



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN



# **¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE PROLONGAN LA ESTADIA HOSPITALARIA EN LAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS A, B Y F DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR. MANUEL QUINTELA”**

## **AUTORES:**

Br. Miranda, Alicia  
Br. Porrini, Valeria  
Br. Ruiz, Adriana

## **TUTORES:**

Lic. Enf. Dutra, Iris  
Lic. Enf. Verde, Josefina

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2002**

## INTRODUCCION

El presente corresponde al trabajo de investigación final de la Licenciatura en Enfermería. El mismo fue elaborado por un grupo de tres estudiantes de generación 97 en el período comprendido entre diciembre del 2001 y julio del 2002.

La investigación se desarrolló en las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", dependiente de la Universidad de la República, el cual desarrolla funciones asistenciales, de docencia e investigación. Es un hospital general de agudos para pacientes adultos; de alta complejidad y de referencia nacional que integra el subsector público.

Durante nuestra experiencia práctica al realizar el Internado de la Licenciatura en Enfermería, observamos que en muchos casos, los usuarios permanecían hospitalizados por períodos prolongados, sin tratamientos médicos ni de enfermería que justificaran su hospitalización.

Según lo expuesto anteriormente, el grupo de investigación estudió el problema: **¿Cuáles son los factores que prolongan la estadía hospitalaria en las Clínicas Quirúrgicas "A, B y F" del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"?**

Se eligió el estudio de éste problema, por ser de competencia de Enfermería como integrante del equipo de salud, desarrollar actividades que permitan elevar la calidad de vida de los usuarios, a través de la implementación de acciones específicas a los problemas detectados.

La prolongación de la estadía hospitalaria repercute negativamente a diferentes niveles:

- A nivel Social: afectando el tiempo propio de cada persona que se atiende en el hospital y los costos sociales derivados de la pérdida de horas laborales de los usuarios atendidos.
- A nivel Institucional: pudiendo generar gastos por la ineficiencia en el uso del recurso cama, aumentando los costos hospitalarios.
- Con relación a los Usuarios:
  - Desde el punto de vista biológico: pudiendo generar riesgos y complicaciones en su proceso salud- enfermedad. Tratándose de usuarios con patologías de resolución quirúrgica, es necesario tener en cuenta la importancia del riesgo de infecciones en todas las etapas del proceso, por lo que éstas significarían en la evolución.
  - Desde el punto de vista psicológico pudiendo generar angustia y ansiedad, dado por la separación del medio social al que pertenece y alterando los procesos familiares.

- Desde el punto de vista social produciendo un cambio de roles, afectando la economía familiar y su situación laboral.

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer las causas que prolongan la estadía hospitalaria en las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F del Hospital de Clínicas, para proporcionar información que posibilite la implementación de acciones que mejoren la eficiencia del proceso.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar a la población en estudio en función de los factores relacionados al usuario.
- Conocer y describir el período de estadía de los usuarios de los servicios de cirugía en función de los factores organizacionales.
- Describir el tiempo en el cual transcurren los diferentes procesos en el período de internación.

## MARCO TEORICO

**Hospitalización:** Es el período de tiempo durante el cual el paciente permanece internado en el centro asistencial recibiendo atención médica continua.<sup>(1)</sup>

**Promedio de días de estadía<sup>(2)</sup>:** El mismo varía con el tipo de hospital, la especialidad y el nivel de complejidad. De acuerdo a esto último, los hospitales pueden ser de corta, mediana o larga estadía. Un hospital general de adultos es considerado un hospital de corta estancia con promedios de estadía cercanos a 12 días. El estándar para servicios de medicina general es de 12 a 14 días de estadía, en tanto para los servicios de cirugía general es de 8 días.

Según Barquin<sup>(3)</sup> en los Hospitales de atención a pacientes agudos, el promedio de estadía debería ser el siguiente:

- Paciente ginecoobstétrica, 4 días.
- Paciente quirúrgico, 8 días.
- Paciente médico, 14 días.
- Paciente traumatológico, 20 días.

Considerándose como promedio general de 8 a 10 días.

Con relación a los hospitales universitarios según Piedrola<sup>(4)</sup> los mismos utilizan programas docentes los cuales tienden a alargar la estancia y con ello aumenta el número de camas para atender similar número de pacientes.

Según J.Temes<sup>(5)</sup> en el área de hospitalización los objetivos deben ir encaminados a una reducción máxima en el tiempo de estancia, basándose en una buena selección de ingresos, un alta precoz y una organización de la asistencia que permita conseguirlo. La estancia media en los hospitales norteamericanos al final de la década de los ochenta es inferior a siete días, siendo las previstas para los próximos años de cinco días. Los programas de alta precoz en el día de la intervención o al día siguiente son un hecho ya habitual en Estados Unidos y también en nuestro país, por ejemplo Casmu (Centro Asistencial Sindicato Médico del Uruguay).

Según los datos estadísticos aportados por el departamento de Registros Médicos, el promedio general de días de estadía en el hospital de Clínicas se situó históricamente en el entorno de los 20 días, siendo para el año 2001 de 15 días. Para el mismo año el porcentaje ocupacional se situó en 81%.

## ANALISIS COMPARATIVO

INDICADORES	1997	1998	1999	2000	2001
Prom. Días estadía	16	17	18	17	15
% Ocupacional	77.52	74.48	80.16	83.21	81.34

De acuerdo a los datos obtenidos del Dpto. de Control de Calidad del MSP (Ministerio de Salud Pública), los valores generales de promedio de días de internación en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva para el primer semestre del año 2001, se situaron en 4.48 días, y para el departamento Quirúrgico en un promedio de 4.32 días (Ver Anexo N° 1). En cuanto a los datos obtenidos a través del Departamento PRO.RE.CO (Producción Rendimiento y Costos) del MSP para el año 2001 de las instituciones de Salud Pública el promedio de días de estadía fue de 17.12 días para Montevideo y de 5.6 días para los hospitales agudos del Interior (Ver Anexo N° 2).

Según un estudio realizado en el Hospital de Clínicas en el año 1997<sup>(6)</sup> el alto promedio de días de estadía, podría explicarse parcialmente por tratarse de un hospital de referencia nacional y universitario, que asiste pacientes con enfermedades más complejas y menos frecuentes. Los informes estadísticos del Departamento de Registros Médicos del Hospital de Clínicas para el año 2001, muestran que de los veinte servicios que tienen camas asignadas para la internación, sólo Medicina Nuclear, Oftalmología y Ginecología (4, 5, y 6 días respectivamente) tuvieron un promedio por debajo de los 8 días. Los valores más altos corresponden a Urología con 35 días de promedio, CENAQUE (Centro Nacional de Quemados) y Nefrología con 28 y 27 días de promedio respectivamente.

Para las clínicas quirúrgicas el promedio de días de estadía para el año 2001 fue de 15 días (QF 15, QB 18, QA 13 días.).

Con relación a la etapa del proceso de internación para las clínicas quirúrgicas generales del año 2000, el tiempo de estadía preoperatoria y postoperatoria para los usuarios con intervenciones por coordinación fue el siguiente:

	QA	QB	QF
T. Est. Preoperatorio (días)	10	12	10
T. Est. Postoperatorio (días)	7	8	10

Para el año 2000, de las 15 intervenciones quirúrgicas más frecuentes de las Clínicas Quirúrgicas Generales del Hospital de Clínicas las colecistectomías, curas de hernia y apendicectomías están en el tercer, cuarto y quinto lugar respectivamente (Ver Anexo N° 3).

***La Sociedad de Cirugía del Uruguay clasifica al acto quirúrgico en (Ver Anexo 4):***

- Cirugía corriente.
- Cirugía mayor.
- Cirugía alta.
- Cirugía compleja.

***Vías biliares:***

- Cirugía corriente: Colecistostomía
- Cirugía mayor: Colecistectomía  
Colecistoendesis

***Pared Abdominal:***

- Cirugía corriente: Herniorrafia  
Hernioplastia  
Herniotomía
- Cirugía mayor: Corrección de eventración  
Herniorrafia de hernia por deslizamiento  
Herniorrafia de hernia o eventración diafragmática  
Reparación de herida diafragmática

***Aparato Digestivo:***

- Cirugía mayor: Apendicectomía

### ***Factores determinantes de la estada hospitalaria***

Dever <sup>(7)</sup> clasifica a los factores determinantes de la utilización de los servicios, en cuatro: *factores socioculturales que afectan al sistema en su conjunto, factores organizacionales, factores relativos a los usuarios* (sociodemográficos, psicosociales y epidemiológicos) y *factores relativos al personal de salud* (capacitación, condiciones laborales, formas de retribución).

Según un estudio realizado en el Hospital de Clínicas en el año 1996<sup>(2)</sup> resulta importante resaltar que dentro de los factores organizacionales importan la estructura (tanto del sistema de servicio como de las propias instituciones) y su funcionamiento desde la perspectiva del proceso de atención al paciente, así como la disponibilidad de los recursos que la institución o servicio posee.

Desde otra perspectiva, la atención médica dentro de una organización hospitalaria es un proceso complejo que involucra una multiplicidad de recursos tanto humanos, como materiales y financieros en la que la calidad de la atención se vincula directamente a la adecuada utilización de los mismos.

La mejor utilización de los recursos disponibles plantea a los administradores, un desafío constante desde el punto de vista de la gestión. La utilización de un recurso puede definirse como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio por unidad de tiempo – en sus dos dimensiones cuantitativa y cualitativa -, mejorar la utilización implica una mayor eficiencia.

La evaluación de la calidad de atención de un hospital se realiza dentro de un marco conceptual dado por el análisis de la estructura, del proceso de atención y de los resultados obtenidos a través de indicadores que miden los recursos, su utilización y la calidad de los servicios prestados.

En este sentido el recurso cama hospitalaria y su desempeño aporta elementos de evaluación en estas tres áreas. Por otra parte, el costo que implica la cama hospitalaria plantea la necesidad de asegurar su correcta utilización.

Según un estudio realizado en el Casmu en el año 1993<sup>(8)</sup> el recurso cama debe mantenerse en situación de equilibrio para lograr el mejor rendimiento, para ello se identifican varios factores a considerar:

- a) La capacidad de reserva necesaria de camas para cubrir la variabilidad de la demanda.
- b) Una utilización de camas adecuada.

Es imperativo que un hospital no contenga más camas que las necesarias según su demanda. El costo de las camas ociosas repercute definitivamente en los costos globales.

A parte de estas consideraciones hay un aspecto observado en relación con un número excesivo de camas que es la disminución del estímulo para lograr la eficiencia del recurso, se observan promedios de estadía mayores a las normas así como ingresos innecesarios.

