por pacientes mayores cuyas necesidades podrían ser atendidas en condiciones con un nivel más bajo de cuidado como en hospitales comunitarios, centros asistenciales o sus propias casas (18).

En un estudio retrospectivo, realizado en Texas (7) sobre la variación en la duración de la estancia hospitalaria, concluyó que los pacientes entre 19 y 25 años tienen estancias hospitalarias más cortas y costos hospitalarios más

bajos, pero tienen cuidados posteriores en casa menos estrictos, siendo esto causa de reingresos.

La edad del paciente como posible factor de prolongación de estancia, no corresponde solamente a las condiciones médicas, sino también a condiciones sociales, donde una de las causas más comunes que se ha evidenciado es esperar que se logre conseguir un cuidador del paciente para ser acompañado en casa posterior al alta médica (8).

Coincidiendo con un artículo publicado por la universidad de Oxford acerca de los factores sociales asociados a la estancia prolongada en el servicio de hospitalización, se puede decir que el factor social sigue siendo relevante, especialmente en los pacientes de edad avanzada, ya que presentan una falta de autonomía y es difícil para ellos aceptar una alta médica, esto se convierte en un inconveniente para el servicio y para los profesionales de la salud, su familia y cuidadores (1).

2.4.1 EN CUIDADO CRÍTICO

Las unidades de cuidado intensivo (UCI) tanto en países desarrollados como en países en desarrollo son áreas de los hospitales que reportan gastos excesivos y adicional traen resultados aparentemente insatisfactorios en la mayoría de los casos. Por otro lado, en la atención de estos pacientes se llegan a emplear abundantes recursos en todos los casos incluso en aquellos pacientes con bajas probabilidades de sobre vida y se menciona que las UCI pueden ocupar desde un 22-34% de los costos hospitalarios totales. Por esto la estancia prolongada en las UCI se considera un marcador subrogado del empleo de recursos, por lo tanto, un importante paso hacia la optimización de recursos en el área de la medicina crítica y la reducción de la estancia en las mismas se ha considerado un blanco para los esfuerzos futuros de abatimiento de costos en salud (19).

Si bien existen criterios bien establecidos para el egreso de los pacientes de una UCI, con relativa frecuencia permanecen en las unidades por diversas razones; la definición de estancia prolongada en una UCI esta lejos de ser universal y por lo general cada institución crea sus propias metas y métodos para definir estos indicadores (19).

A pesar de esto, se han descrito factores de riesgo para estancias prolongadas en los servicios de cuidado critico como lo son, requerimiento de reintubación, tiempo prologado de circulación extracorpórea, edad promedio de 68 años con presencia de comorbilidad, el politrauma, pacientes que vienen de los servicios de hospitalización o unidades de cuidados intermedios, entre otros (19).

El desarrollo de ciertas complicaciones dentro de la UCI también causan que el tiempo de estancia se prolongue, algunas de estas complicaciones más comunes son arritmias, falla renal, respiratoria y cardiaca e infecciones nosocomiales que se presentan mas en aquellos pacientes que duran por mas días con accesos invasivos (19).

Adicional a esto, el impacto que esta estancia prolongada en las UCI tiene sobre la familia del paciente es un factor importante a tener en cuenta porque también determinara la estancia prolongada en sala general de hospitalización. Estas familias tienen mayor necesidad de tiempo con su familiar, requieren reducción de jornadas laborales y escolares y modificaciones en su estilo de vida que hacen que se puedan crean incluso ciertas enfermedades en los otros miembros de la familia del paciente (19).

En lo referente a la familia del paciente, es importante mencionar la insuficiente o nula preparación de la familia para la atención del paciente en su domicilio, así como el rechazo por parte de ambos al

ingreso en instituciones alternativas. En general, por un lado, los familiares se rehúsan a aceptar el traslado a un hogar de ancianos o clínica psiquiátrica y por otro, puede suceder que la familia no disponga de los recursos suficientes para atender al paciente, siendo su condición socioeconómica la causa de la estancia hospitalaria, adicional se ha descrito la demora en la adaptación de viviendas como causa frecuente que retrasa el alta del paciente (10).

2.5 ASOCIADAS A EVENTOS ADVERSOS

Los cuales pueden ser atribuidos a la atención en salud o por características del paciente.

En un estudio comparativo realizado en Estados Unidos (20), se estudiaron las complicaciones intrahospitalarias como una de las causas de estancia prolongada. Este estudio definió las complicaciones intrahospitalarias como las lesiones que ocurren durante su hospitalización, que no solo afectan la salud y el bienestar de los pacientes y familias, sino que también agregan una carga financiera significativa al sistema de atención médico de Estados Unidos, afectando costos y prolongando las estancias hospitalarias. Las complicaciones más comunes fueron infecciones del sitio quirúrgico, caídas que provocan lesiones graves y úlceras por presión(20). Las complicaciones más costosas fueron infecciones del sitio quirúrgico, infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter y úlceras por presión, con un aumento estimado del costo de 26.000 USD a 32.000 USD, comparado con una estancia hospitalaria que no presentara ninguna complicación. En términos porcentuales, estimaron que una infección del sitio quirúrgico aumentó el costo de una estancia normal en aproximadamente un 52%, las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter un 70% y las úlceras por presión en un 47%. El siguiente nivel de daños médicos en términos de costo adicional fue el trombo embolismo venoso, aproximadamente 18 000 USD o 44%, infecciones urinarias asociadas a sonda, aproximadamente 13 000

USD o 46%, infección del tracto urinario adquirida en el hospital 9000 USD o 38% y caídas que resultan en lesiones graves 6000 USD o 30%. Todas las estimaciones de costos fueron estadísticamente significativas (20).

Estos hallazgos muestran que el desarrollo de complicaciones intrahospitalarias aumenta sustancialmente los costos de una hospitalización y la duración de la estancia. Estas complicaciones deben convertirse en un punto clave de prevención en la gestión hospitalaria y los sistemas de calidad de un hospital, para impactar de forma positiva en los costos (20).

