

Procesos asociados con el tiempo de estadía en el Hospital de Clínicas: estudio en cuatro enfermedades trazadoras

Dres. Alicia Ferreira¹, Félix Rígoli², Roberto Bazzani³

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron: detectar factores involucrados en la prolongación del tiempo de estadía de los pacientes internados en el Hospital de Clínicas –en el período previo a la internación y durante la misma– y proponer acciones que permitan lograr un acortamiento del mismo. Es un estudio descriptivo, cuya fuente de datos fueron las historias clínicas de los pacientes egresados vivos en el año 1992 con los diagnósticos de infarto agudo de miocardio, cáncer de mama, cáncer de próstata, y cataratas. Se tomó una muestra aleatoria sistemática totalizando 81 historias clínicas. El promedio de estadía fue de 24,4 días, notoriamente superior a las cifras registradas en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). En la internación, la mitad de los estudios paraclínicos demoraron más de tres días en ser recibidos, y este tiempo se triplica en la consulta externa. En los pacientes quirúrgicos es mayor la estadía en el preoperatorio, identificándose tiempos que podrían ser reducidos con una coordinación de los procesos que hacen al ingreso y a la valoración; en los portadores de infarto agudo de miocardio, el factor más importante fue la prolongación excesiva de los tiempos de realización de exámenes paraclínicos. De las conclusiones se destacan: la necesidad de una toma de conciencia del problema, la coordinación con los servicios externos y periféricos, una mayor consideración de los aspectos psico-sociales que inciden en la evolución del paciente, y la sistematización e informatización de los sectores intermedios.

Palabras clave: *Indicadores de servicios
Tiempo de internación
Hospitales universitarios*

1. Ex Residente de Administración de Servicios de Salud, Hospital de Clínicas. Adjunta de Administración de Proyectos del CASMU.

2. Director General del CASMU.

3. Oficial de Programas. Oficina Regional para América Latina y El Caribe. Centro Interamericano de Investigación para el Desarrollo (CIID), Canadá.

Integrantes del Equipo Técnico que elaboró el Proyecto Centro Médico en el área de Fortalecimiento Institucional.

Este trabajo fue extractado del Proyecto Centro Médico. Reconversión del Hospital de Clínicas e inserción en la red sanitaria nacional, formación de recursos humanos para la salud. Área: Fortalecimiento Institucional.

Convenio OPP-Universidad de la República. Financiado por el Fondo Nacional de Preinversión (FONADEP)

Correspondencia: Dra. Alicia Ferreira. San Rafael 1820. Barra de Carrasco. CP 15.001. Montevideo, Uruguay.

Recibido: 3/3/97

Aceptado: 18/4/97

Introducción

El promedio de días de estadía en el Hospital de Clínicas se situó históricamente en el entorno de los 20 días, con un rango de 18 a 23 días.

Según las estadísticas asistenciales del Ministerio de Salud Pública del año 1994, los hospitales de Montevideo tuvieron un promedio de 14,2 días de estadía, mientras que los hospitales del interior del país tuvieron promedios inferiores a 8, excepto Maldonado que tuvo 9,1 de promedio anual. Las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), por su parte, tuvieron un promedio de 4,5 días, de acuerdo a los informes del SINADI, MSP.

En el Hospital de Clínicas, el alto promedio en relación a otros hospitales podría explicarse parcialmente por

tratarse de un hospital de referencia nacional que asiste, por tanto, pacientes con enfermedades más complejas y menos frecuentes; por la proporción importante (40%) de pacientes del interior del país con un diagnóstico incompleto y sin lugar de alojamiento; por el tipo de población, con carencias en relación a la vivienda, generando dificultad para el alta precoz; por la inexistencia de una atención domiciliar que haga posible el seguimiento luego del egreso; y por tratarse de un hospital universitario en el cual –teóricamente al menos– se realizan mayor número de estudios diagnósticos.

Pero un prolongado promedio de días de estadía genera repercusiones negativas tanto en la estructura del hospital, como en la actividad docente.

En el análisis de los tiempos que integran la estadía hospitalaria se pueden diferenciar globalmente dos tipos de pacientes: pacientes quirúrgicos y de obstetricia, en los cuales se realiza una intervención quirúrgica o un parto en el curso de la internación, y pacientes que requieren tratamiento médico.

En los pacientes médicos es difícil distinguir períodos diferenciados en el tiempo de internación; en los pacientes quirúrgicos –que son operados– y en las obstétricas, se puede distinguir claramente dos períodos: el preoperatorio y el posoperatorio, (o parto y puerperio respectivamente).

De acuerdo a los cirujanos consultados –y a la situación en otras instituciones asistenciales, el tiempo de internación preoperatorio (y parto), excepto en casos muy específicos, no debería exceder de 24 horas, tanto en los pacientes de urgencia como en los coordinados. El tiempo del posoperatorio depende de cada enfermedad en particular y de los diagnósticos asociados, así como de la existencia o no de complicaciones posoperatorias inmediatas.

Los informes estadísticos del Hospital de Clínicas para 1994, muestran que de los veinte servicios que tienen camas asignadas para la internación, sólo ginecología y cirugía plástica tuvieron promedios por debajo de 8 días. Los valores más altos corresponden a nefrología, con 31 días, y urología, con 30 días de promedio.

Con los objetivos de detectar factores que están involucrados en la prolongación del tiempo de estadía, tanto en el período mismo de internación como en el período previo a éste, y proponer acciones o medidas que permitan lograr un acortamiento del promedio de estadía hospitalaria en el Hospital de Clínicas, se llevó a cabo el presente estudio. El tamaño de la muestra, y las dificultades metodológicas expresadas en el ítem de material y método, hacen que el trabajo sea fundamentalmente una constatación de tiempos insumidos por los procesos, a fin de

permitir un análisis posterior de factores determinantes, estadísticamente válidos.

Antecedentes

En una serie de entrevistas realizadas en el marco del Proyecto Centro Médico*, para conocer cuáles son las causas del retraso en el alta de pacientes percibidas por los responsables de brindar la atención médica en el paciente hospitalizado, 80% de los docentes y no docentes entrevistados consideraron que el elevado tiempo de estadía es un problema prioritario para la marcha del hospital. La causa principal percibida fue la demora excesiva de los estudios paraclínicos. Como factores secundarios se mencionaron: la situación socioeconómica de los pacientes ingresados, la procedencia del interior del país, la falta de valoración de pacientes quirúrgicos en consulta externa, fallas en la mensajería, falta de horas de funcionamiento del block quirúrgico, suspensión de intervenciones, carencia de medicación, fallas en las comunicaciones y dificultades en los desplazamientos verticales por el hospital, frecuente rotura de equipos, pacientes ingresados provisoriamente a otros servicios que pasan días internados sin ser vistos por el médico, ausentismo elevado, cultura de los médicos de estudiar al paciente internado para realizar docencia.

Un estudio realizado en 1991 analizaba el tiempo de estadía preoperatorio y algunas propuestas dirigidas para el acortamiento del mismo⁽¹⁾.

El análisis del promedio de estadía preoperatorio en las diferentes clínicas en que está dividido el hospital mostró resultados con valores máximos para urología, con 21,5 días de promedio de estadía. Las clínicas quirúrgicas generales (QA, QB y QF) tenían valores similares, entre 11 y 13 días. En el análisis por enfermedad, los pacientes portadores de cataratas tuvieron un promedio de 16,8 días de estadía preoperatoria.

Uno de los factores responsables de la demora en la resolución quirúrgica de los pacientes –y por ende del retraso en el egreso– identificado en todos los trabajos realizados, es el funcionamiento del Centro Quirúrgico.