John Yates<sup>(9)</sup> reconoce por lo menos tres factores que influyen en la utilización de las camas hospitalarias:

- *La existencia de ingresos innecesarios.* Esta situación está influida por diversos factores. Entre otros se destacan: las diferencias en la práctica clínica de los médicos; la opinión del paciente y sus circunstancias familiares; la disponibilidad de recursos y la política del hospital en materia de admisión.
- *La ubicación incorrecta de pacientes.* Esto incluye situaciones diferentes; el ingreso de pacientes, en forma transitoria, en servicios que no son los específicos para la atención de su patología y la estancia de pacientes en servicios que brindan un nivel de cuidado no adecuado al estado del paciente.
- *Los períodos de estadía excesivamente prolongados* vinculados a factores relacionados con características de los pacientes, de la organización del sistema de salud y de organización del hospital.

Los factores mencionados se hallan íntimamente relacionados entre sí. Una ubicación incorrecta puede prolongar el periodo de estadía del paciente. A su vez, un ingreso innecesario condiciona la disponibilidad de camas.

#### **Indicadores relacionados a la utilización del recurso cama:**

*El porcentaje ocupacional:* Expresa el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante un período. Se acepta en general que un porcentaje ocupacional adecuado debe ser cercano al 80%. Porcentajes inferiores al 70% indican una subutilización de la capacidad instalada y en contrapartida valores superiores al 90% muestran una demanda sobreintensiva del recurso cama. Con este indicador se intenta medir la utilización de la cama hospitalaria.

*El promedio de días estadía:* Es el promedio de días de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente. A través del promedio de estadía se valora la intensidad de uso del recurso cama.

*El giro de camas:* Es una medida de la productividad de las camas. Indica el número de pacientes egresados por cama durante un período.

Estos tres indicadores están interrelacionados y al analizar la utilización de las camas hospitalarias, deben ser valorados en su conjunto. Del análisis de este conjunto de indicadores se puede inferir el desempeño del recurso.

**Factores determinantes de la estadía hospitalaria ( Según trabajos de investigación realizados en el Hospital de Clínicas) <sup>(10-11)</sup>**

1) Por motivos propios del paciente:

- a. Carencia de domicilio y/o condiciones mínimas imprescindibles para realizar sus cuidados básicos, generando dificultad para el alta precoz.
- b. Pacientes provenientes del interior del país (29% de acuerdo a estadística del año 2000) con un diagnóstico incompleto y sin lugar de alojamiento.
- c. Carencia de medios económicos para la compra de medicación u otros artículos imprescindibles para continuar el tratamiento domiciliario, carencia de recursos para trasladarse a policlínica, realización de estudios.
- d. Paciente que debe ser ingresado sin estudios previos debido a descompensación de su estado general por la propia patología ,o por las características de los mismos (añosos, portadores de patologías crónicas). También puede prolongar la estadía al requerir tratamiento médico, antes y después de la intervención.

2) Por características del funcionamiento del hospital:

- a. Problema en la adjudicación de camas, demora de ingresos por falta de camas, problemas de coordinación operatoria. Es el caso del paciente estudiado en policlínica externa al que se le da orden de ingresar y debe esperar un tiempo variable, que puede llegar a un mes, para la adjudicación de la cama (destacándose la no existencia de lista de espera). Esta demora puede llevar a que los estudios de valoración general o especial puedan requerir repetición.
- b. Pacientes que ingresan sin ser estudiados debido a la diferencia en la demora en la realización de estudios paraclínicos (laboratorio, radiografías, valoración cardiológica, etc.) según si la solicitud sea de consulta externa o de piso.
- c. Imposibilidad de realizar estudios especiales por vía de policlínica externa (T.A.C.(Tomografía axial computada), radiológicos, anatomía patológica, medicina nuclear, etc.)
- d. Retraso en la realización de interconsultas.
- e. Retraso en la realización de intervenciones quirúrgicas.

- f. Suspensión de intervenciones quirúrgicas en piso o en block quirúrgico.
  - g. Retraso en el traslado a otras instituciones.
  - h. Por la inexistencia de una atención domiciliaria que haga posible el seguimiento luego del egreso lo que podría llevar a la prolongación del período postoperatorio.
- 3) Por motivos vinculados directamente al funcionamiento del cuerpo médico:
- a. Ingreso de pacientes quirúrgicos incompletamente valorados por policlínica.
  - b. Suspensiones de intervenciones por falta del equipo quirúrgico.
  - c. Retraso de intervenciones por falta del equipo quirúrgico.
  - d. Suspensión de intervenciones por problemas en la evaluación preanestésica.
  - e. Altas provisionarias “ficticias” para reservar camas.

Según información recabada en los servicios del Hospital de Clínicas:

***Laboratorio:***

Por norma del hospital el usuario ingresa a sala en el horario de la tarde, siendo visto por el médico a la mañana siguiente quien valora e indica los estudios necesarios. Estos son enviados por el mensajero antes de la hora 11:00, extrayendo la muestra personal de laboratorio al día siguiente. Las muestras son procesadas e informadas por laboratorio en el día (rutinas), pudiendo ser trasladados por mensajería ese mismo día a sala.

Desde el ingreso a la lectura de los resultados por parte del médico transcurre un promedio de 3 días.

***Radiología:***

Demora para la realización de estudios solicitados desde sala:

- Radiografía simple: 24 horas.
- Ecografía: 2 semanas.
- TAC: 15 días.

El informe y el pase de informe tienen una demora de (según la realidad del Servicio):

- Radiografía simple: de 3 a 7 días.
- Ecografía: en el momento.
- TAC: Demora no determinada, hasta un mes.

***Cardiología y Anestesiología:***

- E.C.G (Electrocardiograma): se realizan en el día.

Para la valoración preoperatoria es necesario realizar un pedido de interconsulta, el cual tiene un promedio de demora de 2 días.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal.

### **Universo**

Todos las historias clínicas de los usuarios egresados vivos con intervención quirúrgica de Colectomía, Apendicectomía o Cura de Hernia Abdominal de las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F en el año 2001

### **Muestra**

El personal del Departamento de Registros Médicos nos otorgó un listado con la totalidad de historias clínicas incluidas en el universo del cual se realizó un muestreo sistemático.

### **Definición de las variables seleccionadas**

Tiempo de Estadía: tiempo en días desde el ingreso hasta el alta. Variable cuantitativa continua. Se obtuvieron los datos a través de fecha de ingreso y egreso.

Fecha de Ingreso: Se tomó el día de ingreso del usuario a sala de internación.

Fecha de Egreso: Se consideró la fecha en que el usuario abandona la Institución.

### ***Variables relacionadas con el usuario:***

Sexo: Condición orgánica que define a los sexos femenino y masculino, que se manifiesta a través de caracteres primarios y secundarios. Variable cualitativa nominal.

Se categorizó en: - Masculino.

- Femenino.

Edad: Es el período comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la recolección de datos. Variable cuantitativa continua. Sobre la base de las características etarias de la población en estudio se hicieron intervalos de edades para poder categorizar la variable.

Procedencia: Es el lugar de residencia actual del usuario. Variable cualitativa nominal. Se categorizó en: - Montevideo

- Interior.

Lugar de residencia: Se refiere a la disponibilidad de un lugar donde vivir. Variable cualitativa nominal. Se categorizó en: - Si

- No

- Sin Datos.

### Patología quirúrgica:

Permitió agrupar a los usuarios según las patologías predeterminadas ( de acuerdo a la clasificación del acto quirúrgico presentada en el marco teórico) e identificar los factores que prolongan la estadía para cada una de ellas. Variable cualitativa nominal.

### Descompensaciones:

Se observó si hubo durante el período de internación descompensaciones, para conocer si existió una relación entre estas y el tiempo de estadía. Tomamos como válidos los registros en la historia clínica, en los cuales se detectaron alguna de estas alteraciones. Variable cualitativa nominal.

Se categorizó en:

- Hipertensión.
- Descompensación diabética.
- Descompensación cardiovascular.
- Descompensación respiratoria.

### *Variables relacionadas con los factores organizacionales:*

#### Estadía Preoperatoria (variable cuantitativa continua):

*Tiempo de estadía Preoperatoria:* Tiempo en días desde el ingreso hasta la intervención quirúrgica.

*Tiempo de demora en los estudios.* Tiempo en días transcurridos entre la fecha de solicitud de los estudios y la fecha en que llegan los resultados a la sala.

Por el tipo de cirugía estudiada se categorizó a través de la demora en días de los siguientes estudios:

- Análisis de laboratorio (sangre y orina)
- Radiología
- Imagenología.
- Estudios especiales.
- Electrocardiograma.

*Tiempo de demora en la realización de interconsultas.* Tiempo transcurrido en días entre la fecha de solicitud de la consulta y la realización de la misma.

Se categorizó a través de la demora en días de las interconsultas con:

- Cardiología.

- Anestesiología.
- Sin interconsulta

*Tiempo de demora por suspensión de intervención quirúrgica.* Integramos dicha variable para conocer si la suspensión de las mismas influye en la prolongación del periodo de internación. Es el tiempo transcurrido en días entre la primera coordinación y la realización de la intervención quirúrgica.

### Estadía Postoperatoria

*Tiempo de estadía Postoperatoria.* Tiempo en días desde que es intervenido hasta su alta definitiva. Variable cuantitativa continua.

#### *Complicaciones en el postoperatorio:*

Permitió conocer la prevalencia de complicaciones y su posible relación con la prolongación de la estadía. Tomamos como válidos los registros en la historia clínica, en los cuales se detectaron estas alteraciones. Variable cualitativa nominal.

Se categorizó en:

- Hemorragia.
- Infección de herida operatoria.
- Dehiscencia.
- Evisceración.
- Sin complicaciones.

### **METODO DE RECOLECCION DE DATOS.**

La recolección de datos se hizo a través de la revisión de las historias clínicas preseleccionadas en la muestra, de las clínicas quirúrgicas generales A, B y F del año 2001. Las variables y sus indicadores se estructuraron en un formulario para recoger la información, el cual fue completado por las personas que realizaron el trabajo de investigación. (Anexo N° 5).

### **PLAN DE ANALISIS**

El mismo se llevó a cabo a través del uso de la estadística descriptiva de datos, utilizándose tablas univariadas, bivariadas y medidas de tendencia central. ( Anexo N° 6 )

## **RESULTADOS**

### **CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION**

El estudio fue realizado en un total de 61 historias clínicas, de las cuales se obtuvieron los siguientes datos:

Un 61% de la población pertenecían al sexo femenino y un 39% al sexo masculino. (Ver tabla N° 1).