En otro estudio realizado en México (21) se habla de cómo la exigencia de una atención médica de calidad y sin complicaciones se ha incrementado en países en desarrollo. Entre las complicaciones del paciente hospitalizado, la infección nosocomial es la más frecuente en numerosos países y deja secuelas graves en la calidad de la atención hospitalaria. Por ejemplo, la estancia del paciente que adquiere bacteremia o neumonía durante su hospitalización puede alargarse entre cuatro y 10 días más de lo que se había previsto por el padecimiento básico que motivó el ingreso hospitalario; el paciente requerirá estudios de laboratorio y exámenes adicionales, así como terapia con antibióticos de amplio espectro para tratar la complicación infecciosa y todo esto conlleva un costo extra en su manejo. Otras complicaciones comunes que se deben mencionar además de la bacteremia y la neumonía son la infección del sitio quirúrgico e infección urinaria (21).

A pesar de lo conocido del tema, pocas autoridades de salud se han preocupado por invertir efectivamente en la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Si bien estas siempre han existido, en la actualidad el problema es más evidente pues ahora se sabe que una buena parte puede prevenirse con intervenciones básicas de higiene, atención médica salubre, remodelación y mantenimiento de hospitales, además de una vigilancia estrecha del paciente en riesgo y estrategias de buena práctica médica. En este tiempo si no se invierte en un programa efectivo de

prevención, el problema podría considerarse una negligencia médico-administrativa que se extiende a un alto gasto por exceso de estancia hospitalaria y uso de recursos materiales y humanos (21).

Los eventos adversos que ocurren eventualmente en los servicios de hospitalización pueden interferir en la prolongación de la estancia hospitalaria, el reporte y su debido manejo, además de los protocolos y guías institucionales incide notablemente en la reducción de días de estancia, al igual que en la agilización de la alta médica para que los pacientes culminen su recuperación en casa (1).

3. MEDICIÓN DE LA ESTANCIA

Teniendo en cuenta la relación entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, es de saber que esto aumenta los costos de la atención, tanto para las aseguradoras como para los hospitales y clínicas, llevando además a un aumento de los eventos adversos y la mortalidad. Por lo que se han creado múltiples indicadores para la medición de la estancia, uno de ellos es la estancia media o promedio días de estancia, el cual se usa cada vez más en la mayoría de hospitales y mide el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados por el hospital, siendo interpretado así, entre más bajo, mejor aprovechamiento de la cama, pues más pacientes pueden usar esta cama y de esta forma lleva a otro indicador de gran importancia que es el giro cama (3).

También es importante saber que, para la medida de algunos indicadores, como la estancia media, la comparación entre hospitales debe ser en infraestructura (número de camas hospitalarias) y el nivel de complejidad de los pacientes que se atienden, por lo que es necesario usar el “ajuste por riesgo” de la estancia para determinar cuando hay estancias prolongadas por problemas en la atención. Hay varias formas de realizar su medida, pero para esto es importante conocer la tipología de los pacientes, que puede hacerse por medio de los GRD (Grupo relacionado diagnóstico), que en ocasiones resulta un poco caro para los países en

desarrollo o puede usarse un modelo de regresión para estimar la estancia esperada en función de las características de los pacientes y del hospital (3).

En los hospitales donde se registra una inadecuada gestión de estancia, se recomienda realizar un perfil de eficiencia, para identificar en que categoría diagnóstica el hospital es más eficiente y en cual es menos eficiente, para así desarrollar protocolos que estandaricen la prestación del servicio en los diagnósticos con mayor variabilidad en el promedio días de estancia, además se ha encontrado en múltiples revisiones literarias que el factor que más prolonga la estancia, es la demora en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, seguido de la necesidad de atención en otro nivel de complejidad (falta de red de atención), situación socio familiar y edad del paciente (3).

Los recursos hospitalarios son limitados y su uso racional permitirá que la asistencia prestada sea más eficaz y eficiente. Por ello, en los últimos años se están introduciendo en los hospitales conceptos de eficiencia y competitividad, lo que propicia la aplicación de técnicas orientadas a una mejor gestión de los recursos y a una evaluación continuada de la actividad (22).

Los AEP son herramientas de gestión, que permiten determinar si el ingreso o la estancia de un paciente son adecuados o no. Este concepto de adecuación o inadecuación no cuestiona la indicación médica, sino que esta podría ser ofrecida en un nivel asistencial inferior o en menos tiempo. El AEP es uno de los instrumentos más validados en el mundo para evaluar la utilización inadecuada de la estancia hospitalaria y está ampliamente difundido en el mundo, existiendo versiones en diferentes países, lo cual genera la ventaja adicional de comparabilidad de los resultados obtenidos con los de otras experiencias internacionales, por lo cual no se recomienda modificar los criterios del instrumento sin un previo análisis del impacto en la mencionada comparabilidad (5).

El AEP se ha desarrollado para obtener un sistema de revisión eficiente, que puede usarse para determinar si un ingreso y/o un día de estancia es médicamente necesario, responde a las preguntas de si el paciente requiere el ingreso como

paciente agudo en un centro hospitalario y si los servicios que recibe, son prestados de forma oportuna (22).

Durante el pasar de los años, el protocolo ha sufrido diversos cambios y retoques encaminados a clarificar su contenido, simplificando su aplicación para determinar la presencia del paciente en el hospital (22).

Existen varias versiones del AEP para distintos grupos de pacientes (22).

- A) Pacientes adultos médico-quirúrgicos: se debe aplicar a pacientes adultos de medicina interna, cirugía y ginecología, se encuentra dividida en dos partes, la primera para evaluar el día del ingreso y la segunda, para la evaluación de cualquiera de los días de estancia hospitalaria. Ver tabla 2.
- B) Protocolo pediátrico: se aplica a pacientes pediátricos a partir de seis meses de edad.
- C) Protocolo de cirugía electiva: se aplica a pacientes citados para ingreso quirúrgico, con el fin de determinar lugar y la oportunidad, esta última refiriéndose a la necesidad de días preoperatorios del procedimiento.

Tabla 2: Protocolo AEP para pacientes adultos médico – quirúrgicos.