En el año 1986 se llevó a cabo un estudio dirigido a analizar la situación del Centro Quirúrgico, en el cual se identificaron múltiples factores que enlentecen el ritmo quirúrgico⁽²⁾. Se señalaron factores que provocan demoras en el comienzo de la actividad quirúrgica de coordinación: anestesiológicos –falta o llegada tarde de anestesistas, necesidad de una nueva valoración anestesiológica, problemas de abastecimiento de gases anestésicos, premedica-

* Proyecto Centro Médico. Estudio financiado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y ejecutado por la Universidad de la República para la reconversión del Hospital de Clínicas, su inserción en la red sanitaria nacional y formación de recursos humanos para la salud.

ción inadecuada, quirúrgicos –llegada tarde del cirujano, modificación de coordinación por sustitución de pacientes a último momento, falta de exámenes de valoración preoperatoria–; de enfermería –llegadas tarde o falta del personal, sala de operaciones mal acondicionada, dificultad de obtención de recursos materiales, escasez de ropa–; por servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento –carencia de sangre, carencia de películas radiográficas, falta de patólogos; inadecuada comunicación entre el Centro Quirúrgico y los servicios quirúrgicos.

Entre las recomendaciones de este estudio se destacan la propuesta de designar a un coordinador general del Centro Quirúrgico, y en la necesidad de poner una policlínica de anestesia.

En el año 1991 se realizó otro estudio de similares características, en el que se identifican más o menos los mismos problemas, y se vuelve a reiterar la necesidad de que haya un coordinador de block y una policlínica de anestesia⁽³⁾. Recién en ese año se implementaron ambas cosas. En el área específica de urología se elaboraron e implementaron dos programas de acortamiento de estadía, para intervenciones por adenoma de próstata mediante resección transuretral, uno en el año 1989 y otro en 1994. De acuerdo a la entrevista realizada a los residentes de dirección responsables de ambos proyectos, estos no se pudieron implementar en un período mínimo que permitiera el logro de las metas esperadas, ni la evaluación de los resultados. Los factores señalados como responsables del fracaso de la experiencia fueron la falta de coordinación entre la clínica, los servicios de diagnóstico y de admisión de pacientes, así como la falta de compromiso –o de interés– de los docentes con el proyecto.

En oftalmología se realizó un proyecto de organización de cirugía ambulatoria, que comenzaría a funcionar en el segundo semestre de 1994 y que tenía como una de sus metas la reducción del promedio de estadía en 50% de los pacientes ingresados para tratamiento quirúrgico⁽⁴⁾. Aún no ha podido ser evaluado, pero los conflictos que hubo ese año en el hospital así como las dificultades de coordinación con los servicios han hecho difícil la implementación del mismo.

Marco teórico

¿Cuál debe ser el promedio de estadía de un hospital?

Esta pregunta no tiene una sola respuesta, ya que depende del tipo de hospital, y dentro de éste del tipo de servicios (generales y de especialidades), que tenga.

En términos generales, si un hospital tiene 80 a 90% de porcentaje ocupacional, y su promedio de estadía tiene variaciones de 3 a 4 días en los servicios ginecoobstétricos, alrededor de 8 en cirugía, de 10 a 12 en medicina in-

terna y hasta 20 en traumatología, el término medio para todo el hospital se encuentra aproximadamente entre 8 y 10 días⁽⁵⁾.

De acuerdo a indicadores normatizados para hospitales de 60, 100 y 200 camas en Venezuela, para un porcentaje ocupacional de 85%, el promedio de estadía de un hospital general se estima en 7 días⁽⁶⁾.

Las estadísticas hospitalarias de un hospital general de agudos de 250 camas de Argentina, mostraban un promedio de estadía de 6 días en cirugía, y de 7 días en las clínicas médicas⁽⁷⁾. El Servicio de Urología tenía un promedio de 6 días.

¿Cuáles son los factores que pueden explicar la prolongación del tiempo de internación?

Además de las características del paciente, como edad, enfermedad y estado, hay tres grupos de factores que influyen en la duración de la estadía hospitalaria: a) la política sanitaria del personal médico; b) los hábitos de organización y administración, tanto de los médicos como de los hospitales, y c) las influencias extrahospitalarias del entorno social y la disponibilidad de servicios de apoyo social en el momento del alta del paciente. La identificación y la separación de estos tres factores puede ser difícil⁽⁸⁾.

García Sérven enumera una serie de causas que afectan la estancia del paciente, y las divide en las que la reducen, y aquellas que la aumentan⁽⁹⁾.

Entre las primeras reconoce las siguientes: progresos terapéuticos, movilización oportuna (mediante técnicas de recuperación y rehabilitación quirúrgica y médicas), concientización del personal profesional y administrativo de las condiciones individuales del paciente (sociales, económicas y médicas propiamente dichas) que evitan las internaciones innecesarias, y óptimo rendimiento de los servicios auxiliares.

De las causas que aumentan la estadía nombra las siguientes: pacientes insuficientemente estudiados antes de ingresar o durante la internación; admisiones no coordinadas con los servicios de hospitalización, con el día quirúrgico; admisiones en días feriados y fines de semana; interferencias administrativas por falta de material, instrumental, personal calificado y responsable; interferencia docente; ausentismos del personal responsable de la evolución y el alta del paciente; factores individuales y sociales del paciente.

En un trabajo acerca de disponibilidad de camas y utilización de los hospitales, el autor concluye que un aumento en el número de camas disponibles ocasionó un aumento en la duración del tiempo de estadía hospitalaria, atribuible a la influencia de la disponibilidad de camas en la práctica del médico⁽¹⁰⁾.

En el marco del Proyecto de Garantía de Calidad de los

establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social se identificaron problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud⁽¹⁾. Alguno de los problemas señalados en uno de los hospitales fue la larga duración de la estadía preoperatoria en pacientes que ingresan para cirugía electiva. El tiempo de espera fue en promedio 66 horas, con un máximo de 221 horas.

Algunos de los factores responsables identificados son los mismos que se reconocen en el Hospital de Clínicas: los pacientes ingresan en horas de la tarde, programación inadecuada, falta de valoración en consulta externa, falta de personal de enfermería, llegada tarde de los cirujanos, falta de liderazgo en la jefatura de Centro Quirúrgico, falta de equipos.

Entre las soluciones implementadas se incluyeron: la valoración preoperatoria completa en consulta externa, hacer la historia clínica tan pronto ingrese el paciente, aumentar la comunicación entre el block quirúrgico y las salas, y concientizar al personal sobre la necesidad de cumplir con el programa de cirugía.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo. La fuente de datos fueron las historias clínicas de los pacientes egresados.

Para la selección de las historias clínicas se definieron cuatro enfermedades trazadoras en base a los siguientes criterios:

- 1) Una enfermedad de tratamiento médico, integrante del grupo de diagnósticos de mayor prevalencia entre los egresos hospitalarios. En los últimos veinte años, la primera causa de internación fueron las enfermedades cardiovasculares. De éstas se eligió el infarto agudo de miocardio por ser una enfermedad con pautas diagnósticas bien definidas.
- 2) Dos enfermedades de tratamiento quirúrgico, integrantes del segundo grupo de causas de internación: los tumores malignos. Se seleccionó el tumor más frecuente en el sexo femenino: el cáncer de mama, con tratamiento quirúrgico a cargo de los cirujanos generales; y el tumor más frecuente en el sexo masculino: el cáncer de próstata, con tratamiento quirúrgico a cargo de los urólogos. En este último caso, la selección de la enfermedad se basó también en que pertenece a una de las especialidades con mayor promedio histórico de días de estadía.
- 3) Una enfermedad de una de las especialidades en las que el hospital es referencia nacional. En este caso se eligió el diagnóstico de catarata, por ser la enfermedad de tratamiento quirúrgico más frecuente en oftalmología (50% de todos los diagnósticos de egreso); por otra parte, la extracción del cristalino ocupó el primer lugar

entre las intervenciones quirúrgicas realizadas en 1991 en el hospital.