La distribución por grupos de edad fue la siguiente: un 25% tenían entre 13 y 28 años, un 23% entre 29 y 42 años, un 18% entre 43 y 56 años, siendo la población restante mayor de 57 años (35%). (Ver tabla N° 2).

En cuanto a la procedencia el 77% residía en Montevideo y el 23% en el interior. (Ver tabla N° 3). Estando registrado en un 93% de las historias clínicas un lugar de residencia, no obteniéndose este dato en el 7% restante.

Con relación a la patología quirúrgica un 23% de los casos presentó una cirugía corriente, siendo en su totalidad herniorrafias, al 77% restante se le realizó una cirugía mayor, de las cuales un 49% fueron colecistectomías, un 25% apendicectomías y el 3% restante corrección de eventración (Ver tabla N° 4).

### **ESTADIA HOSPITALARIA**

El 56% de la población tuvo una estadía menor o igual a 10 días, mientras que el 44% presentó una estadía mayor a 10 días. El promedio de estadía fue de 16 días, con una mediana de 8 días. (Ver tabla N° 5).

El 30% de la población permaneció como mínimo 24 horas en otro servicio. De los cuales el 80% permaneció 24 horas mientras que el 20% restante 48 horas.

El 46% de la población tuvo una estadía preoperatoria de hasta 2 días y el 54% restante mayor a 2 días. La estadía preoperatoria presentó un promedio de 11 días y una mediana de 4 días. (Ver tabla N° 6).

Un 52% de la población presentó un postoperatorio de hasta 72 horas. El 34% tuvo una estadía postoperatoria de entre 4 y 6 días y el 14% restante entre 7 y 19 días. El promedio fue de 5 días y la mediana de 4 días (Ver tabla N° 7).

### **Tiempo de demora en los estudios:**

- Los análisis de laboratorio tuvieron una demora de hasta 3 días en el 90% de los casos.
- En cuanto al tiempo de demora de radiología, no se encontraron datos en el 48% de las historias clínicas. Un 29% tuvo una demora mayor a las 24 horas y al 23% restante se les realizó el estudio dentro de las 24 horas de solicitado. Cabe aclarar que estos casos son pedidos de urgencia, no estando informados.
- Los estudios solicitados al servicio de Imagenología fueron ecografías, dichas solicitudes correspondían al 25% de la población. Se realizaron un 67% de las mismas dentro de las 24 horas y el 33% restante en un tiempo mayor a 24 horas con un promedio de 9 días. Cabe aclarar que las realizadas dentro de las 24 horas fueron pedidos de urgencia.
- Se realizaron estudios especiales al 7 % de la población, con un promedio de demora de 18 días, por ejemplo TAC, Ecodoppler, Fibrocolonoscopia.
- Con relación a los electrocardiogramas en un 64% de las historias clínicas no se encontraron datos sobre el tiempo de demora en la realización de los mismos. Del 36% restante, un 26% de los electrocardiogramas fue realizado con una demora mayor a las 24 horas y un 10% dentro de las 24 horas.

### **Tiempo de demora de Interconsultas:**

- El 34% de la población no tuvo interconsulta con cardiología, en un 20% de las historias no se encontraron datos sobre la demora. El 26% de las interconsultas se realizó después de los 2 días de solicitada en tanto que un 20% se realizó dentro de los 2 días.
- Las interconsultas con anestesista no se realizaron en un 31% de los casos. No se encontraron datos sobre las mismas en un 16% de la población. En un 33% es realizada la interconsulta luego de los 2 días y en un 20% dentro de los 2 días de solicitada la misma.

Cabe aclarar que no es frecuente que en el Hospital de Clínicas el paciente quirúrgico ingrese con la rutina preoperatoria realizada en consulta externa. Como norma implícita en el hospital se realiza interconsulta con cardiólogo y anestesista a todos los pacientes quirúrgicos.

**Suspensiones:**

El porcentaje de suspensiones de intervención quirúrgica fue de 16%, siendo 8 el promedio de días por suspensión.

**Descompensaciones:**

El 93% de la población no presentó descompensaciones. Del 7% que sí las presentó el 50% fue por hipertensión y en igual porcentaje (25%) alteración respiratoria y cardiovascular.

**Complicaciones:**

El 92% de los casos no presentaron complicaciones en el postoperatorio. Del 8% que presentó complicaciones en el postoperatorio el 100% fue por infección de la herida quirúrgica.

## **ANALISIS DE LOS DATOS**

Para analizar los factores asociados a la estadía prolongada tomamos a la población que presentó una estadía mayor a 10 días, la cual corresponde al 44% del total. En dicha población la estadía promedio fue de 28 días y la mediana de 26 días (Ver tabla N° 8).

### *Factores relacionados con el usuario:*

- Existe una discreta diferencia con relación al sexo, encontrándose un 48% de mujeres con una estadía promedio de 25 días y un 52% de hombres con un promedio de estadía de 26 días. Por lo tanto no podemos decir que el sexo sea un factor que condicione el tiempo de estadía (Ver tabla N° 9).
- En cuanto a los grupos etarios se observó que el 63% de los casos que tuvieron una estadía prolongada eran mayores de 57 años. El promedio de días de estadía varía con la edad estando el mayor promedio de días (35) en la población de entre 57 y 70 años (Ver tabla N° 10).
- Con relación a la procedencia, un 78% de la población procedía de Montevideo con un promedio de estadía de 24 días. La población procedente del interior 22% tuvo una estadía promedio de 38 días (Ver tabla N° 11). Esta diferencia en el promedio de días de estadía entre usuarios procedentes de Montevideo e Interior muestra que la procedencia incide.
- Con respecto a la patología quirúrgica de los usuarios con estadía prolongada, al 37% se les realizó una herniorrafia, siendo el promedio de estadía de 27 días. Fueron intervenidos de una colecistectomía el 56% con una estadía promedio de 26 días y a el 7% se les realizó corrección de eventración con una estadía promedio de 34 días. No se encontraron casos de usuarios intervenidos de apendicectomías con estadía prolongada. (Ver Tabla N° 12). A excepción de las apendicectomías, el resto de las patologías presentan un promedio de días de estadía similar, por lo que no podemos afirmar que la patología influya en la prolongación de la estadía.

### *Factores organizacionales:*

- En relación a la estadía preoperatoria un 96% de los casos presentaron una estadía preoperatoria mayor a 2 días (Ver tabla N° 13). Un 15% de los usuarios presentaron una estadía de hasta 10 días, el 37% entre 11 y 20 días y un 26% entre 21 y 30 días, el resto (22%) presentó una estadía preoperatoria mayor a 31 días. Presentaron un promedio de estadía de 24 días y una mediana de 21 días (Ver tabla N° 14).

- La estadía postoperatoria en el 70% de los casos fue menor a 3 días. En la población restante (30%) la estadía fue mayor a 3 días (Ver tabla N° 15). Los porcentajes según intervalos fueron los siguientes: un 15% tuvo un período postoperatorio entre 4 y 6 días y el 16% restante mayor a 7 días. Presentaron un promedio de 5 días y una mediana de 3 días (Ver tabla N° 16).
- Si se compara el período de estadía preoperatorio y postoperatorio en las 3 patologías de resolución quirúrgica, se observa que el mayor peso está representado por el período preoperatorio. (Ver tabla N° 24). Del análisis de los datos surge que el factor que incide en mayor medida en la estadía prolongada es el período preoperatorio.

De las variables estudiadas dentro del período preoperatorio se desprende que:

- Respecto a la demora de los análisis de laboratorio en el 78% de los casos la demora fue inferior a 3 días (Ver tabla N° 17). Por lo tanto estos tuvieron una demora dentro de lo preestablecido en el servicio.
- El 52% de los estudios radiológicos tuvieron una demora mayor a 24 horas con un promedio de 5 días. En un 33% de las historias clínicas, no se encontraron datos relacionados a este estudio (Ver tabla N° 18). A pesar del subregistro, es importante la demora en estos estudios, si consideramos que el período preoperatorio no debería exceder los 2 días.
- Se les realizó estudios imagenológicos al 18% de los casos, siendo la demora en su totalidad menor a las 24 horas. Cabe aclarar que todos los pedidos fueron de urgencia.
- Los electrocardiogramas en un 48% de los casos tuvieron una demora mayor a las 24 horas, en el porcentaje restante no se encontraron datos sobre la demora de los mismos (Ver tabla N° 19). Al analizar los resultados de los electrocardiogramas nos enfrentamos con el problema del número reducido de datos, no pudiendo extraer conclusiones estadísticamente significativas de los resultados.
- Las interconsultas con cardiología tuvieron una demora mayor a 48 horas en un 56% de los casos (con un promedio de 11 días), menor a 48 horas en un 15%, en un 22% de los casos no se realizó interconsulta, no encontrándose datos en la historia clínica sobre la interconsulta en el 7% restante (Ver tabla N° 20).
- Las interconsultas con anestesiista tuvieron una demora mayor a 48 horas en un 66% de los casos (con un promedio de 9 días), menor a 48 horas en un 11%, no se

realizaron interconsultas en un 15%, no encontrándose datos en la historia clínica para la realización de interconsultas en un 7% de los casos(Ver tabla N° 21).

Cabe aclarar que como norma implícita en el hospital se realiza interconsulta con cardiólogo y anestesista a todos los pacientes quirúrgicos. En el caso de anestesiología a todos los pacientes se les realiza una visita previa a la intervención quirúrgica, independientemente de que se halla realizado o no la interconsulta.

- Con relación a la suspensión de las intervenciones quirúrgicas, se observó que al 37% de los usuarios con estadía prolongada les fue suspendida la intervención. Estando todos los casos incluidos en la población con estadía prolongada. El promedio de días por suspensión fue de 8 días. El promedio de estadía de estos pacientes fue de 18 días.

En la totalidad de los casos en que la intervención quirúrgica fue suspendida, el motivo de la misma se desconoce, ya que no fue registrado en la historia clínica. No fueron motivo de suspensión de la intervención quirúrgica, las descompensaciones por patologías asociadas, como podrían ser estados hipertensivos, hiperglicemias prolongadas.

Las causas de suspensión de la intervención quirúrgica no fueron estudiadas. A través de la experiencia que tuvimos en el internado realizado en estas clínicas y de la lectura de otros trabajos, sabemos que existe una multicausalidad ( falta de recursos humanos, recursos materiales y de tiempo).

Los resultados muestran que la suspensión de la intervención quirúrgica es un factor asociado a la prolongación de la estadía.

- Presentaron descompensaciones un 15% de los usuarios (Ver tabla N°22), de los cuales la totalidad se encontraba dentro de los usuarios con estadía prolongada.