Pacientes Adultos Médico - Quirúrgicos:
A: Adecuación del Ingreso
<i>Servicios clínicos:</i>
1. Cirugía o técnica especial en 24 h que requiera: Anestesia general o regional Equipamiento o medios disponibles sólo en ingresos 2. Telemetría o monitorización de constantes vitales cada 2 h 3. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos (no se incluye alimentación por sonda) 4. Observación de reacción secundaria no deseada a medicación 5. Antibióticos intramusculares 3 ó más veces al día 6. Ventilación asistida continua o intermitente (al menos cada 8 h)
<i>Situación clínica del paciente:</i>
7. Alteración electrolítica/ácido-base acusada: Na+ <123 mEq / l ó > 156 mEq/l K+ <2,5 mEq / l ó > 6 mEq/l HCO ₃ <20 mEq / l ó > 36 mEq/l pH arterial <7,3 ó > 7,45 8. Fiebre persistente >38°C durante más de 5 días 9. Pérdida brusca de movilidad corporal (déficit motor) 10. Pérdida brusca de visión o audición 11. Hemorragia activa 12. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración 13. Frecuencia cardíaca < 50 ó > 140 pulsaciones / minuto 14. Presión arterial Sistólica < 90 ó > 200 mmHg Diastólica < 60 ó > 120 mmHg 15. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta 16. Electrocardiograma compatible con isquemia aguda

B: Ingreso inadecuado
<p>01 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas</p> <p>02 El paciente ha sido ingresado para realizar pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente vive muy lejos como para efectuarse de forma rápida</p> <p>03 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente no está ingresado</p> <p>04 El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior (no especificado), no en un hospital de agudos</p> <p>05 El paciente requiere cuidados en un hospital de crónicos</p> <p>06 El paciente requiere cuidados de enfermería</p> <p>07 El paciente precisa una residencia de ancianos</p> <p>08 Admisión prematura –un día o más previos a la citación de las pruebas</p> <p>09 Tratamiento o pruebas diagnósticas no documentadas</p> <p>10 Procedimiento quirúrgico que debería ser realizado de forma ambulatoria</p> <p>11 El paciente precisa cuidados terminales</p> <p>12 Abuso (o sospecha) del anciano, paciente ingresado para custodia</p> <p>13 Incumplimiento del tratamiento necesario</p>

C: Adecuación de la estancia
<i>Servicios médicos</i>
<p>1. Intervención quirúrgica ese mismo día</p> <p>2. Intervención quirúrgica en las 24 h (necesaria evaluación preoperatoria)</p> <p>3. Cateterización cardíaca ese mismo día</p> <p>4. Angiografía ese mismo día</p> <p>5. Biopsia de órgano interno ese mismo día</p> <p>6. Procedimiento invasivo en el sistema nervioso central ese mismo día</p> <p>7. Cualquier prueba con control dietético estricto</p> <p>8. Tratamiento nuevo que requiera frecuentes ajustes de dosis</p> <p>9. Control monitorizado al menos 3 veces/día</p> <p>10. Procedimiento invasivo durante las últimas 24 h</p>

<i>Cuidados de Enfermería</i>
11. Ventilación mecánica y/o terapia respiratoria por inhalación al menos 3 veces al día 12. Terapia parenteral intermitente o continua 13. Monitorización de constantes al menos cada 30 min (4 h mínimo) 14. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día 15. Control de balances 16. Cuidados de heridas quirúrgicas mayores y drenajes 17. Monitorización por una enfermera al menos 3 veces/día (con supervisión médica)
<i>Situación clínica del paciente durante el mismo día o 24 H antes</i>
18. Ausencia de motilidad intestinal o incapacidad para orinar
<i>Dentro de las 48 horas anteriores</i>
19. Transfusión debida a pérdida de sangre 20. Fibrilación ventricular o ECG de isquemia aguda 21. Fiebre de al menos 38°C 22. Coma-pérdida de conocimiento durante 1 h 23. Estado confusional agudo (excluyendo síndrome de abstinencia alcohólica) 24. Síntomas o signos debidos a perturbación hematológica aguda 25. Dificultades neurológicas

D: Día de estancia inadecuado
<i>Retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente está hospitalizado</i>
19. Transfusión debida a pérdida de sangre 20. Fibrilación ventricular o ECG de isquemia aguda 21. Fiebre de al menos 38°C 22. Coma-pérdida de conocimiento durante 1 h 23. Estado confusional agudo (excluyendo síndrome de abstinencia alcohólica) 24. Síntomas o signos debidos a perturbación hematológica aguda 25. Dificultades neurológicas

<i>Responsabilidad del médico o del hospital</i>
30. Alta planeada, pero no hay órdenes escritas 31. Fallo en la hoja al iniciar/ejecutar el alta hospitalaria 32. No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro cuando ya no recibe o requiera los servicios de un centro de agudos 33. No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento 34. Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario puede realizarse como paciente externo 39. Otras
<i>Responsabilidad del médico o de la familia del paciente</i>
40. Falta de familiares para atención del paciente en su domicilio 41. Falta de preparación de la familia para atención del paciente en su domicilio 42. El paciente/la familia rechaza los medios disponibles en instalaciones alternativas 49. Otras
<i>Responsabilidad del médico</i>
50. Paciente perteneciente que proviene de un ámbito social degradado, permanece ingresado en el hospital hasta que su ambiente se hace aceptable o se encuentra en una opción alternativa 51. Paciente convalenciente de una enfermedad y se prevé que sólo se dispone de una estancia de menos de 72 h en instalaciones alternativas 52. No disponibilidad de una instalación alternativa 53. No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de la atención domiciliaria 59. Otras

*Tomado de Alvarez JN, Fernández MG, Gomís RF. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización (the appropriateness evaluation protocol) en alergología. Rev Esp Alergol Inmunol Clín. 1998;13(3):171–180

Estas presentan algunas ventajas, como lo son la valoración de la adecuación de ingresos y estancias; es un protocolo validado; presenta criterios explícitos, que no son demasiados y pueden ser aplicados por revisores entrenados aunque no sean médicos. Sus principales limitaciones son la necesidad de revisar las historias clínicas, la dificultad en la comparación entre servicios y hospitales y que no toda la inadecuación depende del hospital (22).

En Colombia, los problemas de calidad asociados a las fallas en la eficiencia con la cual se utilizan los servicios son importantes. En cualquier sociedad, los recursos para la atención en salud son limitados y es necesario adoptar mecanismos para prestar servicios de calidad, con la óptima utilización de los recursos existentes (eficiencia). Los métodos de revisión de la utilización ofrecen una excelente alternativa de armonizar ambos aspectos de la calidad, permiten contener los costos derivados del desperdicio de recurso en atenciones ineficientes o inefectivas, pero defendiendo simultáneamente la integridad y los resultados clínicos con centro en el paciente/cliente (5).