El universo estuvo constituido por las historias clínicas generadas durante la hospitalización de pacientes en el año 1992, que hayan egresado vivos. La elección de este año para realizar la investigación se debió a que es el último año en el que se procesaron un número aceptable de historias clínicas de egresos (89%). En el año 1993 se codificaron 75%, y en 1994 45% de las historias clínicas.

En base a las enfermedades trazadoras seleccionadas, se tomó una muestra de las historias clínicas con diagnóstico de egreso codificado por el departamento de registros médicos del hospital como infarto agudo de miocardio (código CIE^{*}: 410), cáncer de mama (código CIE: 174) operado durante la internación, cáncer de próstata (código CIE: 185) operado durante la internación, y cataratas (código CIE: 366) operado durante la internación. En las historias clínicas de cataratas e infarto agudo de miocardio se realizó un muestreo aleatorio sistemático a partir de los listados del índice de diagnósticos, emitidos por el departamento de procesamiento de la información. El protocolo inicial incluía una muestra de 30 historias clínicas para cada enfermedad, pero en el caso de infarto agudo de miocardio se encontraron sólo 21 historias.

Para los diagnósticos de cáncer de mama y cáncer de próstata se tomaron todas las historias, dado el bajo número de casos. Se encontraron sólo 15 historias clínicas de cada uno de estos dos últimos diagnósticos.

Probablemente gran parte de las historias clínicas no encontradas, en los tres casos, correspondan a pacientes que han fallecido posteriormente al episodio de internación del año 1992. El estado de deterioro en que se encuentra el archivo de historias clínicas de pacientes fallecidos hace prácticamente imposible la recuperación de la mayoría de ellas para su uso en investigación.

Las variables estudiadas se pueden agrupar en:

- a) *Variables generales*: edad, sexo, diagnóstico de egreso (de acuerdo al código de la CIE), días de estadía por procedencia –Montevideo e interior del país– (se tomó el dato registrado en la hoja para estadística de la historia clínica).
- b) *Variables relacionadas con el tiempo –medido en días– transcurrido en cada uno de los procesos de atención del paciente*. Así se distinguen dos períodos:
 - 1) un primer lapso previo al ingreso, en consulta externa o en emergencia, y
 - 2) un segundo período durante la internación del paciente.

Las variables del primer período fueron: tiempo en días entre la primera consulta en policlínica o en emergencia y

* Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS).

Tabla 1. Distribución según grupos etarios de pacientes con diagnóstico de cataratas, infarto agudo de miocardio, cáncer de mama y cáncer de próstata. Hospital de Clínicas, 1992.

Diagnóstico	Grupos etarios (años)			Total
	< 30	30 - 60	> 60	
Cáncer de mama	1	4	10	15
Cáncer de próstata	0	2	13	15
Cataratas	1	6	23	30
IAM	0	7	14	21
Total	2	19	60	81

Sobre una muestra de 81 historias clínicas
IAM: infarto agudo de miocardio

el ingreso (en el caso del ingreso por emergencia, corresponde al tiempo durante el cual el paciente es asistido en emergencia previamente a ser hospitalizado); tiempo de demora de los estudios paraclínicos, para lo cual se seleccionaron estudios solicitados de cada uno de los servicios de diagnóstico (laboratorio, cardiología, radiología, medicina nuclear, anatomía patológica); tiempo de demora en las interconsultas con otros servicios clínicos; tiempo transcurrido entre que el médico (de consulta externa o emergencia) indica el ingreso y se hace efectivo el mismo.

Las variables vinculadas al período de internación fueron: servicio clínico al que ingresa, tiempo insumido en realizar la historia clínica (tiempo transcurrido entre que el paciente ingresa al piso y el médico, o el practicante interno, escribe en la historia clínica la anamnesis, el examen físico, el diagnóstico, y se indica el primer plan terapéutico); diagnóstico de ingreso, diagnósticos secundarios, tiempo de demora en la realización de estudios paraclínicos (la selección de los estudios considerados es la misma que para la consulta externa); tiempo de demora en efectivizar las interconsultas con anestesia, odontología y otros servicios clínicos; transferencia a CTI; tiempo de estadía preoperatorio y posoperatorio; número de visitas preoperatorias y posoperatorias; número de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el período de internación; tipo de intervención quirúrgica; número y motivo de la(s) suspensión(es) operatoria(s); tiempo de demora en efectivizar el alta (tiempo en días entre que el médico indica el alta y que el paciente abandona el hospital); complicaciones posoperatorias; altas provisionarias (se consigna el tiempo en días en que el paciente estuvo ausente del hospital por "alta provisionaria".*)

En forma previa a la toma de la muestra definitiva se

* Cabe destacar que el mecanismo de alta provisionaria está previsto reglamentariamente para aquellos pacientes que por razones de fuerza mayor deban abandonar el hospital por un período no mayor a 24 horas. Sin embargo, en el hospital existe la práctica de otorgar altas "provisionarias" por períodos mayores y conservar la cama como "ocupada".

Tabla 2. Promedios de estadía según procedencia en pacientes egresados con diagnóstico de cataratas, infarto agudo de miocardio, cáncer de mama y cáncer de próstata. Hospital de Clínicas, 1992.

Procedencia	N	%	Promedio días estadía
Montevideo	45	55,6 %	24,9
Interior	36	44,4 %	23,7
Total	81	100,0 %	24,4

Sobre una muestra de 81 historias clínicas.
p > 0,05

realizó una prueba piloto a efectos de probar el formulario y corregir eventualmente la operacionalización de algunas variables, con 10 historias clínicas seleccionadas en forma aleatoria del total.

Para la recolección y procesamiento de los datos se diseñó una base de datos en el programa Epi Info, versión 5.01**, sobre la cual se recogieron los datos directamente, y fueron procesados luego utilizando el mismo programa.

Resultados

En la tabla 1 se presenta la composición según grupos etarios de la muestra, por enfermedad seleccionada. En los cuatro casos, más de la mitad de los pacientes tenían más de 60 años.

La procedencia de los pacientes se agrupó en residentes en Montevideo y en los departamentos del interior del país. Tal como se observa en la tabla 2, 55% de los pacientes de la muestra seleccionada eran de Montevideo,

** Software de dominio público para epidemiología, producido por la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Enfermedades Transmisibles.

Tabla 3. Tiempos de demora de estudios paraclínicos en consulta externa, en pacientes egresados con diagnóstico de cáncer de mama, cáncer de próstata y cataratas. Hospital de Clínicas, 1992.

<i>Tipo de estudio</i>	<i>Número de estudios</i>	<i>Media (días)</i>	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>
Hemograma	17	21,3	15	1 - 99
Crisis	16	14,6	14,5	1 - 50
Orina	14	10,8	8,5	1 - 43
ECG	17	10,8	10	1 - 30
Ecografías	8	27,6	28	8 - 40
TAC	4	-	-	24 - 36
Radiografía **	15	25,1	30	4 - 53
Medicina nuclear	11	18,0	11	2 - 59
Biopsia ***	16	25,2	22	7 - 67
Interconsulta	10	21,4	22	1 - 52

Sobre una muestra de 60 historias clínicas.