- Un 18% de los usuarios con estadía prolongada presentó complicaciones en el postoperatorio(Ver tabla N° 23), siendo en su totalidad infección de herida quirúrgica.

Con respecto a la etapa postoperatoria se observó que el mayor porcentaje de la población presentó una estadía dentro de las 72 horas, por lo que se podría decir que la prolongación de la estadía no es a expensas de este período.

Las complicaciones y descompensaciones presentaron un mínimo porcentaje lo que nos permite decir que en esta muestra no fue causa de prolongación de la estadía.

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los factores de la prolongación de la estadía, como lo son las características del usuario y el factor organizacional, planteados a través de las variables, podemos concluir que el factor que más afecta la estadía es el organizacional.

Las características del usuario no son un factor de peso ya que la única variable que podría incidir en la prolongación de la estadía es la procedencia del usuario.

Dentro del factor organizacional fueron los tiempos insumidos en la realización de interconsultas y en la demora por suspensiones los que prolongaron la estadía preoperatoria. De igual manera se observó la existencia de demoras en los estudios de radiología y en los electrocardiogramas no pudiéndose establecer la existencia fidedigna de una relación debido a la falta de datos en las historias clínicas.

Según lo antes expuesto 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 patologías de resolución quirúrgica.

La dificultad para encontrar los datos en las historias clínicas se presentó como limitante para llevar a cabo el estudio retrospectivo que tuvo como fuente de datos a la historia clínica.

## **SUGERENCIAS**

- La realización de otros tipos de estudios y la búsqueda de otras variables no consideradas en este, que permitan avanzar en el diagnóstico de las causas que están generando la prolongación de la estadia.
- Establecer normas de ingreso en coordinación quirúrgica, a través la protocolización.
- Establecer coordinación con servicios de apoyo (ECG, Radiología) y otros servicios generales (Anestesia, Cardiología).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. **Banchero Andrés, Cano D.** Estudio descriptivo del recurso "Alta Provisoria", su valor en el análisis de la estadía hospitalaria prolongada. 1996.
2. **Sollazo A, Mieres G.** Estudio de la utilización de camas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Residentes de Administración de Servicios de Salud. Noviembre 1996.
3. **Barquin Calderon M.** Dirección de Hospitales. Sexta edición. México. Interamericana -Mc. Graw-Hill, 1992.
4. **Piedrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Massons. Barcelona 2001. 10ª Edición
5. **Temes J.L., Pastr V., Diaz J.L.** Manual de Gestión Hospitalaria. Mc. Graw-Hill, Interamericana de España. 1ª. Edición. 1992.
6. **Ferreira Maia A, Rígoli F, Bazzani R.** Procesos asociados con el tiempo de estadía en el Hospital de Clínicas: estudio en cuatro enfermedades trazadoras. Revista Medica Uruguay 13 (1): 23-36. Mayo 1997. Tab. UV 1.1
7. **Dever, A.** Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Universidad de Valle. Departamento de Medicina Social. Cali. 1985.
8. **Tomasina Gonzalez F.** Estudio sobre el Recurso Cama Sanatorial en Medicina Interna. CASMU. 1993
9. **Yates J.** Camas Hospitalarias. Problema clínico y de gestión. 1990. V.español. Ed. Doyma.
10. **Lopez Viñas L.** Informe sobre un sector de la actividad quirúrgica del Hospital de Clínicas: el período de internación preoperatoria. Trabajo presentado por la maestría de Administración de Servicios de Salud. Montevideo: Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, nov./dic. 1991 (mimeografiado) 11 pp.
11. **Giannao 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.
12. **<http://www.smau.org.uy/publicaciones/>**

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION**

# **PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

**Tutoras: Lic. Enf. Iris Dutra  
Lic. Enf. Josefina Verde**

**Autores: Alicia Miranda 97386  
Valeria Porrini 97030  
Adriana Ruiz 94006**

## **INTRODUCCION**

El presente corresponde al Protocolo de trabajo de investigación final de la Licenciatura en Enfermería. El mismo fue elaborado por un grupo de tres estudiantes de generación 97 en el período comprendido entre diciembre del 2001 y mayo del 2002.

La investigación se desarrollará en las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", dependiente de la Universidad de la República, el cual desarrolla funciones asistenciales, de docencia e investigación. Es un hospital general de agudos para pacientes adultos; de alta complejidad y de referencia nacional que integra el subsector público.

La organización asistencial se basa en un modelo de atención progresiva, con unidades de hospitalización para cuidados generales, unidades para cuidados intermedios y una unidad de cuidados intensivos.

El hospital tiene una organización matricial con una departamentalización por producto que se corresponde con los programas asistenciales.

La actividad quirúrgica del Hospital de Clínicas es desarrollada en los diversos servicios quirúrgicos en distintas áreas: consulta externa, emergencia, hospitalización y centro quirúrgico.

En los servicios de cirugía general se atiende a usuarios de sexo femenino o masculino con un límite inferior de 15 años, que requieren internación en un servicio de segundo nivel de atención para estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que presente una afección aguda o crónica de sanción quirúrgica.

Durante nuestra experiencia práctica al realizar el Internado de la Licenciatura en Enfermería, se observó que en muchos de los casos los usuarios permanecían hospitalizados por períodos prolongados, sin tratamientos médicos ni de enfermería que justificaran su hospitalización, repercutiendo negativamente a diferentes niveles: social, institucional y con relación a los usuarios desde el punto de vista biosicosocial.

Según lo expuesto anteriormente, el grupo de investigación se propuso estudiar el problema. **¿Cuáles son los factores que prolongan la estadía hospitalaria en las Clínicas Quirúrgicas "A, B y F" del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"?**

El mismo se llevará a cabo por medio de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal siendo el propósito de la investigación brindar información que permita implementar acciones que favorezcan el acortamiento de la estadía hospitalaria y/o que la misma permita ser el punto de partida para otras investigaciones.

La información será recabada a través de la revisión de historias clínicas del año 2001, utilizando como instrumento un formulario de recogida de datos para cada historia clínica. En esta investigación nos basaremos en la clasificación de los factores que prolongan la estancia hospitalaria, extraído de investigaciones realizadas en el Hospital de Clínicas (desarrollado en el marco teórico.) Dentro de la cual existen puntos que no se podrán incluir en la investigación debido al tipo de estudio ( descriptivo).

## **FUNDAMENTACION**

Es de competencia de Enfermería como integrante del equipo de salud, desarrollar actividades que permitan elevar la calidad de vida de los usuarios, a través de la implementación de acciones específicas a los problemas detectados.

A lo largo de nuestra experiencia práctica observamos que en muchos casos los usuarios permanecían hospitalizados por períodos prolongados, sin tratamientos médicos ni de enfermería que justificaran su hospitalización.

Esta prolongación en la estadía hospitalaria repercute negativamente a diferentes niveles:

- A nivel Social: afectando el tiempo propio de cada persona que se atiende en el hospital y los costos sociales derivados de la pérdida de horas laborales de los usuarios atendidos.
- A nivel Institucional: pudiendo generar gastos por la ineficiencia en el uso del recurso cama, aumentando los costos hospitalarios.
- Con relación a los Usuarios:
  - Desde el punto de vista biológico: pudiendo generar riesgos y complicaciones en su proceso salud- enfermedad. Tratándose de usuarios con patologías de resolución quirúrgica, es necesario tener en cuenta la importancia del riesgo de infecciones en todas las etapas del proceso, por lo que éstas significarían en la evolución.
  - Desde el punto de vista psicológico pudiendo generar angustia y ansiedad, dado por la separación del medio social al que pertenece y alterando los procesos familiares.
  - Desde el punto de vista social produciendo un cambio de roles, afectando la economía familiar y su situación laboral.

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer las causas que prolongan la estadía hospitalaria en las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F del Hospital de Clínicas, para proporcionar información que posibilite la implementación de acciones que mejoren la eficiencia del proceso.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar a la población en estudio en función de los factores relacionados al usuario.
- Conocer y describir el período de estadía de los usuarios de los servicios de cirugía en función de los factores organizacionales.
- Describir el tiempo en el cual transcurren los diferentes procesos en el período de internación.

## MARCO TEORICO

**Hospitalización:** Es el período de tiempo durante el cual el paciente permanece internado en el centro asistencial recibiendo atención médica continua.<sup>(1)</sup>

**Promedio de días de estadía<sup>(2)</sup>:** El mismo varía con el tipo de hospital, la especialidad y el nivel de complejidad. De acuerdo a esto último, los hospitales pueden ser de corta, mediana o larga estadía. Un hospital general de adultos es considerado un hospital de corta estancia con promedios de estadía cercanos a 12 días. El estándar para servicios de medicina general es de 12 a 14 días de estadía, en tanto para los servicios de cirugía general es de 8 días.

Según Barquin<sup>(3)</sup> en los Hospitales de atención a pacientes agudos, el promedio de estadía debería ser el siguiente:

- Paciente ginecoobstétrica, 4 días.
- Paciente quirúrgico, 8 días.
- Paciente médico, 14 días.
- Paciente traumatológico, 20 días.

Considerándose como promedio general de 8 a 10 días

Con relación a los hospitales universitarios según Piedrola<sup>(4)</sup> los mismos utilizan programas docentes los cuales tienden a alargar la estancia y con ello aumenta el número de camas para atender similar número de pacientes.

Según J.Temes<sup>(5)</sup> en el área de hospitalización los objetivos deben ir encaminados a una reducción máxima en el tiempo de estancia, basándose en una buena selección de ingresos, un alta precoz y una organización de la asistencia que permita conseguirlo. La estancia media en los hospitales norteamericanos al final de la década de los ochenta es inferior a siete días, siendo las previstas para los próximos años de cinco días. Los programas de alta precoz en el día de la intervención o al día siguiente son un hecho ya habitual en Estados Unidos y también en nuestro país (ej. Casmu).

Según los datos estadísticos aportados por el departamento de Registros Médicos, el promedio general de días de estadía en el hospital de Clínicas se situó históricamente en el entorno de los 20 días, siendo para el año 2001 de 15 días. Para el mismo año el porcentaje ocupacional se situó en 81%.

## ANÁLISIS COMPARATIVO

INDICADORES	1997	1998	1999	2000	2001
Prom. Días estadia	16	17	18	17	15
% Ocupacional	77.52	74.48	80.16	83.21	81.34

De acuerdo a los datos obtenidos del Dpto. de Control de Calidad del MSP, los valores generales de promedio de días de internación en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva para el primer trimestre del año 2001, se situaron en 4.48 días, y para el departamento Quirúrgico en un promedio de 4.32 días (Ver Anexo N°1). En cuanto a los datos obtenidos a través del Departamento PRO.RE.CO del MSP para el año 2001 de las instituciones de Salud Pública el promedio de días de estadia fue de 17.12 días para Montevideo y de 5.6 días para los hospitales agudos del Interior (Ver Anexo N°2).