En Colombia se creó una versión adaptada del AEP conocida como Protocolo de revisión de la utilización, derivada de la versión española del “Appropriateness Evaluation Protocol” (AEP) con algunas diferencias de terminología y la introducción de algunas expresiones muy particulares de los procesos del sistema Colombiano de prestación de servicios tales como “hospitalización domiciliaria”, etcétera, pero el instructivo incluyendo las modalidades de aplicación ha sido modificado procurando compatibilizar el acuerdo con los principios metodológicos de la versión internacional y la implementación en las condiciones específicas del país en general y las particularidades del léxico técnico utilizado en el contexto latinoamericano y nacional. Igualmente difiere del instrumento internacional en el orden de algunas secciones y en la introducción de consideraciones particulares derivadas de la experiencia nacional en la aplicación del instrumento (5).

En la realidad latinoamericana y nacional, el Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU siglas en español, sinónimos de la AEP, Appropriateness Evaluation Protocol), es un instrumento ampliamente conocido, actualizado, aplicado y

validado a nivel internacional. Se trata de un desarrollo específico y particular para nuestras condiciones específicas nacionales, que conserva los criterios del instrumento original. El PRU y los hallazgos de la monitoria del paciente consultador crónico, los cuales son experiencias nacionales metodológicamente comparables con los estudios publicados internacionalmente, desarrolladas en escalas ampliamente representativas de la realidad colombiana, han encontrado que tanto la utilización de la estancia hospitalaria como la de las ayudas diagnósticas, constituyen un elemento clave para la gestión de calidad si se pretende ofrecer servicios con calidad y con bajo nivel de desperdicio de recurso (5).

El objetivo del “Protocolo de Revisión de la Utilización de las Estancias e Ingresos Hospitalarios” (PRU), es identificar y reducir el uso inadecuado de la estancia hospitalaria. Ha sido desarrollado para obtener un sistema de revisión eficiente, que pueda ser utilizado para determinar si un ingreso y/o un día de estancia es médicamente necesario. Responde a las preguntas de si el paciente requiere el ingreso como paciente agudo en un centro hospitalario y si los servicios que recibe, durante cada uno de los días de estancia le son prestados de forma oportuna en el tiempo. Esta metodología es un instrumento que se ha demostrado muy útil en diferentes contextos (5).

- Para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio se ha demostrado como una importante herramienta de control de costos de no calidad, ya que una de las fuentes que se han identificado de este tipo de costos son los pagos realizados por estancias inadecuadamente utilizadas, y de otro lado, es un buen mecanismo para desarrollar la auditoría externa a la que hace referencia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), es una buena herramienta para mejorar sus ingresos pues al mejorar la utilización de las camas, que solo generan gastos de hotelería, por estancias de mayor valor en las cuales se producen servicios que benefician al paciente y generan ingresos a la institución.

- Para los profesionales de la salud, pues al basarse el análisis de la utilización en criterios clínicos explícitos y basados en la evidencia, son un excelente mecanismo para desarrollar la auditoría interna, generando discusiones y análisis clínicos que conducen a la mejora de la práctica profesional.

Este protocolo está diseñado para ayudar a identificar no solo casos individuales de cuidados inadecuados o ineficientes, sino problemas del sistema que perpetúan las ineficiencias. Se debe ser coherente con los planteamientos de la mejora de la calidad, centrados en el cliente. Es esencial que la aplicación del Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU), permita conocer las causas de los problemas que perpetúan la inadecuación de la utilización de los recursos, avanzando más allá de las causas esporádicas de variación hasta las causas comunes logrando detectar los procesos que están fallando e incrementando costos y deteriorando la atención del paciente. La detección, análisis y corrección de estas fallas es de gran utilidad tanto para el prestador y el asegurador como herramienta de mejoramiento continuo (5).

Esta metodología no es la única aplicable para mejorar la utilización de los recursos manteniendo o incrementando la calidad de los servicios, las instituciones que utilizan métodos de clasificación de diagnósticos de pacientes (GDR) igualmente pueden utilizar técnicas de evaluación de la utilización de los recursos en grupos homogéneamente seleccionados de pacientes de acuerdo a su diagnóstico o procedimiento recibido (case mix). Lo importante es que la aplicación del concepto de “pertinencia” se base en la aplicación de criterios explícitos y basados en la evidencia, para lo cual estas y otras metodologías son altamente útiles en Colombia (5).

Los GRD surgen en Estados Unidos durante la década de los sesenta en la Universidad de Yale, propuestos por Fetter y Thompson como uno de los primeros intentos por clasificar a los pacientes de modo que se obtuvieran grupos homogéneos en cuanto a costos hospitalarios. Estos grupos fueron conformados por un panel de expertos basado en cinco aspectos del paciente, diagnóstico principal, intervención quirúrgica, edad, complicaciones y motivo del alta. Como se

necesitaron paneles de expertos para construir las combinaciones de los diagnósticos similares, tanto en términos clínicos como de consumo, el método ha sido implementado en software comerciales (2).

Han resultado útiles, para el estudio de la casuística o case mix, la comparación entre hospitales, la evaluación de diferencias en las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados, la ejecución y soporte de guías clínicas que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica y la estancia media hospitalaria. Por lo tanto, se constituyen en una herramienta que sirve para el control de la calidad y la facturación de la atención, y como insumo para la planificación de la administración hospitalaria (2).

4. CONSECUENCIAS DE LA ESTANCIA PROLONGADA

La estancia prolongada afecta de manera negativa a los pacientes, instituciones y sistemas de salud, sus desenlaces afectan la calidad de la prestación de los servicios de una institución, siendo este un indicador indirecto del cuidado de la salud de las personas y ocasiona costos extras para las aseguradoras y las familias de los pacientes. Otros efectos de la estancia prolongada que se han descrito sobre el paciente son, el aumento en el riesgo de infección nosocomial, aumento en el riesgo de desacondicionamiento físico, aumento en el riesgo de presentar delirio y otros eventos adversos que afectan la seguridad del paciente (1).