* Son ecografías realizadas por el Servicio de Radiología (abdominales y de aparato urinario).

** Más de 50 % corresponden a radiografías de tórax.

*** Son 10 punciones citológicas de de mama y 6 punciones biópsicas de próstata.

TAC: tomografía axial computarizada; ECG: electrocardiograma.

registrándose un mayor promedio de estadía en éstos que en los residentes en el interior del país.

Período previo al ingreso

Los ingresos por infarto agudo de miocardio se produjeron en su totalidad por el servicio de emergencia. El promedio de días de estadía de los pacientes en las camas de cuidados intermedios del Servicio de Emergencia previamente a ser ingresados en piso fue de 2,90 días con un rango de 0 a 7 días. Teóricamente, un paciente no debería estar más de 24 horas en el servicio. Con respecto a la demora en los exámenes paraclínicos, todos tuvieron una demora menor a 24 horas.

En relación a la clase de infarto, 57% de los casos (12 pacientes) se registraron como clase I, 4 pacientes tuvieron un infarto clase II, en 4 no se registra grado de complicación, y hubo un caso complicado con bloqueo aurículoventricular completo.

De las 15 historias clínicas con el diagnóstico de cáncer de mama revisadas, sólo en ocho se encontró el registro de una o más consultas en policlínica antes del ingreso: en las siete restantes no existen datos previos al ingreso a piso. Entre las historias en que se registra el dato, se constató un caso enviado del Hospital Maciel, y los restantes consultaron en las policlínicas quirúrgicas (4 pacientes), en ginecología (2 pacientes), en una policlínica médica (1 paciente) y en oncología (1 paciente).

El tiempo transcurrido entre la primera consulta en policlínica y la fecha de ingreso a piso fue de 76,8 días de promedio.

De los 15 egresos con el diagnóstico de cáncer de próstata, en 11 aparece el dato de consulta externa previo al ingreso. Un paciente fue enviado de un hospital del Ministerio de Salud Pública (MSP) del interior del país y los diez restantes consultaron en la policlínica de urología (8 pacientes) y en una policlínica médica (2 pacientes). El promedio de demora entre la primer consulta y el ingreso fue de 98,7 días.

Debe señalarse que en estos dos casos a los promedios de espera para la internación debe sumarse el tiempo preoperatorio lo que configura demoras en el tratamiento de casos de cáncer entre 90 y 124 días.

Los egresos con diagnóstico de cataratas, por su parte, consultaron en su totalidad (30 pacientes) en la Policlínica de Oftalmología; en 24 de las historias clínicas consta la fecha de la primera consulta (en 6 historias figura la consulta pero se omitió la fecha). Dos de los pacientes fueron enviados a la policlínica por un médico de una clínica privada, con solicitud de intervención quirúrgica y colocación de lente intraocular, y dos fueron enviados desde hospitales del interior del país. La demora entre la primer consulta y el ingreso tuvo un promedio de 116,1 días.

En total, de los 60 ingresos por las tres enfermedades quirúrgicas, en 43 figura la fecha de la primera consulta en policlínica: el tiempo promedio entre ésta y el ingreso fue de 104,3 días.

Tiempos de demora de estudios paraclínicos en consulta externa

En la tabla 3 se muestran los tiempos de obtención de

Tabla 4. Tiempos de estadía de pacientes internados. Egresos codificados del año 1992.

<i>Diagnóstico de egreso</i>	<i>N</i>	<i>Promedio días de estadía</i>	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>
IAM	21	25,8	26	6 - 50
Cáncer de mama	15	19,6	16	8 - 40
Cáncer de próstata	15	38,4	37	6 - 86
Cataratas	30	18,7	18	5 - 35
Total	81	24,4	22	5 - 86

Sobre una muestra de 81 historias clínicas.

resultados de estudios paraclínicos en la consulta externa. Se tomaron las 60 historias correspondientes a los diagnósticos de cáncer de mama, de próstata y cataratas. Existe un alto porcentaje (alrededor de 50%) de historias en las que no se pudo detectar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el resultado (el día en que el informe –o el estudio– llega efectivamente al médico tratante).

Se incluyen los pedidos de interconsulta a otras policlínicas. Sólo en dos casos se constató el pedido de valoración preoperatoria a la Policlínica de Anestesia (una paciente con diagnóstico de cáncer de mama y uno con diagnóstico de cataratas), y en un caso a la Policlínica de Odontología (la misma paciente portadora del cáncer de mama de la consulta a anestesia). De las 13 solicitudes de interconsulta, la mayoría corresponden a la Policlínica de Cardiología (6 pacientes), tres pacientes a una policlínica médica, y el resto a fisioterapia, neurología, piel, endocrinología, oftalmología y neurología.

Además de las ecografías realizadas en el hospital, en 8 pacientes portadores de cataratas figuran resultados de ecografías oculares realizadas en servicios privados; así mismo, cuatro pacientes con cáncer de mama se realizaron mamografías en una clínica privada.

En la lectura de estos tiempos, se debe tener presente que el paciente obtiene día y hora para realizarse cada estudio –en general– en días distintos, por tanto el estudio que tiene mayor demora (en este caso las radiografías) no necesariamente indica el tiempo total en que el paciente es estudiado desde el punto de vista paraclínico, sino que es mayor éste por la sucesión de exámenes.

Ingreso de los pacientes a los servicios de internación

El tiempo que transcurre entre que el médico de consulta externa, o el de emergencia, indica el ingreso y se hace efectivo el mismo, varía de un caso a otro. En los ingresos de emergencia, en 16 historias clínicas en las que consta el dato, el promedio de tiempo en ingresar a piso es de 1,1 días. En los ingresos por policlínica, las pacien-

tes portadoras de cáncer de mama deben esperar en promedio 1,6 días para ingresar a un piso de cirugía general. En cambio, los pacientes portadores de cáncer de próstata esperan –en promedio– 5,5 días, y los portadores de cataratas 24,3 días, para que el servicio de admisión les otorgue una cama en las Clínicas Urológica y Oftalmológica respectivamente.

El tiempo transcurrido entre que el paciente ingresa a piso y el médico –o el practicante interno– le escribe la historia clínica tiene un rango amplio de variación según el caso considerado. Cabe destacar que en el caso de los ingresos por cataratas, sólo en dos –de los 30– se constató la presencia de anamnesis y examen físico escritas en piso. En los demás, la historia venía escrita de policlínica, excepto en cinco casos en que no se encontró ningún dato de la historia del paciente escrito por el médico tratante. Por esta razón, en los casos de cataratas la variable tiempo (del ingreso a la escritura de la historia clínica) se tomó desde que el paciente ingresó al piso hasta que el médico realizó la primer indicación en la hoja correspondiente a indicaciones médicas.

Realizada esta aclaración, cabe señalar que en las clínicas médicas, en 76% de los casos, la historia clínica se escribió el mismo día del ingreso. En las clínicas quirúrgicas el tiempo promedio transcurrido entre el ingreso y la historia clínica fue de un día; en urología fue de 1,5 días; y en oftalmología el promedio fue de 2,5 días, llegando a un máximo de 6 días en dos pacientes. Si bien no se registró el dato numérico, es de destacar que en la mayoría de las historias clínicas de pacientes cuyo tiempo de demora en escribir la historia fue mayor de dos días, en la hoja de enfermería consta en cada fecha, y con iguales o similares palabras: “paciente sin indicaciones médicas. Pasa bien”.

La transferencia al CTI se hizo efectiva en dos casos, ambos con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio clase I. Uno de ellos permaneció un día y el otro tres días, siendo luego trasladados nuevamente al servicio de origen.