Según un estudio realizado en el hospital de clínicas en el año 1997<sup>(6)</sup> el alto promedio de días de estadia, podría explicarse parcialmente por tratarse de un hospital de referencia nacional y universitario, que asiste pacientes con enfermedades más complejas y menos frecuentes. Los informes estadísticos del Dpto. de Registros Médicos del Hospital de Clínicas para el año 2001, muestran que de los veinte servicios que tienen camas asignadas para la internación, sólo Medicina Nuclear, Oftalmología y Ginecología (4, 5, y 6 días respectivamente) tuvieron un promedio por debajo de los 8 días. Los valores más altos corresponden a Urología con 35 días de promedio, CENAQUE y Nefrología con 28 y 27 días de promedio respectivamente.

Para las clínicas quirúrgicas el promedio de días de estadia para el año 2001 fue de 15 días (QF 15, QB 18, QA 13 días.).

Con relación a la etapa del proceso de internación para las clínicas quirúrgicas generales del año 2000, el tiempo de estadia preoperatoria y postoperatoria para los usuarios con intervenciones por coordinación fue el siguiente:

	QA	QB	QF
T. Est. Preoperatorio (días)	10	12	10
T. Est. Postoperatorio (días)	7	8	10

Para el año 2000, de las 15 intervenciones quirúrgicas más frecuentes de las Clínicas Quirúrgicas Generales del Hospital de Clínicas las colecistectomías, curas de hernia y apendicectomías están en el tercer, cuarto y quinto lugar respectivamente (Ver Anexo N°3)

***La Sociedad de Cirugía del Uruguay clasifica al acto quirúrgico en (Ver Anexo 4):***

- Cirugía corriente.
- Cirugía mayor.
- Cirugía alta.
- Cirugía compleja.

***Vías biliares:***

- Cirugía corriente: Colecistostomía
- Cirugía mayor: Colecistectomía  
Colecistoendesis

***Pared Abdominal:***

- Cirugía corriente: Herniorrafia  
Hernioplastia  
Hemiotomía
- Cirugía mayor: Corrección de eventración  
Herniorrafia de hernia por deslizamiento  
Herniorrafia de hernia o eventración diafragmática  
Reparación de herida diafragmática

***Aparato Digestivo:***

- Cirugía mayor: Apendicectomía

### ***Factores determinantes de la estada hospitalaria***

Dever<sup>(7)</sup> clasifica a los factores determinantes de la utilización de los servicios, en cuatro: *factores socioculturales que afectan al sistema en su conjunto, factores organizacionales, factores relativos a los usuarios* (sociodemográficos, psicosociales y epidemiológicos) y *factores relativos al personal de salud* (capacitación, condiciones laborales, formas de retribución).

Según un estudio realizado en el Hospital de Clínicas en el año 1996<sup>(2)</sup> resulta importante resaltar que dentro de los factores organizacionales importan la estructura (tanto del sistema de servicio como de las propias instituciones) y su funcionamiento desde la perspectiva del proceso de atención al paciente, así como la disponibilidad de los recursos que la institución o servicio posee.

Desde otra perspectiva, la atención médica dentro de una organización hospitalaria es un proceso complejo que involucra una multiplicidad de recursos tanto humanos, como materiales y financieros en la que la calidad de la atención se vincula directamente a la adecuada utilización de los mismos.

La mejor utilización de los recursos disponibles plantea a los administradores, un desafío constante desde el punto de vista de la gestión. La utilización de un recurso puede definirse como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio por unidad de tiempo – en sus dos dimensiones cuantitativa y cualitativa –, mejorar la utilización implica una mayor eficiencia.

La evaluación de la calidad de atención de un hospital se realiza dentro de un marco conceptual dado por el análisis de la estructura, del proceso de atención y de los resultados obtenidos a través de indicadores que miden los recursos, su utilización y la calidad de los servicios prestados.

En este sentido el recurso cama hospitalaria y su desempeño aporta elementos de evaluación en estas tres áreas. Por otra parte, el costo que implica la cama hospitalaria plantea la necesidad de asegurar su correcta utilización.

Según un estudio realizado en el Casmu en el año 1993<sup>(8)</sup> el recurso cama debe mantenerse en situación de equilibrio para lograr el mejor rendimiento, para ello se identifican varios factores a considerar:

- c) La capacidad de reserva necesaria de camas para cubrir la variabilidad de la demanda.
- d) Una utilización de camas adecuada.

Es imperativo que un hospital no contenga más camas que las necesarias según su demanda. El costo de las camas ociosas repercute definitivamente en los costos globales.

A parte de estas consideraciones hay un aspecto observado en relación con un número excesivo de camas que es la disminución del estímulo para lograr la eficiencia del recurso, se observan promedios de estadía mayores a las normas así como ingresos innecesarios.

John Yates<sup>(9)</sup> reconoce por lo menos tres factores que influyen en la utilización de las camas hospitalarias:

- *La existencia de ingresos innecesarios.* Esta situación está influida por diversos factores. Entre otros, se destacan: las diferencias en la práctica clínica de los médicos; la opinión del paciente y sus circunstancias familiares; la disponibilidad de recursos y la política del hospital en materia de admisión.
- *La ubicación incorrecta de pacientes.* Esto incluye situaciones diferentes; el ingreso de pacientes, en forma transitoria, en servicios que no son los específicos para la atención de su patología y la estancia de pacientes en servicios que brindan un nivel de cuidado no adecuado al estado del paciente.
- *Los períodos de estadía excesivamente prolongados* vinculados a factores relacionados con características de los pacientes, de la organización del sistema de salud y de organización del hospital.

Los factores mencionados se hallan íntimamente relacionados entre sí. Una ubicación incorrecta puede prolongar el período de estadía del paciente. A su vez, un ingreso innecesario condiciona la disponibilidad de camas.

**Indicadores relacionados a la utilización del recurso cama:**

*El porcentaje ocupacional:* Expresa el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante un período. Se acepta en general que un porcentaje ocupacional adecuado debe ser cercano al 80%. Porcentajes inferiores al 70% indican una subutilización de la capacidad instalada y en contrapartida valores superiores al 90% muestran una demanda sobreintensiva del recurso cama. Con este indicador se intenta medir la utilización de la cama hospitalaria.

*El promedio de días estadía:* Es el promedio de días de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente. A través del promedio de estadía se valora la intensidad de uso del recurso cama.

*El giro de camas:* Es una medida de la productividad de las camas. Indica el número de pacientes egresados por cama durante un período.

Estos tres indicadores están interrelacionados y al analizar la utilización de las camas hospitalarias, deben ser valorados en su conjunto. Del análisis de este conjunto de indicadores se puede inferir el desempeño del recurso.

**Factores determinantes de la estadía hospitalaria ( Según trabajos de investigación realizados en el Hospital de Clínicas).<sup>(1-16-11)</sup>**

1) Por motivos propios del paciente:

- a. Carencia de domicilio y/o condiciones mínimas imprescindibles para realizar sus cuidados básicos, generando dificultad para el alta precoz.
- b. Pacientes provenientes del interior del país (29% de acuerdo a estadística del año 2000) con un diagnóstico incompleto y sin lugar de alojamiento.
- c. Carencia de medios económicos para la compra de medicación u otros artículos imprescindibles para continuar el tratamiento domiciliario, carencia de recursos para trasladarse a policlínica, realización de estudios.
- d. Paciente que debe ser ingresado sin estudios previos debido a descompensación de su estado general por la propia patología ,o por las características de los mismos (añosos, portadores de patologías crónicas). También puede prolongar la estadía al requerir tratamiento médico, antes y después de la intervención.

2) Por características del funcionamiento del hospital:

- a. Problema en la adjudicación de camas, demora de ingresos por falta de camas, problemas de coordinación operatoria. Es el caso del paciente estudiado en policlínica externa al que se le da orden de ingresar y debe esperar un tiempo variable, que puede llegar a un mes, para la adjudicación de la cama (destacándose la no existencia de lista de espera). Lista demora puede llevar a que los estudios de valoración general o especial puedan requerir repetición.
- b. Pacientes que ingresan sin ser estudiados debido a la diferencia en la demora en la realización de estudios paraclínicos (laboratorio, radiografías, valoración cardiológica, etc.) según si la solicitud sea de consulta externa o de piso.
- c. Imposibilidad de realizar estudios especiales por vía de policlínica externa (T.A.C., radiológicos, anatomía patológica, medicina nuclear, etc.)
- d. Retraso en la realización de interconsultas.
- e. Retraso en la realización de intervenciones quirúrgicas.
- f. Suspensión de intervenciones quirúrgicas en piso o en block quirúrgico.

- g. Retraso en el traslado a otras instituciones.
  - h. Por la inexistencia de una atención domiciliaria que haga posible el seguimiento luego del egreso lo que podría llevar a la prolongación del período postoperatorio.
- 3) Por motivos vinculados directamente al funcionamiento del cuerpo médico:
- a. Ingreso de pacientes quirúrgicos incompletamente valorados por policlínica.
  - b. Suspensiones de intervenciones por falta del equipo quirúrgico.
  - c. Retraso de intervenciones por falta del equipo quirúrgico.
  - d. Suspensión de intervenciones por problemas en la evaluación preanestésica.
  - e. Altas provisionales “ficticias” para reservar camas.

Según información recabada en los servicios del Hospital de Clínicas:

***Laboratorio:***

Por norma del hospital el usuario ingresa a sala en el horario de la tarde, siendo visto por el médico a la mañana siguiente quien valora e indica los estudios necesarios. Estos son enviados por el mensajero antes de la hora 11:00, extrayendo la muestra personal de laboratorio al día siguiente. Las muestras son procesadas e informadas por laboratorio en el día (rutinas), pudiendo ser trasladados por mensajería ese mismo día a sala.

Desde el ingreso a la lectura de los resultados por parte del médico transcurre un promedio de 3 días.

***Radiología:***

Demora para la realización de estudios solicitados desde sala:

- RX simple: 24 horas.
- Ecografía: 2 semanas.
- TAC: 15 días.

El informe y el pase de informe tienen una demora de (según la realidad del Servicio):

- RX simple: de 3 a 7 días.
- Ecografía: en el momento.
- TAC: Demora no determinada, hasta un mes.

***Cardiología y Anestesiología:***

- E.C.G: se realizan en el día.

Para la valoración preoperatoria es necesario realizar un pedido de interconsulta, el cual tiene un promedio de demora de 2 días.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de Estudio**

Se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal.