Se realizó un análisis retrospectivo durante 6 años, en pacientes de trauma en base de datos que comprende todos los pacientes de trauma admitidos en el Centro Médico de la Universidad de Arizona en Estados Unidos. La regresión logística de análisis fue empleada en los datos para identificar estadísticamente las causas significativas de las altas atrasadas. Se concluyó que los pacientes que presentaron hospitalización prolongada tuvieron más riesgo a morir. Por otro lado, el 23.8% de los pacientes presentaron complicaciones durante su periodo de hospitalización entre las cuales las más comunes fueron las infecciones del tracto urinario y la

neumonía. En la regresión multivariada del análisis la hospitalización prolongada fue el único factor asociado con el desarrollo de complicaciones (13).

Los pacientes cuya alta es retrasada están expuestos a complicaciones iatrogénicas y eventos adversos, debido a su hospitalización prolongada que lleva a un declive de la salud y el funcionamiento a largo plazo lo cual puede promover morbilidad y discapacidad. De igual modo, las hospitalizaciones prolongadas están asociadas con una alta posibilidad de admisión para el cuidado en casa después del alta o incluso la muerte y también incrementa los niveles de aislamiento social y dependencia, estos pacientes pueden sufrir recaídas médicas necesitando luego un tratamiento urgente. Reducir las altas atrasadas es de gran importancia para mejorar los resultados de los pacientes y su pronóstico de vida, pues el nivel de cuidado que estos pacientes reciben en el hospital puede no ser el apropiado para sus necesidades y puede ir en deterioro de su salud física y mental y más si son personas mayores (9).

5. MANEJO DE LA ESTANCIA

La creación e implementación de los GRD (grupo relacionado diagnóstico), en la década de los 70 y además la implementación del pago fijo por patologías relacionadas, llevó a los hospitales a preocuparse por reducir los tiempos hospitalarios y los reingresos, por lo que se lleva a la creación del “Case management” o manejo de casos, el cual se implementa inicialmente en los Estados Unidos de América y tiene dos propósitos, El paciente y la costo - efectividad en el manejo hospitalario, identificando pacientes en alto riesgo de consumo de recursos, enseñándoles a tener un mejor autocuidado, además identifica y cubre necesidades médicas y sociales insatisfechas, intensificando los cuidados después del alta y eliminando prestaciones inefectivas o duplicadas (23).

El “case manager” proyecta los cuidados más allá de la hospitalización por un plazo variable, y tiene incorporados conceptos de costo efectividad en su gestión. Las estrategias se pueden centrar en la comunidad, en el hospital o en ambos. El “case management” como estrategia puede cubrir el ámbito ambulatorio y hospitalario por

períodos variables de tiempo con buenos resultados para los pacientes. Así mismo, tiene beneficios para los hospitales, como lo son mayor control sobre el flujo de pacientes, disminución de la estancia hospitalaria, menor tasa de reingresos y ser excelente en el cuidado de pacientes geriátricos. Pero teniendo en cuenta el funcionamiento del Sistema de Salud Colombiano, es difícil la implementación de este modelo, dado que la atención ambulatoria de los pacientes posterior al alta es brindada por distintos prestadores con diferencias en la contratación de los servicios, lo que dificulta la atención y seguimiento de los pacientes (23).

En un estudio que se realizó en Irán (24), en un hospital universitario se llevó a cabo un análisis de casos y controles sobre la influencia que tienen la discusión de casos en la mañana, previo a la ronda médica de los pacientes, sobre la estancia hospitalaria. La inflación de los costos de la atención en salud es un tema importante para los encargados de formular políticas de atención médica. El análisis de casos antes de ronda es una de las actividades educativas más importantes en los programas de formación de residencias a nivel mundial. Los objetivos educativos varían ampliamente, pero generalmente incluyen el fomento de las habilidades para la toma de decisiones clínicas, la promoción de las habilidades para la resolución de problemas y la planificación del manejo del paciente. Las sesiones de informes matutinos se han considerado eventos sociales, así como programas educativos que abordan cuestiones éticas y económicas (24).

La presentación de casos en el informe matutino redujo los días de estancia del hospital en un 20,4% (media de estancia 10.5 días vs. 8.3 días) y el costo total de la hospitalización en un 65,8% en comparación con los días de estancia y los costos de los pacientes que no se presentaron en las sesiones del informe. Dada la escasez de camas en los hospitales universitarios en Irán, esta reducción en los días de estancia es invaluable para facilitar una rotación más rápida de pacientes por cama y para efectuar una utilización más eficiente de los recursos hospitalarios (24).

La discusión grupal durante la presentación de un caso y la presencia de expertos de diversos campos relacionados con la medicina favorecen la adecuada toma de decisiones con base en las mejores recomendaciones de práctica clínica aceptadas en el medio. Dentro de los factores que contribuyen a este ahorro son las reducciones en los costos de días de cama, medicamentos y paraclínicos. Una disminución en los días de estancia hospitalaria implica una tendencia hacia la atención ambulatoria y, por lo tanto, una disminución de las complicaciones de la enfermedad y los costos hospitalarios. También se ha demostrado que los días de estancia hospitalaria y la probabilidad de desarrollar una infección son interdependientes. Este efecto podría explicarse por el reconocimiento temprano de las causas de los problemas del paciente y la subsiguiente evitación de procedimientos innecesarios y el consumo excesivo de medicamentos, o por un cambio en el estilo de práctica de los médicos hacia una utilización más eficiente de los recursos (24).

Al hablar de las causas de estancia prolongada, se debe revisar las posibles soluciones a esta, para definir intervenciones por parte de los hospitales, enfocadas en mayores niveles de eficiencia en la administración hospitalaria, para esto se encontraron metodologías como simulación de eventos discretos, dinámica de sistemas, teoría de restricciones, análisis envolvente de datos, reingeniería de procesos, modelo de Márkov y pensamiento esbelto, entre otros (2,9). Ver tabla 3.

Tabla 3: Métodos empleados en el abordaje de problemas relacionados con la estancia prolongada de pacientes.