Tabla 5. Promedio de días de estadía. Períodos preoperatorio y posoperatorio en pacientes egresados con diagnóstico de cataratas, cáncer de mama y cáncer de próstata. Egresos codificados de 1992.

Diagnósticos	Promedio preoperatorio (días)	Promedio posoperatorio (días)
Cáncer de mama (n=15)	13,1	6,4
Cáncer de próstata (n=15)	25,4	14,3
Cataratas (n=30)	12,7	5,9
Total (n=60)	16,1	7,4

Sobre una muestra de 60 historias clínicas.

Tabla 6. Tiempo de demora de los estudios paraclínicos en pacientes internados portadores de cataratas, infarto agudo de miocardio, cáncer de próstata y de mama. Hospital de Clínicas, 1992.

Tipo de estudio	Número de estudios	Media (días)	Mediana	Rango
Hemograma	38	4,1	4	1 - 14
Crisis	37	3,2	3	1 - 9
Orina	39	2,1	4	1 - 11
ECG	37	2,6	2	0 - 10
E. imag. card.*	22	9,4	8	1 - 21
CACG ⁽²⁾	5	-	-	4 - 28
Ergometría	8	-	-	1 - 15
Ecografía ^{''}	17	7,5	6	1 - 19
Radiografías ^{'''}	34	5,7	5	2 - 15
Medicina nuclear	6	-	-	2 - 30
Biopsias	7	-	-	4 - 20
Interconsultas	67	2,8	2	1 - 8

Sobre una muestra de 81 historias clínicas.

E. imag. card.: estudios imagenológicos cardíacos; CACG: cineangiocoronariografías; ECG: electrocardiograma.

* Son ecografías y estudios con radioisótopos realizados por el servicio de cardiología.

** Son ecografías realizadas por el servicio de radiología (abdominales, del aparato urinario, etcétera)

*** 81 % son radiografías de tórax.

Tiempos de los procesos en el paciente internado

En la tabla 4 se muestran los tiempos de estadía por enfermedad. En todas las enfermedades, más de la mitad de los pacientes tenían más de 15 días de estadía, siendo el promedio general de 24,4 días. Si se diferencia el período preoperatorio del posoperatorio en las tres enfermedades de resolución quirúrgica (tabla 5), se observa que el mayor peso está representado por el preoperatorio. Excepto en el cáncer de próstata, en las otras dos enfermedades el promedio de estadía en el posoperatorio está por debajo de 7 días.

En 42% de los casos (n = 34), además del diagnóstico principal de egreso, los pacientes tuvieron una enferme-

dad asociada –diagnóstico secundario–; 8 de éstos presentaron más de una enfermedad asociada.

Los pacientes portadores de enfermedad asociada tuvieron, en conjunto, un promedio de estadía de 28,5 días, mientras que los que no presentaron enfermedades asociadas estuvieron en promedio 20,8 días. Si bien el promedio de estos últimos es menor, la diferencia no es estadísticamente significativa.

La cuantificación del número de visitas médicas realizadas durante la internación se encontró con la dificultad de detectar un registro escrito en la historia clínica que traduzca la visita médica. En principio se consideró tomar en cuenta el registro en la hoja de "evolución" de la historia, pero en la prueba piloto realizada se pudo constatar que en casi 90% de los casos no existía registro al-

guno de evolución del paciente, o el mismo figuraba en dos o tres días de toda la internación. Se optó por cuantificar el número de días en que figuraba alguna indicación médica en la hoja correspondiente.

En los pisos de internación común, está estipulado que los docentes pasen visita médica todos los días de mañana, excepto domingos y feriados. Por tanto, si bien la relación no puede ser la unidad (una visita por día), no debería exceder el valor de 1,5 días. En las pacientes portadoras de cáncer de mama, el índice de visitas en el período preoperatorio fue de una visita cada 2,5 días y en los pacientes con cáncer de próstata fue de una cada dos días. Se destacan los pacientes con cataratas, que en el preoperatorio tuvieron en promedio una visita médica cada cuatro días.

Tiempos de demora de estudios paraclínicos en el paciente internado

En la tabla 6 se muestran los tiempos de demora en recibir los resultados de los estudios paraclínicos solicitados en los servicios de internación.

De los estudios solicitados con mayor frecuencia (hemograma, crasis, orina, electrocardiograma, estudios imagenológicos cardíacos y radiografías) en más de 50% de los mismos la demora fue mayor de 3 días, excepto el electrocardiograma.

En cuanto a las interconsultas, la clínica con mayor número de solicitudes fue cardiología (18 pacientes). En más de 50% de los casos la consulta se realiza al día siguiente de solicitada. La interconsulta con oftalmología se solicitó en 10 pacientes. En este caso, la consulta se realiza en la policlínica del servicio (en la planta baja del hospital), y 50% de los pacientes tuvieron una espera de 3 días. El resto de las interconsultas se distribuye entre los servicios de endocrinología, nefrología, fisioterapia, oncología, medicina, cirugía, cirugía vascular, cirugía de tórax, cirugía cardíaca, dermosifilopática, ginecología, hematología, psicología médica, psiquiatría, toxicología, gastroenterología, y otorrinolaringología.

La valoración preoperatoria por el Departamento de Anestesia se solicitó en 36 (60%) de los 60 pacientes operados. En 34 de las historias consta el tiempo insumido en hacer efectiva la solicitud, y se observa un promedio de 2,1 días de demora. Con respecto a la consulta por el servicio de odontología, se realizó en 26 (43%) de los pacientes quirúrgicos, constando el tiempo en 24 de ellos, con un promedio de demora de 2,5 días.

Intervenciones quirúrgicas

En 7 pacientes –cinco de cataratas, una de cáncer de mama y una de cáncer de próstata– se realizaron dos intervenciones quirúrgicas en el mismo episodio de inter-

nación. El tiempo entre la realización de la primera y la segunda operación tuvo un rango de 2–18 días. De los cinco pacientes con cataratas bilaterales, el tiempo transcurrido entre la intervención en un ojo y el otro fue de 2 días en un paciente, 7 días en dos pacientes y 10 y 18 días en los dos restantes.

A 75% de los pacientes con cataratas se les colocó la lentilla intraocular luego de la extracción del cristalino.

En 9 pacientes fue suspendida la intervención en una oportunidad, en dos pacientes en dos oportunidades y en uno se suspendió por tres veces consecutivas. Tomados en conjunto, los pacientes cuyas operaciones fueron suspendidas tuvieron un promedio de estadía de 27,0 días, mientras que los pacientes que no tuvieron este problema tuvieron 23,4 días de promedio de estadía. Si se tiene en cuenta el período preoperatorio, los promedios fueron 18,3 y 15,3 respectivamente. Ninguna de las dos diferencias es estadísticamente significativa.

Con respecto a los motivos para suspender la coordinación, de las 16 oportunidades, en 9 casos no consta la causa, y en el resto los motivos fueron: falta personal de enfermería, falta de microscopio, el paciente no se hizo nebulizaciones, paro gremial, el paciente no trajo el lente intraocular, retraso en la coordinación y carencia de sala disponible.

De los 30 pacientes intervenidos por neoplasma, en 24 se encuentra en la historia clínica el resultado de la anatomía patológica de la pieza reseca en la operación. El promedio de la demora en informar el resultado fue de 26,6 días. 50% de los resultados demoraron más de 21 días, y el rango fue de 2–116 días.