### **Universo**

Todas las historias clínicas de los usuarios egresados vivos con intervención quirúrgica de Colocistectomía, Apendicectomía o Cura de Hernia Abdominal de las Clínicas Quirúrgicas Generales A, B y F en el año 2001

### **Muestra**

El personal del Departamento de Registros Médicos nos otorgará un listado con la totalidad de historias clínicas incluidas en el universo del cual se realizará un muestreo sistemático.

### **Definición de las variables seleccionadas**

**Tiempo de Estadía:** tiempo en días desde el ingreso hasta el alta. Variable cuantitativa continua. Se obtendrán los datos a través de fecha de ingreso y egreso.

**Fecha de Ingreso:** Se tomará el día de ingreso del usuario a sala de internación.

**Fecha de Egreso:** Se considerará la fecha en que el usuario abandona la Institución.

### **Variables relacionadas con el usuario:**

**Sexo:** Condición orgánica que define a los sexos femenino y masculino, que se manifiesta a través de caracteres primarios y secundarios. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en: - Masculino.

- Femenino.

**Edad:** Es el período comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la recolección de datos. Variable cuantitativa continua. Sobre la base de las características etarias de la población en estudio se harán intervalos de edades para poder operacionalizar la variable.

**Procedencia:** Es el lugar de residencia actual del usuario. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en: - Montevideo

- Interior.

**Lugar de residencia:** Se refiere a la disponibilidad de un lugar donde vivir. Variable cualitativa nominal. Se categorizó en: - Si

- No

- Sin Datos.

### Patología quirúrgica:

Permitirá agrupar a los usuarios según las patologías predeterminadas ( de acuerdo a la clasificación del acto quirúrgico presentada en el marco teórico) e identificar los factores que prolongan la estadía para cada una de ellas. Variable cualitativa nominal.

### Descompensaciones:

Se observará si hubo durante el período de internación descompensaciones, para conocer si existe una relación entre estas y el tiempo de estadía. Tomaremos como válidos los registros en la historia clínica, en los cuales se detecten alguna de estas alteraciones. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en:

- Hipertensión.
- Descompensación diabética.
- Descompensación cardiovascular.
- Descompensación respiratoria.

### *Variables relacionadas con los factores organizacionales:*

#### Estadía Preoperatoria (variable cuantitativa continua):

*Tiempo de estadía Preoperatoria:* Tiempo en días desde el ingreso hasta la intervención quirúrgica.

*Tiempo de demora en los estudios:* Tiempo en días transcurridos entre la fecha de solicitud de los estudios y la fecha en que llegan los resultados a la sala.

Por el tipo de cirugía estudiada se categorizó a través de la demora en días de los siguientes estudios:

- Análisis de laboratorio (sangre y orina)
- Radiología e Imagenología.
- Estudios especiales.
- Electrocardiograma.

*Tiempo de demora en la realización de interconsultas.* Tiempo transcurrido en días entre la fecha de solicitud de la consulta y la realización de la misma.

Será categorizada a través de la demora en días de las interconsultas con:

- Cardiología.
- Anestesiología.

*Tiempo de demora por suspensión de intervención quirúrgica.* Integramos dicha variable para conocer si la suspensión de las mismas influye en la prolongación del periodo de internación. Es el tiempo transcurrido en días entre la primera coordinación y la realización de la intervención quirúrgica.

#### Estadía Postoperatoria

*Tiempo de estadía Postoperatoria.* Tiempo en días desde que es intervenido hasta su alta definitiva. Variable cuantitativa continua.

#### *Complicaciones en el postoperatorio:*

Permitirá conocer la prevalencia de complicaciones y su posible relación con la prolongación de la estadía. Tomaremos como válidos los registros en la historia clínica, en los cuales se detecten estas alteraciones. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en:

- Hemorragia.
- Infección de herida operatoria.
- Dehiscencia.
- Evisceración.
- Sin complicaciones.

### **METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de datos se hizo a través de la revisión de las historias clínicas preseleccionadas en la muestra, de las clínicas quirúrgicas generales A, B y F del año 2001. Las variables y sus indicadores se estructuraron en un formulario para recoger la información, el cual fue completado por las personas que realizaron el trabajo de investigación. (Anexo N° 5).

### **PLAN DE ANALISIS**

El mismo se llevará a cabo a través del uso de la estadística descriptiva de datos, utilizándose tablas univariadas, bivariadas, medidas de tendencia central y de **variabilidad.**(Ver Anexo N° 6)

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Banhero Andrés, Cano D.** Estudio descriptivo del recurso "Alta Provisoria", su valor en el análisis de la estadía hospitalaria prolongada. 1996.
- 2. Sollazo A, Mieres G.** Estudio de la utilización de camas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Residentes de Administración de Servicios de Salud. Noviembre 1996.
- 3. Barquin Calderon M.** Dirección de Hospitales. Sexta edición. México. Interamericana -Mc. Graw-Hill, 1992.
- 4. Piedrola G.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Massons. Barcelona 2001. 10ª Edición
- 5. Temes J.L., Pastr V., Diaz J.L.** Manual de Gestión Hospitalaria. Mc. Graw-Hill. Interamericana de España. 1ª. Edición. 1992.
- 6. Ferreira Maia A, Rígoli F, Bazzani R.** Procesos asociados con el tiempo de estadía en el Hospital de Clínicas: estudio en cuatro enfermedades trazadoras. Revista Medica Uruguay 13 (1): 23-36. Mayo 1997. Tab. UV 1.1
- 7. Dever, A.** Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Universidad de Valle. Departamento de Medicina Social. Cali.1985.
- 8. Tomasina Gonzalez F.** Estudio sobre el Recurso Cama Sanatorial en Medicina Interna. CASMU. 1993
- 9. Yates J.** Camas Hospitalarias. Problema clínico y de gestión. 1990. V.español. Ed. Doyma.
- 10. Lopez Viñas L.** Informe sobre un sector de la actividad quirúrgica del Hospital de Clínicas: el período de internación preoperatoria. Trabajo presentado por la maestría de Administración de Servicios de Salud. Montevideo: Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, nov./dic. 1991 (mimeografiado) 11 pp.
- 11. Giannio 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.
- 12. <http://www.smau.org.uy/publicaciones/>**

# ***ANEXO N° 1***

**DATOS ESTADISTICOS DEL M.S.P.  
(INSTITUCIONES PRIVADAS)**

INDICADORES IAMC	ENERO 2001		
	TOTAL	MONTEVIDEO	INTERIOR
Total de Egresos Hospitalarios por 1000 Afiliados	100,65	89,35	120,78
Egresos Hospitalarios en Dpto. Médico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	43,94	33,86	61,76
Egresos Hospitalarios en Dpto. Quirúrgico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	39,49	37,13	43,66
Egresos Hospitalarios en Dpto. Ginecológico por 1000 Afiliados femeninos para mayores de 15 años	47,68	41,27	61,36
Egresos Hospitalarios en Dpto. Pediátrico por 1000 Afiliados para menores de 15 años	57,62	63,77	46,04
Total de Días Hospitalarios por 1000 Afiliados	444,29	450,84	432,61
Total de Estadía Promedio	4,41	5,05	3,58
Estadía promedio Dpto. Médico	5,44	6,93	3,99
Estadía promedio Dpto. Quirúrgico	4,3	4,81	3,54
Estadía promedio Dpto. Ginecológico	3,04	3,11	2,95
Estadía promedio Dpto. Pediátrico	2,94	3,04	2,69
Egresos Totales CTI por 1000 Afiliados	7,27	7,8	6,33
Estadía promedio en CTI	5,2	5,42	4,71
INDICADORES IAMC	FEBRERO 2001		
	TOTAL	MONTEVIDEO	INTERIOR
Total de Egresos Hospitalarios por 1000 Afiliados	95,68	86,33	112,28
Egresos Hospitalarios en Dpto. Médico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	40,52	33,27	53,28
Egresos Hospitalarios en Dpto. Quirúrgico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	39,08	35,26	45,81
Egresos Hospitalarios en Dpto. Ginecológico por 1000 Afiliados femeninos para mayores de 15 años	45,83	40,38	57,37
Egresos Hospitalarios en Dpto. Pediátrico por 1000 Afiliados para menores de 15 años	51,73	60,37	35,51
Total de Días Hospitalarios por 1000 Afiliados	432,89	454,62	394,28
Total de Estadía Promedio	4,52	5,27	3,51
Estadía promedio Dpto. Médico	5,82	7,2	4,3
Estadía promedio Dpto. Quirúrgico	4,37	5,34	3,07
Estadía promedio Dpto. Ginecológico	3,04	3,18	2,83
Estadía promedio Dpto. Pediátrico	3,14	3,25	2,76
Egresos Totales CTI por 1000 Afiliados	6,53	6,89	5,88
Estadía promedio en CTI	5,13	5,11	5,15
<b>FUENTE: SINADI - MSP.</b>			

INDICADORES IAMC	TOTAL	MARZO 2001	
		MONTEVIDEO	INTERIOR
Total de Egresos Hospitalarios por 1000 Afiliados	113,45	104,1	130,02
Egresos Hospitalarios en Dpto. Médico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	45,57	38,34	58,26
Egresos Hospitalarios en Dpto. Quirúrgico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	49,62	44,57	58,49
Egresos Hospitalarios en Dpto. Ginecológico por 1000 Afiliados femeninos para mayores de 15 años	52,6	48,09	62,13
Egresos Hospitalarios en Dpto. Pediátrico por 1000 Afiliados para menores de 15 años	64,4	77,07	40,6
Total de Días Hospitalarios por 1000 Afiliados	502,56	529,66	454,53
Total de Estadía Promedio	4,43	5,09	3,5
Estadía promedio Dpto. Médico	5,9	7,37	4,19
Estadía promedio Dpto. Quirúrgico	4,2	4,93	3,22
Estadía promedio Dpto. Ginecológico	2,97	3,09	2,79
Estadía promedio Dpto. Pediátrico	2,9	2,95	2,75
Egresos Totales CTI por 1000 Afiliados	6,82	7,24	6,08
Estadía promedio en CTI	5,31	5,19	5,58
INDICADORES IAMC	TOTAL	ABRIL 2001	
		MONTEVIDEO	INTERIOR
Total de Egresos Hospitalarios por 1000 Afiliados	104,73	96,09	120,05
Egresos Hospitalarios en Dpto. Médico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	44,19	37,17	56,51
Egresos Hospitalarios en Dpto. Quirúrgico por 1000 Afiliados para mayores de 15 años	42,44	39,08	48,33
Egresos Hospitalarios en Dpto. Ginecológico por 1000 Afiliados femeninos para mayores de 15 años	50,23	45,14	61,03
Egresos Hospitalarios en Dpto. Pediátrico por 1000 Afiliados para menores de 15 años	61,91	70,43	45,85
Total de Días Hospitalarios por 1000 Afiliados	471,68	493,2	433,52
Total de Estadía Promedio	4,5	5,13	3,61
Estadía promedio Dpto. Médico	5,74	6,94	4,35
Estadía promedio Dpto. Quirúrgico	4,58	5,46	3,33
Estadía promedio Dpto. Ginecológico	2,97	3,1	2,78
Estadía promedio Dpto. Pediátrico	2,71	2,66	2,86
Egresos Totales CTI por 1000 Afiliados	6,86	7,45	5,81
Estadía promedio en CTI	5,44	5,43	5,47



# ***ANEXO N° 2***

## **DATOS ESTADISTICOS DE M.S.P. (INSTITUCIONES PUBLICAS)**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

A. S. S. E. - PRO. RE. CO.

INDICADORES BÁSICOS - AÑO 2001

Programa 006 HOSPITALES DE MONTEVIDEO

Rendimiento de Servicios en U.E.A. de A.S.S.E.