Métodos	Objetivos de estudio
Simulación de eventos discretos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de nuevos procesos. • Disminuir los tiempos de espera para que los pacientes sean atendidos. • Mejorar el rendimiento de los procesos asistenciales.
Dinámica de sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los tiempos de espera de los pacientes. • Realizar mejoras en los flujos de pacientes y la capacidad del sistema. • Evaluar los efectos de las propuestas y políticas implementadas para el mejoramiento de procesos. • Analizar la utilización de camas.
Teoría de restricciones (toc)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el número de pacientes tratados en la misma unidad de tiempo, sin necesidad de recursos adicionales y sin aumentar la exigencia o sobrecargar al personal para trabajar más intensamente. • Identificar el punto de apalancamiento que explique la razón del promedio del número de días de hospitalización. • Reducir el promedio de días de estancia con los mismos recursos.
Análisis envoltante de datos (aed)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el aumento de la eficiencia técnica. • Analizar el incremento en el uso de la capacidad instalada. • Analizar el incremento en la capacidad de los hospitales. • Evaluar el cambio en la estancia media por paciente.

*Tomado de Acevedo TMC, Restrepo PAV, Posada JSJ. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev Gerenc Políticas Salud.

2014;13(27):16

Para intentar contener el progresivo incremento del costo de la sanidad española, en una época de crisis económica, la duración de la estancia es el principal determinante del costo de una hospitalización, por lo que se deben implementar estrategias para reducir la estancia hospitalaria manteniéndose los niveles de calidad. Las Unidades de Estancia corta (UEC) se están implantando en España como medida a las Unidades de Hospitalización Convencional (UHC). Las UEC nacen con la hipótesis de que la eficiencia y calidad de la atención a un paciente que no requiere una estancia hospitalaria prolongada puede mejorar si es ingresado en una unidad diferenciada. Las UEC son unidades de hospitalización para patologías en las cuales los estudios a realizar y su estancia media se prevé limitada, generalmente hasta 96 horas (25).

Las UEC pueden ofrecer al paciente igual atención que en las UHC, reduciendo el periodo de estancia y por tanto los costos finales del proceso. Esta disminución del periodo de estancia no está ligada al incremento de los reingresos, disminución de la calidad asistencial ni aumento de la mortalidad, debido a que permiten disminuir los ingresos innecesarios en camas de hospitalización convencional, mejorar la atención percibida por el paciente y disminuir probablemente el porcentaje de infección nosocomial. Para el correcto funcionamiento de estas unidades se deben cumplir una serie de requerimientos, idealmente deben de encontrarse bajo manejo por médicos internistas, el tiempo de estancia debe limitarse a una máxima de 96 horas, los objetivos por paciente deben de estar claramente definidos, no deben de utilizarse como comodín cuando faltan camas en las UHC, si el paciente debe ingresar a una UHC, el ingreso debe tener prioridad para poder mantener el índice de rotación pactado, lo que hace que las UEC sean unidades altamente dinámicas (25).

Un estudio que se realizó en el Centro Médico de la Universidad de Baylor en Dallas, Estado Unidos (26), buscó determinar si un equipo interprofesional dirigido por un gerente de resultados podría reducir la duración de la estancia y el costo directo sin aumentar las tasas de readmisión a los 30 días en la población total de pacientes con artroplastia. Definieron como modelo de atención colaborativa a un equipo

interprofesional compuesto por médicos, enfermeras, farmacéuticos, nutricionistas, capellanes, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, coordinadores de atención, coordinadores de atención domiciliaria y personal de enfermería perioperatoria; dirigido por un gerente de resultados que supervisa el equipo y administra los resultados mediante el refinamiento de las prácticas estandarizadas mientras mejora los resultados de los pacientes y controla los costos. El gerente de resultados dirige al equipo en la implementación de cambios en el proceso dentro de los servicios de atención médica a lo largo de la continuidad de la atención e identifica las brechas en la atención para mejorar la operación (26).

Este estudio concluyó, que tener un equipo interdisciplinario dirigido por un gerente de resultados con la implementación del protocolo de tratamiento contribuyó a una reducción significativa en los días de estancia (promedio 0,6 días) y el costo directo (una reducción de costos globales en las poblaciones de 240,881USD) sin aumentar significativamente los reingresos de 30 días para los pacientes con reemplazo total de articulación. Este enfoque del administrador de resultados y del equipo se puede aplicar a varias poblaciones de pacientes, especialmente a aquellos que involucran una intervención quirúrgica planificada. Aunque el proceso de cada disciplina será exclusivo del diagnóstico y el procedimiento, los resultados de este estudio sugieren que este concepto del equipo interprofesional dirigido por el gerente de resultados se puede aplicar para mejorar los resultados de una institución de salud y reducir los costos (26).

CONCLUSIONES

Para el funcionamiento adecuado de una institución de salud, es necesario un trabajo coordinado y en equipo de múltiples actores, para llevar a la empresa a ser sostenible, a perdurar y a crecer en el tiempo. Adicionalmente su prioridad es cumplir metas y objetivos claros a corto, mediano y largo plazo, optimizando la utilización de los recursos, disminuyendo los costos y brindando la mejor atención posible a los pacientes.

Es por esto que la estancia hospitalaria se ha convertido en uno de los puntos clave de gestión en una institución de salud y a su vez se ha convertido en una de las principales debilidades de dichas instituciones, ya que por lo general por su difícil gestión, se afecta la utilización de la capacidad instalada, y esto no solo tiene efectos negativos sobre sus resultados financieros sino que también trae varias consecuencias desfavorables que hacen que las instituciones se deterioren y deban replantear sus objetivos financieros afectando así al sistema de salud de cada país, a los pacientes y su familia que son el objetivo central de trabajo en el área de la salud.

Conociendo las múltiples causas que se han descrito a través del tiempo en la literatura, se comprende que, a nivel mundial independientemente de cada sistema de salud, y de otras características individuales de cada país, muchas de estas causas se repiten y tienden a convertirse en una constante, lo que las convierte en objetivos de intervención de cada institución, logrando así conocerlas, controlarlas y dominarlas, para disminuir su presentación y mitigar sus efectos.

Se enumeraron las causas que se consideraron más importantes y que se replican en Colombia y sus empresas prestadoras de servicios de salud, pudiendo entender de una forma más clara todas las estrategias y herramientas que se han propuesto en diferentes países del mundo y que son soluciones que se pueden desarrollar en los hospitales y clínicas, para poder controlar mejor la estancia hospitalaria de los pacientes.