Egreso de los pacientes

El egreso del hospital se hizo efectivo el mismo día en que el médico lo indicó en la historia clínica en 96% de los pacientes. Sólo dos pacientes abandonaron el hospital al día siguiente de haberse indicado el alta, y uno lo hizo dos días después.

El mecanismo del alta provisoria está permitido si no excede las 24 horas. Sin embargo, de acuerdo a las entrevistas realizadas al personal de admisión del hospital, existe la percepción de que son muchos los casos en que el médico indica un “alta provisoria” que excede las 24 horas. Cabe destacar que mientras el paciente está fuera del hospital mediante el usufructo de un alta provisoria, la cama figura como ocupada para el servicio de admisión. De igual forma, al computar los días de estadía en la elaboración de los datos estadísticos, el Departamento de Registros Médicos tiene en cuenta el total de días en que la cama estuvo ocupada, sin descontar los días de alta provisoria.

En la muestra analizada, 30% de los pacientes se reti-

Tabla 7. Número de pacientes con alta provisoria por diagnóstico.
Egresos codificados, 1992.

Diagnóstico	Nº pacientes	Nº pacientes con alta provisoria	Rango (días)
IAM ⁽¹⁾	21	3	2 - 3
Cáncer de mama	15	5	2 - 16
Cataratas	30	15	2 - 11
Total	66	23	2 - 16

Sobre una muestra de 81 historias clínicas
IAM: infarto agudo de miocardio.

raron con altas provisorias que duraron más de un día. En un caso de cáncer de mama, el alta provisoria duró 16 días: la paciente ingresó, se retiró al día siguiente, y volvió a ocupar su cama el día previo a la intervención quirúrgica. Como se observa en la tabla 7, la mitad de los pacientes portadores de cataratas tuvieron altas provisorias, y según se pudo constatar en la revisión de las historias, todos los días corresponden al preoperatorio.

Si bien no se recabó el dato numérico, se pudo constatar que en la gran mayoría de los pacientes ingresados para ser intervenidos de cataratas y de cáncer de mama, el período preoperatorio transcurrió sin indicaciones médicas específicas, pudiéndose verificar, en la hoja de indicaciones médicas-indicaciones cumplidas por enfermería, frases que se repiten sistemáticamente, como: “reclamar rutinas”, “reclamar radiografía de tórax”, “reclamar resultado biopsia”, “paciente a la espera de la coordinación”, y similares.

Discusión

El análisis de los resultados se enfrenta con el problema del número reducido de datos, agravado por el subregistro que se evidencia en todos los casos. Los tiempos de demora en los diferentes procesos que hacen al período previo a la internación, así como al período de internación, figuran en general en poco más de la mitad de los casos. Esto hace que no se puedan extraer conclusiones estadísticamente significativas de los resultados.

De todos modos, sí permite identificar algunos procesos con tiempos que son excesivos y que estarían determinando conjuntamente con otros factores— la prolongación del tiempo de estadía en el hospital.

La composición etaria de la muestra presenta un marcado predominio de los mayores de 60 años (74%). La edad es uno de los factores señalados como determinantes del promedio de estadía⁽⁸⁾. No se sabe cuál es la composición por edades de la población total de egresos del año 1992, dado que no es posible procesar el dato por la

forma de recolección que se realiza en los últimos años, pero de acuerdo a los informes anteriores del Departamento de Registros Médicos (último año: 1991) la población de 60 años y más representaba entre 25% y 27%, según el año considerado.

En un informe solicitado al Departamento de Registros Médicos del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), sobre indicadores de utilización hospitalaria de los egresos de 1992 por enfermedad, se observa que para los diagnósticos de infarto agudo de miocardio, neoplasma de próstata, de mama y cataratas, el promedio de días de estadía es de 10,9, 10,2, 6,6 y 1,6 respectivamente. El Hospital de Clínicas en los cuatro casos tiene una duración entre dos y diez veces mayor que el CASMU, destacándose los egresos por cataratas, con una diferencia de 17 días. Estas diferencias no pueden explicarse por diferencias en los procedimientos diagnósticos o terapéuticos ya que se trata de las mismas enfermedades en el mismo año, y tratadas por un cuerpo médico que en general es el mismo. El único factor estructural que incide, y podría explicar sólo parcialmente estas diferencias, es la condición socioeconómica de los pacientes. Pero resulta evidente que en la base de estas importantes diferencias hay otros factores que hacen a la gestión, referidas fundamentalmente a la lógica de funcionamiento interno.

De los procesos ocurridos en el período previo al ingreso, cabe destacar el promedio de estadía de tres días en el servicio de emergencia de los pacientes portadores de infarto agudo de miocardio. El hecho de tener pacientes por más de 24 horas en las camas de cuidados intermedios de emergencia implica una distorsión para el funcionamiento del servicio. De la entrevista mantenida con la dirección del Departamento de Emergencia surge que actualmente los pacientes permanecen un promedio de cinco días “internados” en el servicio, antes de ingresar.

Se reconoce como motivo principal de esta distorsión al desajuste general entre el servicio de emergencia y los

servicios de diagnóstico y tratamiento, y los servicios de internación. De todos modos, dado este período de ingreso "internado" en emergencia, el tiempo real de permanencia del paciente con infarto agudo de miocardio en el hospital es mayor que el registrado como tiempo de estadía hospitalaria.

En los pacientes que ingresan por policlínica, el tiempo transcurrido entre la primera consulta y el ingreso es máximo en los pacientes portadores de cataratas, con casi 4 meses de promedio. En el caso de los pacientes portadores de cáncer de próstata, es de más de 3 meses.

Ninguno de los pacientes es coordinado en el Centro Quirúrgico antes de ingresar, por tanto este retraso no es debido a la falta de resolutivez del mismo. En todos los casos el paciente ingresa y una vez internado, se lleva el caso (a veces con el paciente) al ateneo de coordinación y se fija la fecha de la intervención. Mientras tanto, el paciente permanece internado, esperando un promedio de 16,8 días, muchas veces sin indicaciones específicas.

En el caso de los pacientes portadores de cataratas y de cáncer de próstata, este tiempo preoperatorio se extiende aún más por la espera en ingresar (tiempo entre que el médico expide la orden de ingreso y el Servicio de Admisión le otorga una cama), que alcanza un promedio de 24,3 días en los primeros y 5,5 días respectivamente. Esta espera es debida a la carencia de camas libres que existen en los Servicios de Oftalmología y Urología.

Según fuentes consultadas del Servicio de Admisión, éstos son los dos servicios que tienen mayor lista de espera para ingresar. Las estadísticas hospitalarias muestran que en el año 1992, urología tuvo un porcentaje de ocupación de 97,5%, y oftalmología 86,2%. Sin embargo, al mismo tiempo que estas camas tienen una ocupación elevada, hay servicios que tienen camas libres, subutilizadas; en el mismo año, algunas clínicas tuvieron porcentajes por debajo de 60%.

Uno de los motivos señalados por los docentes para realizar la valoración preoperatoria de los pacientes quirúrgicos una vez ingresados, es que las rutinas solicitadas en consulta externa demoran demasiado; en cambio en piso los resultados son más rápidos. Por otra parte, los pacientes del interior del país no pueden viajar cada vez que se tienen que realizar un estudio. Básicamente, las rutinas preoperatorias implican la concurrencia a –por lo menos– dos servicios de diagnóstico y tratamiento: laboratorio y radiología, y a una policlínica (cardiología). Estos servicios no funcionan coordinados, y los tiempos de espera para la realización de los estudios varían de uno a otro; esto trae como consecuencia que en general el paciente deba concurrir tres días distintos para realizarse las rutinas.