Hosp. Pereira Rossell	4.0
Hosp. Maciel	15
Hosp. Pasteur	15
Serv. Enf. I. Contagiosas	16
Inst. Oncología	25
Inst. O. Traumatología	15
Inst. Reumatología	21
Hosp. Saint Bois	26

Montevideo, 11 de Abril de 2002

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**A. S. S. E.**  
PRODUC. RENDIMEN. Y COSTOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
A.S.S.E. - PRO.RE.CO.

INDICADORES BÁSICOS - AÑO 2001

Programa 007 HOSPITALES AGUDOS DEL INTERIOR

Rendimiento de Servicios U.E.A. de A.S.S.E.

CENTROS DEPARTAMENTALES

C.Dptal. de Artigas	4.4
C.Dptal. de Canelones	5.7
C.Dptal. de Cerro Largo	3.8
C.Dptal. de Colonia	5.5
C.Dptal. de Durazno	5
C.Dptal. de Flores	5.2
C.Dptal. de Florida	5.5
C.Dptal. de Lavalleja	6.5
C.Dptal. de Maldonado	6.4
C.Dptal. de Paysandú	5.1
C.Dptal. de Rivera	5.6
C.Dptal. de Río Negro	6.7
C.Dptal. de Rocha	4.6
C.Dptal. de Salto	8.5
C.Dptal. de San José	8.7
C.Dptal. de Soriano	5
C.Dptal. Tacuarembó	3.9
C.Dptal. Treinta y Tres	5.2

Montevideo, 11 de Abril 2001

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
**A. S. S. E.**  
PRODUC. RENDIMEN. Y COSTOS

# ***ANEXO N°3***

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAS  
FRECUENTES EN EL HOSPITAL DEL  
CLINICAS EN AÑO 2000**

## **QUINCE OPERACIONES MAS FRECUENTES DE PACIENTES INTERNADOS EN EL 2000.**

1. Extracción del cristalino 13.46 %.
2. Cesárea 8.30 %.
3. Colecistectomía 6.61 %.
4. Curas de hernias abdominales 4.36 %.
5. Apendicectomías 4.01 %.
6. Legrados uterinos 3.56 %.
7. Operación de la piel y del tejido celular subcutáneo 3.90 %.
8. Escisión y detrucción de la vejiga por endoscopia 2.71 %.
9. Histerectomías 2.71 %.
10. Laparoscopia exploradora y drenajes de abscesos peritoneales 1.83 %.
11. Reinserción de la retina 1.83 %.
12. Drenaje, revisión, eliminación y derivación ventricular 1.76 %.
13. Fístula arterio-venosa y revisión de fístula arterio-venosa 1.68 %.
14. Coroplastia e indoplastia 1.64 %.
15. Operación de mama 1.61 %.

# ***ANEXO N° 4***

## **CLASIFICACION DEL ACTO QUIRURGICO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY**

## SISTEMA LINFATICO

### CIRUGIA CORRIENTE

BIOPSIA GANGLIONAR

### CIRUGIA MAYOR

VACIAMIENTOS GANGLIONARES MENORES (POR EJ. CRURAL -AXILAR -SUBRADICAL DE CUELLO)

EXERESIS DE LINFANGIOMAS QUISTICOS

### ALTA CIRUGIA

VACIAMIENTOS GANGLIONARES MAYORES (POR EJ. INGUINO-CRURAL, RETROPERITONEAL O RADICAL DE CUELLO.)

### CIRUGIA COMPLEJA

## BAZO

### CIRUGIA CORRIENTE

### CIRUGIA MAYOR

ESPLENECTOMIA

REPARACION ESPLENICA

### ALTA CIRUGIA

ESPLENECTOMIA POR BAZO PATOLOGICO O HEMOPATIA

### CIRUGIA COMPLEJA

## SISTEMA ENDOCRINO

### CIRUGIA CORRIENTE

### CIRUGIA MAYOR

EXERESIS DE QUISTE TIROGLOSO

TIROIDECTOMIA PARCIAL O SUBTOTAL

### ALTA CIRUGIA

PARATIROIDECTOMIA

TIINECTOMIA

TIROIDECTOMIA CASI TOTAL O TOTAL

### CIRUGIA COMPLEJA

SUPRARRENALECTOMIA

## GLANDULAS SALIVALES

### CIRUGIA CORRIENTE

PRELAVES DE ANEXOS

CIRUGIA MAYOR  
SUBHYALECTOMIA  
PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL

ALTA CIRUGIA  
PAROTIDECTOMIA TOTAL

CIRUGIA COMPLEJA

CUELLO

CIRUGIA CORRIENTE  
DRENAJE DE ABSCESO  
TRAQUEOSTOMIA

CIRUGIA MAYOR

EXERESIS DE TUMORES O FISTULAS CONGENITAS

CIRUGIA ALTA

CIRUGIA COMPLEJA

RESECCION DE TRAQUEA CERVICAL

APARATO DIGESTIVO

CIRUGIA CORRIENTE

BIOPSIA ANAL O RECTAL  
DILATAACION ANAL  
ESFINTEROTOMIA  
DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL O PERIARRECTAL  
FISTULECTOMIA ANAL SIMPLE  
FISURECTOMIA  
HEMORRROIDECTOMIA

CIRUGIA MAYOR

CORRECCION DE ACALASIA (HELLER O SIMILAR)  
CORRECCION DE REFLUJO GASTRO ESOFAGICO (NISSEN - HILL O SIMILAR )  
ESOFAGOSTOMA  
EXERESIS DE TUMOR BENIGNO DE ESOFAGO  
RESECCION DE DIVERTICULO ESOFAGICO

GASTROENTEROSTOMIA  
GASTROGRAFIA  
GASTROPEPTIA  
GASTROTOMIA  
GASTROSTOMIA  
COLOCACION DE TUBOS TRANSORALES POR TRACCION

ANASTOMOSIS DUODENALES  
DUODENECTOMIA  
DUODENOPLASTIA  
DUODENORRAFIA  
DUODENOTOMIA  
DUODENOSTOMIA

PIROLOPLASTIA

VAGOTOMIAS

ULCERORRAFIA

ANASTOMOSIS YEVUNO ILLIALES (INCLUYE BYPASS)

APENDICECTOMIA  
DIVERTICULECTOMIA DE MECKEL  
ENTERECTOMIA  
ENTEROLISIS  
ENTEROPEXIA  
ENTERORRAFIA  
ENTEROTOMIA  
ENTEROSTOMIA

ANASTOMOSIS COLONICAS  
COLOPEXIA  
COLORRAFIA  
COLOTOMIA  
COLOSTOMIA (INCLUYE CECOSTOMIA)

ANOPLASTIA  
EXERESIS DE TUMOR ANAL O PERIANAL  
FISTULECTOMIA PERIANAL COMPLEJA  
RECTOPEXIA  
RECTORRAFIA  
RECTOTOMIA

#### ALTA CIRUGIA

CIRUGIA DEL ESOFAGO TRAUMATIZADO  
GASTRECTOMIA SUBTOTAL  
GASTRECTOMIA TOTAL  
GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR

TRANSPOSICION DE UN SEGMENTO DE ESOMAGO-ILEON O COLON FUERA DEL ABDOMEN

AMPULECTOMIA

ENTEROPLASTIA PARA RESERVORIO  
COLECTOMIA  
COLOPLASTIA  
RESECCION DE RECTO  
AMPUTACION DE RECTO

CIRUGIA COMPLEJA

ESOFASECTOMIA CASI TOTAL O TOTAL  
DUODENOPANCREATECTOMIA  
RESECCION COLORECTAL CON RESERVORIO POR ENTEROPLASTIA  
RESECCION RECTAL CON ANASTOMOSIS ILEO O COLOANAL  
GASTRECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL LUEGO DE BILLROTH 1 O BILLROTH 2

PANCREAS

CIRUGIA MAYOR

PANCREATORRAFIA

ALTA CIRUGIA

DERIVACION PANCREATICO DIGESTIVA  
PANCREATECTOMIA DISTAL

CIRUGIA COMPLEJA

PANCREATECTOMIA Y SEQUESTRECTOMIA EN PANCREATITIS AGUDAS Y CRONICAS  
DUODENOPANCREATECTOMIA

HIGADO

CIRUGIA MAYOR

BIOPSIA HEPATICA QUIRURGICA  
DRENAJE DE ABSCESO HEPATICO  
EVACUACION DE QUISTE HEPATICO  
QUISTECTOMIA PARCIAL  
QUISTOSTOMIA  
DESVASCULARIZACION ARTERIAL HEPATICA  
CATERETERISMO ARTERIAL HEPATICO  
HEPATORRAFIA

ALTA CIRUGIA

CIRUGIA DE LOS TRAUMATISMOS GRAVES DE HIGADO  
QUISTECTOMIA TOTAL  
RESECCION HEPATICA ATIPICA  
SECTECTOMIA DE LOS SEGMENTOS 2,3