Entre las estrategias que deben plantearse para mejorar la estancia hospitalaria prolongada, es importante involucrar no solo al personal médico, sino también al personal administrativo, de enfermería, servicios de apoyo, servicios de atención de las instituciones (urgencias, cirugía, procedimientos, trabajo social, psicología, imagenología y ayudas diagnósticas, laboratorio clínico) además del asegurador y a la familia y/o cuidadores de los pacientes. Con el trabajo interdisciplinario de todos se pueden empezar a implementar medidas que desde el ingreso del paciente permitan detectar y controlar variables que afectarán la estancia, para resolverlas de forma ordenada, ya que se cuenta con el conocimiento necesario y se podrán formar los equipos de intervención requeridos para cada caso individual.

Según la literatura revisada y teniendo en cuenta que la edad de los pacientes que son hospitalizados afecta no solo la situación personal de salud sino que además se relaciona con muchas de las otras causas descritas, se puede observar que principalmente los pacientes de edad avanzada generan estancias prolongadas en el servicio de hospitalización tanto en nuestro país como a nivel mundial. Haciendo énfasis en Colombia, muchos adultos mayores presentan varios tipos de inconvenientes al ser hospitalizados, tales como abandono por parte de su familia, escasez de recursos, falta de cuidador, falta de aseguramiento, entre otros, lo que hace que la situación y la atención médica del paciente se dificulte, ya que debido a esto se extienden los días de estancia hospitalaria y esto conlleva a que se incrementen los gastos para una institución y adicionalmente se aumenta el riesgo de que se presenten complicaciones en el paciente que prolongaran su estadía y se perpetuara este círculo que no permite dar una alta en el momento adecuado.

Como medida preventiva ante este factor de la edad, se sugiere realizar un acompañamiento mayor por parte de las instituciones de salud apoyado con trabajo social y psicología para la captación de estos pacientes desde su ingreso, creando un plan de trabajo en el cual el paciente sea valorado en el aspecto psicosocial inmediatamente es ingresado a la clínica o institución, esto ayudará a identificar la condición en la que vive y se relaciona este y se podrá detectar a tiempo si se presenta alguno factores de riesgo que puedan generar una estancia hospitalaria

prolongada, y así poderle brindar el manejo adecuado y se podrán tomar decisiones a tiempo para evitar un retraso en el alta médica y lograr la optimización y manejo adecuado de los recursos.

Adicionalmente, al conocer que los pacientes mayores son una de las principales causas que nos afectan la estancia, otra estrategia que ha demostrado gran utilidad para impactar de forma positiva este indicador de estancia hospitalaria es el uso de la escala de Barthel en los pacientes mayores desde su ingreso al servicio de urgencias, con apoyo del área de trabajo social. Así, se pueden ir implementando medidas de apoyo para la gestión del alta, como son el cuidador, tipo de transporte que requiere el paciente para su regreso a casa, insumos que requiere para su cuidado y recuperación, entrenamiento a la familia o cuidador en el manejo del paciente (sondas, curaciones, alimentación), permitiendo así que el día del egreso, el paciente sea dado de alta con seguridad y con todas las medidas de cuidado que requiere, y no postergar esta gestión para el mismo día en que se define el alta médica, pues es de saber que la gestión de estas necesidades toma tiempo y en el sistema de salud colombiano es mucho más retrasada, debido múltiples trámites administrativos que deben hacerse con la aseguradora del paciente, lo que prolongaría la estancia y sus respectivos efectos mencionados anteriormente, es por esto que la planeación del alta debe iniciarse tempranamente impactando en los días de estancia y en el cuidado del paciente.

El protocolo AEP, es una herramienta indispensable para la correcta gestión hospitalaria que debería usarse en todos los hospitales y clínicas que deseen mejorar los adecuados ingresos por un servicio de urgencias y posterior hospitalización y como segunda instancia aquellos que deseen tener un impacto positivo en los días de estancia de los pacientes para mejorar el consumo de presupuesto y costos de una institución. Este protocolo se puede modificar y adecuar a las distintas necesidades y estadísticas de una institución y es así como se evidenció en la literatura, donde según cada país y cada necesidad de un servicio, se hicieron ciertos ajustes al protocolo.

A pesar de que esta descrita desde los años 80, en la actualidad hay muchas instituciones que no usan esta herramienta tan sencilla y fácil de implementar, e incluso desconocen su existencia y no logran percibir las ganancias que tendrían usando esta herramienta que no cuesta nada y con el mismo personal asistencia y administrativo que ya cuenta la institución se puede aplicar.

Al usar esta herramienta y poder identificar aquellas causas y factores que ocasionan ingresos inadecuados y estancias mas largas, se logrará entender por ejemplo cual es el diagnostico ante una situación y poder actuar de la mejor forma posible y con anterioridad.

Con el uso de esta herramienta se podrá entender por qué se hicieron ingresos a pacientes que no tenían indicación médica para estar hospitalizados, también se conseguirá entender aquellos pacientes con morbilidades asociadas que requieren de entrada un manejo interdisciplinario distinto para que durante su estancia se tengan controlados la mayor cantidad de riesgos posibles para evitar complicaciones asociadas; adicional se podrán definir que patologías y ayudas diagnosticas se podrían hacer de forma ambulatoria, y cuales se pudieran manejar de forma temprana en atención domiciliaria. En el ámbito quirúrgico y de ayudas diagnósticas y/o procedimientos se logrará captar aquellos pacientes que están pendientes de resultados, o valoraciones por médicos interconsultantes para la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas, y además cualquier procedimiento o cirugía que se retrase se definirá si son indicaciones médicas que se pueden realizar de forma ambulatoria, y cuales deben priorizarse para no retrasar más un tratamiento médico.

Analizando todas las causas de retraso, por medio de la aplicación de esta y muchas otras herramientas que se pueden desarrollar intra-institucionalmente, se podrán crear propuestas, protocolos y guías de mejora para que cada servicio de la institución sea más eficiente, tenga tiempos de respuesta más óptimos, que pueda

existir mayor coordinación entre todos estos servicios para que cada paciente tenga una atención más oportuna y eficiente.

En los hospitales y clínicas universitarias, es indispensable tener un protocolo sobre cómo será la atención del paciente, que la ronda médica y los tiempos de espera no se vean afectados por la realización de actividades académicas, estas se deberán hacer en horarios donde no se afecte la atención pero que si se lleven a cabo para poder hacer análisis de casos y poder tomar la mejor decisión para el paciente en cuanto a su diagnóstico y manejo y así lograr una mayor adherencia a guías y protocolos basados en la mejor evidencia, ya que esto ha demostrado que si se aplica de forma correcta, influye positivamente en la disminución de los días de estancia de los pacientes.