Con respecto a los tiempos de demora en recibir los re-

sultados de los estudios paraclínicos en consulta externa, la mitad de los estudios de laboratorio tuvieron un tiempo de demora entre 8 y 15 días, los electrocardiogramas una mediana de 10, mientras que los estudios imagenológicos fueron los que tuvieron mayor demora, destacándose en este sentido las radiografías (simples y contrastadas; más de 50% fueron radiografías simples de tórax) con una mediana de 30 días.

En el paciente internado, los tiempos para cada estudio son menores, pero son igualmente excesivos. Los docentes de laboratorio consultados manifestaron que un análisis de rutina (hemograma, crisis, orina) tiene una demora –en el laboratorio, una vez recibida la muestra– de dos días, por los pasos que se siguen en el procesamiento e informe de resultados. Los dos días agregados (promedio de cuatro días, tabla 6) son atribuibles al tiempo que insume el llevar la muestra al laboratorio y luego el resultado al piso.

Los estudios imagenológicos (radiografías, ecografías), tuvieron una demora de 5 y 6 días respectivamente. Según las consultas realizadas en el servicio de radiología, el proceso de informar la radiografía por el médico radiólogo en un grabador, y la desgrabación del mismo por el personal del archivo de radiología –informe escrito– lleva alrededor de una semana en las radiografías simples. Las tomografías axiales computarizadas insumen un mes en ser informadas y pasado el informe.

De acuerdo a fuentes consultadas de Registros Médicos, el tiempo de demora actual (1995) de los estudios imagenológicos cardíacos especiales (con pruebas de esfuerzo), que se realizan en la policlínica cardiológica es de alrededor de dos meses. Las citas a los pacientes –tanto internados como de consulta externa– son fijadas por los médicos que llevan a cabo el estudio. Si una solicitud llega por las vías "normales" (pedido escrito por el médico tratante y llevado por mensajero) en general puede demorar de 2 a 3 meses o más; pero si el médico personalmente va a solicitar el estudio, puede hacerse el mismo día o a los pocos días, según la enfermedad y condiciones del paciente. Esta situación sucede en general con todos los estudios que se realizan.

De la muestra de 60 pacientes quirúrgicos, 48% realizaron la rutina preoperatoria en policlínica. Sin embargo, a 68% de estos pacientes se les vuelven a reiterar los exámenes una vez internados. Si bien los números son pequeños, este hecho podría traducir una descoordinación entre la atención en policlínica y la atención en piso. De la revisión de las historias surge la percepción de que en el momento del ingreso, al paciente se le solicita una batería de exámenes de rutina –por rutina–, sin tener en cuenta si ya los tiene hechos.

Los pacientes que ingresan por consulta externa, de

acuerdo a la rutina de ingresos en admisión, deben concurrir a las dos de la tarde a solicitar el ingreso. Esto hace que el paciente llegue al servicio a las cuatro o cinco de la tarde, horario en que no están los docentes. Recién al otro día de mañana, en que se pasa la visita médica, se le solicitan las rutinas y otros exámenes complementarios. La extracción de sangre, y las solicitudes de electrocardiograma y estudios imagenológicos se hace efectiva al día siguiente, en la mañana, con lo cual en general se genera un retraso adicional de 2 días en la realización de estudios paraclínicos.

Desde el año 1991 (setiembre) funciona una policlínica de anestesia cuyos objetivos son valorar al paciente de coordinación antes del ingreso, 8 días antes del acto quirúrgico. El paciente es visto en el día o al día siguiente que el cirujano da la orden de internación. Sin embargo, en la muestra de 60 pacientes quirúrgicos, sólo dos pacientes fueron vistos en forma ambulatoria por el anestesista.

La historia clínica de ingreso se escribió a los 2,5 días, en promedio, luego del ingreso del paciente a piso, destacándose los pacientes con cataratas, con mayor demora en ser vistos por el médico una vez internados.

El tiempo de estadía en el preoperatorio tuvo un promedio de 16 días, mientras que en el posoperatorio fue de 7,4 días. Si se coordinara a los pacientes previamente al ingreso, y se internaran 24 horas antes de la hora de la operación, el tiempo total se reduciría a 8,4 días de promedio.

A 12 pacientes (20%) se les suspendió la intervención quirúrgica. En 9 de ellos ocurrió en una oportunidad, en 2, por dos veces, y a un paciente se le suspendió la operación por tres veces consecutivas. Según surge de la lectura de las historias clínicas, excepto en dos oportunidades, el paciente era preparado, subido al block quirúrgico, y vuelto a bajar sin ser intervenido. En 9 casos no se pudo encontrar, en ninguna hoja de la historia clínica, el motivo por el cual el paciente no había sido operado.

De los 15 pacientes portadores de cáncer de próstata, 7 tenían una enfermedad asociada. El tamaño de la muestra no permite extraer conclusiones estadísticas de las diferencias en el tiempo de estadía que genera la presencia de este factor.

Uno de los factores señalados como responsable de la prolongación de la estadía –la situación socioeconómica de los pacientes– actuaría en parte, según algunos entrevistados, a través del retraso en el alta del paciente una vez otorgada por el médico (por abandono de los familiares, o por no tener donde ir). Sin embargo, en la muestra analizada 96% de los pacientes egresaron el mismo día indicado por el médico, y de los tres pacientes restantes, dos lo hicieron al día siguiente y uno a los dos días.

El alto porcentaje de pacientes a los que se les otorga altas provisorias (30%) –conservando la cama como “ocupada”– hace pensar que estos pacientes están internados sin causa patológica que lo justifique. Por otra parte, constituye un contrasentido organizativo que en oftalmología, por ejemplo, a 46% de los pacientes se les otorgue altas provisorias –con un promedio de 4,4 días (rango 2–8 días) sin estar internados, pero con la cama reservada– cuando al mismo tiempo hay una gran lista de espera para ingresar al servicio, que es la mayor que existe en el hospital.

En los pacientes quirúrgicos es más fácil identificar tiempos que podrían ser reducidos con una coordinación de los procesos que hacen al ingreso y a la valoración preoperatoria: en los portadores de infarto agudo de miocardio, el factor más importante fue la prolongación excesiva de los tiempos de realización de exámenes paraclínicos.

Conclusiones

El subregistro importante, y la dificultad para encontrar los datos en las distintas hojas de la historia, sumado a la disminución creciente en el número de historias clínicas codificadas en los últimos años, son limitantes para llevar a cabo un estudio retrospectivo que tenga como fuente de datos a la historia clínica.

Será necesario la realización de otros tipo de estudios –prospectivos– y buscar otras variables, no consideradas en este estudio, como tratamientos realizados, efectivo cumplimiento de los tratamientos indicados (de la lectura del sector “indicaciones cumplidas por enfermería” surge en repetidas ocasiones que no se medica al paciente por no haber disponibilidad de la medicación indicada), y otras, que permitan avanzar en el diagnóstico de las causas que están generando una prolongación de la estadía.

De todos modos, es posible reconocer cuatro áreas sobre las cuales es importante desarrollar acciones concretas:

- 1) La necesidad de avanzar hacia la toma de conciencia del problema, reconociéndolo como una distorsión en la atención médica que hay que combatir, por parte de todos los actores involucrados en el proceso de asistencia del paciente. Debe haber un docente responsable de cada paciente, desde que ingresa hasta que se va de alta, que tenga como uno de los indicadores de evaluación de desempeño el logro de una reducción en la estadía hospitalaria.

En este sentido, uno de los programas a elaborar es un sistema de monitoreo de los tiempos que insumen los procesos involucrados en la estadía del paciente internado. Cada clínica debe saber, al final de cada período (a determinar: un mes, o más), cuánto ha sido el

promedio de estadía de los pacientes y en qué procesos ha existido una distorsión del tiempo insumido, en relación con parámetros que habrá que fijar, tanto de su clínica como de las demás. Más que el seguimiento por parte de la dirección, se debe enfatizar en el auto-seguimiento.

- 2) La implementación de modalidades alternativas para la atención de pacientes que no requieran internación permanente; éstas incluyen un área de hospital de día y organización de algún sector de camas bajo la forma de hospital de cinco días.
- 3) El fortalecimiento del primer nivel de atención en la periferia, que si bien no es de responsabilidad única del Hospital de Clínicas, debe ser un objetivo principal en la coordinación con las instituciones y organismos que prestan atención en policlínicas periféricas. El equipo de salud que asiste al paciente en el hospital, ya sea en los servicios de internación como en la consulta externa, no debe perder el contacto con el mismo si éste se asiste en centros de salud o policlínicas fuera del hospital.

La implementación de mecanismos de referencia y contrarreferencia adecuados, programas de docencia-asistencia en la comunidad que tengan como componente esencial la instrumentación de la atención complementaria entre el primer nivel y el Hospital de Clínicas, la coordinación con los efectores de salud de ASSE y del resto de los efectores públicos y privados (policlínicas barriales, de organizaciones no gubernamentales, etcétera) que brindan asistencia ambulatoria, son acciones indispensables para lograr el acortamiento de la estancia hospitalaria.

- 4) La coordinación operatoria previa al ingreso, de modo que el paciente tenga fecha operatoria cuando se interna, y la valoración clínica y paraclínica en consulta externa –agilizando los procesos a ese nivel– es uno de los elementos fundamentales en las enfermedades de resolución quirúrgica.
- 5) La sistematización e informatización de todos los sectores intermedios –servicios de diagnóstico y tratamiento especiales, Centro Quirúrgico– y su coordinación, entre sí y con los servicios finales, aparece como clave en el logro del acortamiento de los tiempos de todos los procesos que integran la atención médica.
- 6) A nivel de los procesos que conforman la hospitalización, se deberán fortalecer las actividades del Departamento de Servicio Social, integrando un verdadero equipo interdisciplinario, conjuntamente con el Departamento de Psicología Médica del hospital, para la búsqueda, detección y tratamiento de los aspectos psicosociales que inciden en la evolución de la situación de la enfermedad, en el paciente, y su grupo familiar.

Además de las consideraciones por la eficiencia en el uso del recurso cama, debe tenerse en cuenta el respeto por el tiempo propio de cada persona que se asiste en el hospital universitario, y la consideración por los ingentes costos sociales derivados de la pérdida de horas laborales de los pacientes atendidos, como propósitos centrales en cualquier programa de atención a desarrollar en el nuevo hospital^(12,13).

Summary

The aims of this study were as follows: to detect factors involved in the prolongation of sojourn of patients hospitalized at the University Hospital -during the time prior to hospitalization and during it- and to propose actions enabling curtailment. We are dealing with a descriptive study of the source of data including the clinical histories of patients discharged live in 1992 with diagnoses of acute myocardial infarction, prostatic cancer and cataracts. A systematic aleatory sample, totalizing 81 clinical histories, was taken. The average of sojourn was 24.4 days, conspicuously higher than the figures record at the CMAI. During hospitalization half of the paraclinical studies involved a 3 day delay at reception; this period was tripled at outpatient consultation. In surgical patients preoperative sojourn was longer. identification was attained of periods that might be curtailed with coordination of processes at admittance coupled with evaluation; in carriers of acute myocardial infarction, the leading factor was excessive prolongation of the times of performance of paraclinical examinations.

From the above it is concluded: proper awareness of the problem, the coordination of outpatient and peripheral services, an improved consideration of the psycho-social aspects involved in the patient's course and systematization as well as informatization of intermediate sectors.

Résumé

Voici les buts de cet étude: trouver des facteurs déterminant le prolongement du temps de séjour des patients hospitalisés à l'Hôpital de Clínicas –pendant la période avant l'hospitalisation et durant– et proposer des actions qui permettent d'atteindre un raccourcissement de ce temps-là. C'est une étude descriptive, dont la source de données furent les histoires cliniques des patients sortis vivants en l'an 1992, aux diagnostics d'infarctus aigu du myocarde, cancer de mamelle, cancer de prostate et cataractes. On prit un échantillon aléatoire systématique, dont le total fut de 81 histoires cliniques. La moyenne de séjour fut de 24,4 jours, remarquablement supérieure aux chiffres registrés aux IAMC. Pendant l'hospitalisation, la moitié des études paracliniques mirent plus de 3 jours à

être recus, ce temps se triplant à la consultation externe. Chez les patients chirurgicaux, le séjour est plus long au préopératoire; on identifie des temps qui pourraient être réduits avec une coordination des processus qui concernent l'entrée et la valorisation. Chez ceux qui présentent un infarctus aigu du myocarde, le facteur le plus important fut le prolongement exagéré des temps de réalisation des examens paracliniques. Des conclusions, on souligne: le besoin d'une prise de conscience du problème, la coordination avec les services extérieurs et périphériques, une plus grande considération des aspects psychosociaux qui pèsent à l'évolution du patient, et la systématisation et informatisation des secteurs intermédiaires.

Bibliografía

1. **López Viñas L.** Informe sobre un sector de la actividad quirúrgica del Hospital de Clínicas: el período de internación preoperatorio. Trabajo presentado para la maestría de Administración de Servicios de Salud. Montevideo: Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. 1991 (mimeografiado) 11 pp.
2. **Altier H, Ejenber G, Motta D.** Análisis del Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas. Trabajo realizado para el curso de posgrado de Salud Pública. Montevideo: Facultad de Medicina. 1986 (mimeografiado) 34 pp.
3. **Gianneo O, López P, Pérez A, Tomasina F.** Estudio de la actividad quirúrgica en el Hospital de Clínicas. Trabajo realizado en el marco de la Residencia en Administración de Servicios de Salud. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo. 1991 (mimeografiado) 54 pp.
4. **De Lima M, Fernández M, Ferreira A, León I.** Proyecto de Organización del Servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas. Trabajo realizado en el marco de la Residencia en Administración de Servicios de Salud. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, 1994 (mimeografiado) 59 pp.
5. **Barquín Calderón M.** Dirección de Hospitales. 6a. ed. México: Interamericana-Mc. Graw-Hill. 1992: 343-4.
6. **García Servén JR.** Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Caracas: Disinlimed. 1992: 137-74.
7. **Ferdman MS.** Costos hospitalarios para un hospital de 250 camas (1ª parte). *El Médico* 1995 (julio): 28-9.
8. **Yates J.** Camas hospitalarias. Problema clínico y de gestión. Barcelona: Doyma. 1990: 18-9.
9. **García Servén JR.** Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Caracas: Disinlimed. 1992: 116-9.
10. **Roemer MI.** Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: un experimento natural. In: Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología. (Publicación Científica 534) 1992: 231-9.
11. **Veldhuyzen Van Zanten T, González M, Clindres H, Urroz O, Orlich J.** Garantía de calidad en Costa Rica: resultados de la gestión de los equipos de mejora en los procesos seguidos en establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José de Costa Rica: 1995.
12. **Galleguillos S, Leyton J.** El valor del tiempo y la demanda por atención médica. *Rev Adm Salud* 1989: 29-35.
13. **Sindelar J.** The value of time and the use of Medical Care. *Socio Econ Issues Health* 1981: 51-75.