Los servicios de hospitalización deben tomar medidas para reducir la estancia hospitalaria de los pacientes, por ejemplo, mejorando la gestión hospitalaria, reduciendo el tiempo de espera de los pacientes y reduciendo las pruebas innecesarias; esto puede lograrse con solo mejorar la adherencia a guías y protocolos por parte de los médicos que evalúan a los pacientes. También es necesaria la detección temprana, el diagnóstico temprano y el tratamiento indicado a tiempo de diferentes patologías y sus complicaciones para así también reducir la estancia.

Para finalizar, se puede concluir que la estancia hospitalaria es un indicador único y propio de cada institución y es de gran importancia para todos los servicios de hospitalización de las clínicas y hospitales a nivel mundial, dado su gran impacto en la eficiencia del servicio y trazador de la capacidad científica del talento humano; este indicador se ve influenciado por diferentes factores, por lo que deben implementarse múltiples estrategias según las necesidades de cada institución, para poder impactarla de forma positiva, sin afectar la seguridad del paciente y su proceso de recuperación, llevando en últimas a un efecto de mejoría para los hospitales, aseguradoras, los mismos pacientes y sus familias, y agregado a esto se podrá impactar en tener un giro cama mayor, aumentando así la disposición de

camas para la atención de los pacientes y disminución de los eventos adversos presentados, y a la final mejorara de forma directa la sostenibilidad de una institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora SL, Barreto CA, García LR. Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá DC Colombia. Rev Repert Med Cir. 2015;24(4):284–293.
2. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 11 de marzo de 2020];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11972>
3. Morera-Salas M. Índice de internación ajustado por riesgo en hospitales públicos de Costa Rica. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de enero de 2017 [citado 27 de septiembre de 2020];15(31). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18232>
4. Angulo IJG, González G del CR, Cedano AR, Gómez BC. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Rev Conamed. 2009;14(4):21–24.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. Eficiencia con calidad y seguridad para el paciente. Métodos de revisión de la utilización [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Eficiencia_con_calidad.pdf
6. McAleese P, Odling-Smee W. The Effect of Complications on Length of Stay: Ann Surg. diciembre de 1994;220(6):740-4.
7. Goodwin JS, Lin Y-L, Singh S, Kuo Y-F. Variation in Length of Stay and Outcomes among Hospitalized Patients Attributable to Hospitals and Hospitalists. J Gen Intern Med. marzo de 2013;28(3):370-6.

8. O'Connor CM. What's One More Day? JACC Heart Fail. mayo de 2018;6(5):438.
9. Black D, Pearson M. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion: A combination of medical and managerial skills is needed to solve the problem. 2002;
10. Elorza ME, Vanina Ripari N, Cruciani F, Moscoso NS, Gullace ME. Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2012;38(4):581-91.
11. Haghparast-Bidgoli H, Saadat S, Bogg L, Yarmohammadian MH, Hasselberg M. Factors affecting hospital length of stay and hospital charges associated with road traffic-related injuries in Iran. BMC Health Serv Res. diciembre de 2013;13(1):281.
12. Acevedo TMC, Restrepo PAV, Posada JSJ. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev Gerenc Políticas Salud. 2014;13(27):16.
13. Mathew PJ, Jehan F, Kulvatunyou N, Khan M, O'Keeffe T, Tang A, et al. The burden of excess length of stay in trauma patients. Am J Surg. 2018;216(5):881–885.
14. Rothberg M, Lee N. Reducing Readmissions or Length of Stay—Which Is More Important? J Hosp Med. agosto de 2017;12(8):685-6.
15. Pérez-Rubio A, Santos S, Luquero FJ, Tamames S, Cantón B, Castrodeza JJ. Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. An Sist Sanit Navar [Internet]. abril de 2007 [citado 27 de septiembre de 2020];30(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Cao P, Wang K, Zhang H, Zhao R, Li C. Factors Influencing the Hospitalization Costs of Patients With Type 2 Diabetes. Asia Pac J Public Health.

marzo de 2015;27(2_suppl):55S-60S.

17. Kwok CS, Rao SV, Gilchrist Sr IC, Potts J, Nagaraja V, Gunning M, et al. Relation of length of stay to unplanned readmissions for patients who undergo elective percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol.* 2019;123(1):33–43.

18. Landeiro F, Roberts K, Gray AM, Leal J. Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs. *The Gerontologist.* 14 de marzo de 2019;59(2):e86-97.

19. Velázquez LDS, Sánchez MER. Estancia prolongada en terapia intensiva: predicción y consecuencias. *Med Crítica.* 2002;16(2):41–47.

20. Anand P, Kranker K, Chen AY. Estimating the hospital costs of inpatient harms. *Health Serv Res.* febrero de 2019;54(1):86-96.

21. Ángeles-Garay U, Velázquez-Chávez Y, Molinar-Ramos F, Anaya-Flores VE, Uribe-Márquez SE. Estimación de la estancia adicional en pacientes con infección hospitalaria. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(4):387–392.

22. Álvarez JN, Fernández MG, Gomísc RF. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización (the appropriateness evaluation protocol) en alergología. *Rev Esp Alergol Inmunol Clín.* 1998;13(3):171–180.

23. Eymin G, Zuleta J. Case management hospitalario (manejo de casos): una forma alternativa de manejar pacientes de alto riesgo de estadías hospitalarias prolongadas, de reingreso, o con múltiples requerimientos al momento del alta. *Rev Médica Chile.* 2013;141(11):1434–1440.

24. Boushehri E, Khamseh ME, Farshchi A, Aghili R, Malek M, Ebrahim Valojerdi A. Effects of morning report case presentation on length of stay and hospitalisation costs. *Med Educ.* julio de 2013;47(7):711-6.

25. Epelde F, Iglesias-Lepine ML, Anarte L. En plena crisis económica: coste y efectividad de las unidades de estancia corta hospitalarias. *Sist Sanit Navar.* 2012;35:7.

26. Arana M, Harper L, Qin H, Mabrey J. Reducing Length of Stay, Direct Cost, and Readmissions in Total Joint Arthroplasty Patients With an Outcomes Manager-Led Interprofessional Team. 2017;6.