CIRUGIA COMPLEJA

HEPATECTOMIAS RESUMIDAS (RECEPTO 2,3)  
HEPATECTOMIA

VIAS BILIARES

CIRUGIA CORRIENTE

COLECISTOSTOMIA

CIRUGIA MAYOR

COLECISTECTOMIA  
COLECISTOENDESIS

ALTA CIRUGIA

DERIVACION BILIODIGESTIVA  
INTUBACION TRANSTUMORAL  
COLEDOCOGRAFIA  
COLEDOCOSTOMIA  
PAPILOESFINTEROTOMIA

CIRUGIA COMPLEJA

REPARACION DE VIAS BILIARES  
RESECCION DE LESIONES ORGANICAS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

PERITONEO

CIRUGIA MAYOR

LAPAROTOMIA (EXPLORADORA - DIAGNOSTICA)  
LAPAROSTOMIA  
DRENAJE DE ABSCESES INTRAPERITONEALES

ALTA CIRUGIA

DERIVACION PERITONEOVENOSA  
RESECCION DE TUMORES PERITONEALES Y RETROPERITONEALES

PARED ABDOMINAL

CIRUGIA CORRIENTE

HERNIORRAFIA - HERNIOPLASTIA, HERNIOTOMIA

CIRUGIA MAYOR

CORRECCION DE EVENTRACION  
HERNIORRAFIA DE HERNIA POR DESLIZAMIENTO  
HERNIORRAFIA DE HERNIA O EVENTRACION DIAFRAGMATICA  
REPASACION DE HERIDA DIAFRAGMATICA

ALTA CIRUGIA

RESECCION ANTER DE LA PARED ABDOMINAL

SISTEMA VENOSO

CIRUGIA CORRIENTE

SAFENECTOMIA UNILATERAL  
CAYASECTOMIA DE SAFENA  
EXERCIS DE PAQUETES VARTICOSOS  
DRENAJE DE PAQUETES VENOSOS TROMBOSADOS

CIRUGIA MAYOR

LIGADURA SUPRANEUROTICA DE COMUNICANTES

ALTA CIRUGIA

TROMBECTOMIA VENOSA PROFUNDA  
INTERRUPCION QUIRURGICA DE LA CAVA  
CIRUGIA VALVULAR PROFUNDA  
CIRUGIA DE DERIVACION VENOSA

CIRUGIA COMPLEJA

CIRUGIA DE LA HIPERTENSION PORTAL POR DERIVACION O POR INTERRUPCION  
ESOFAGICA

# ***ANEXO N°5***

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

**ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA ESTADIA PROLONGADA  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Nombre \_\_\_\_\_

- Fecha de Ingreso: - al Hospital: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - N° de Registro: \_\_\_\_\_  
 - al Servicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Fecha de egreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Sexo: - Femenino   
 Masculino  - Edad: \_\_\_\_\_ (años)

Procedencia: Montevideo  Lugar de residencia   
 Interior  SI   
 NO   
 SIN DATOS

**PATOLOGIA QUIRÚRGICA**

**CIRUGIA MAYOR**

COLECISTECTOMIA	<input type="checkbox"/>
CORRECCIÓN DE EVENTRACIÓN	<input type="checkbox"/>
APENDICECTOMÍA	<input type="checkbox"/>

**CIRUGIA CORRIENTE**

HERNIORRAFIA	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

Descompensaciones	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
	HTA	<input type="checkbox"/>		
	Diabética	<input type="checkbox"/>		
	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>		
	Respiratoria	<input type="checkbox"/>		

Estadía Preoperatoria: \_\_\_\_\_ (días)

**TIEMPO DE DEMORA**

De estudios:	Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/>
	Radiología	<input type="checkbox"/>
	Imagenología	<input type="checkbox"/>
	Estudios Especiales	<input type="checkbox"/>
	ECG	<input type="checkbox"/>

Para realizar interconsulta	Cardiología	<input type="checkbox"/>
	Anestesiología	<input type="checkbox"/>
	S/interconsulta	<input type="checkbox"/>

Por suspensión:  días

Estadía postoperatoria  días

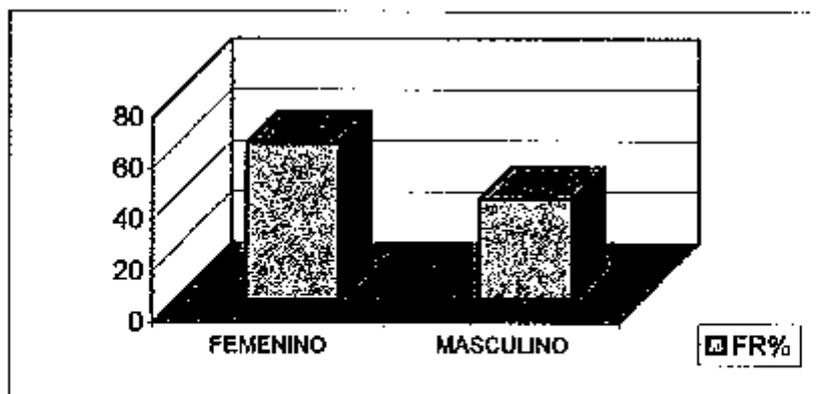
Complicaciones postoperatorias	NO	<input type="checkbox"/>	
	SI	Hemorragia	<input type="checkbox"/>
		Infección H. Quirúrgica	<input type="checkbox"/>
		Evisceración	<input type="checkbox"/>
		Dehiscencia	<input type="checkbox"/>
		Otra	<input type="checkbox"/>

# ***ANEXO N°6***

## **TABULACION DE DATOS Y GRAFICAS**

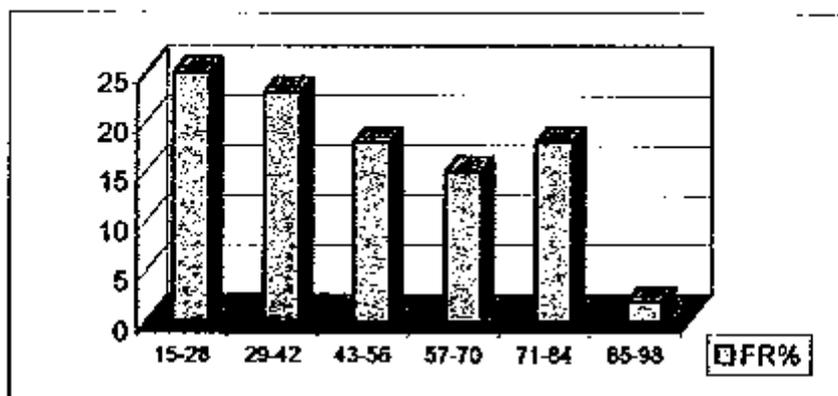
**TABLA N° 1:** Distribución según Sexo de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

SEXO	FA	FR%
FEMENINO	37	61
MASCULINO	24	39
TOTAL	61	100



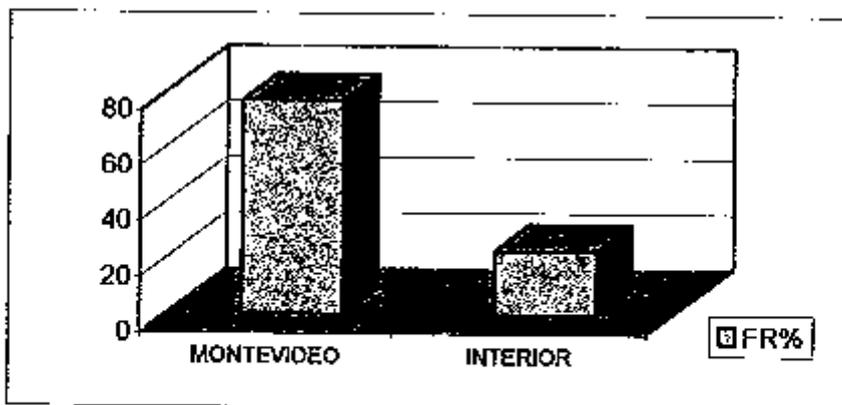
**TABLA N° 2:** Distribución según Edad (en años) de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

EDAD	FA	FR%
15-28	15	25
29-42	14	23
43-56	11	18
57-70	9	15
71-84	11	18
85-98	1	2
TOTAL	61	100



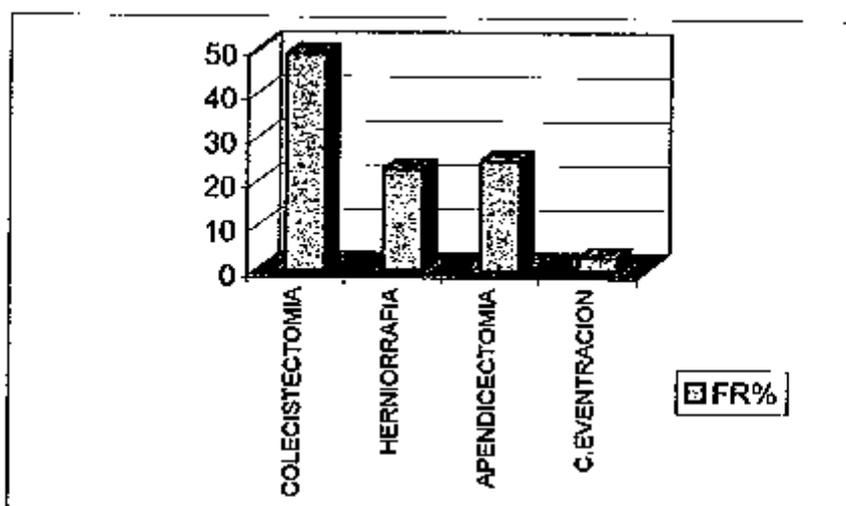
**TABLA N° 3:** Distribución según Procedencia de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	47	77
INTERIOR	14	23
TOTAL	61	100



**TABLA N° 4:** Distribución según Patología de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

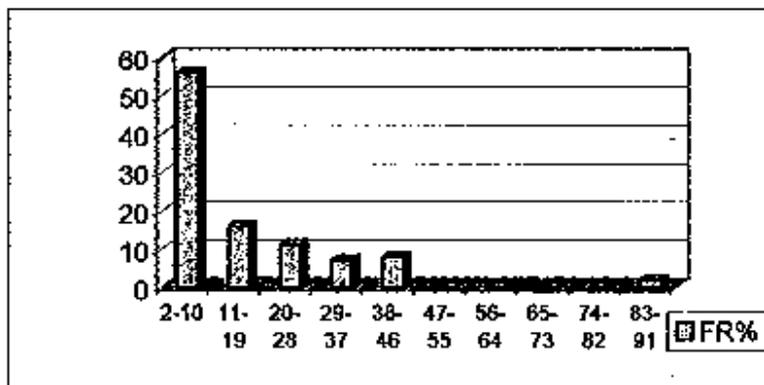
PAT. QUIRURGICA.	FA	FR%
COLECISTECTOMIA	30	49
HERNIORRAFIA	14	23
APENDICECTOMIA	15	25
C.EVENTRACION	2	3
TOTAL	61	100



**TABLA N° 5:** Distribución según estadía total (en días) de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

ESTADIA TOTAL	FA	FR%
2-10	34	56
11-19	10	16
20-28	7	11
29-37	4	7
38-46	5	8
47-55	0	0
56-64	0	0
65-73	0	0
74-82	0	0
83-91	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

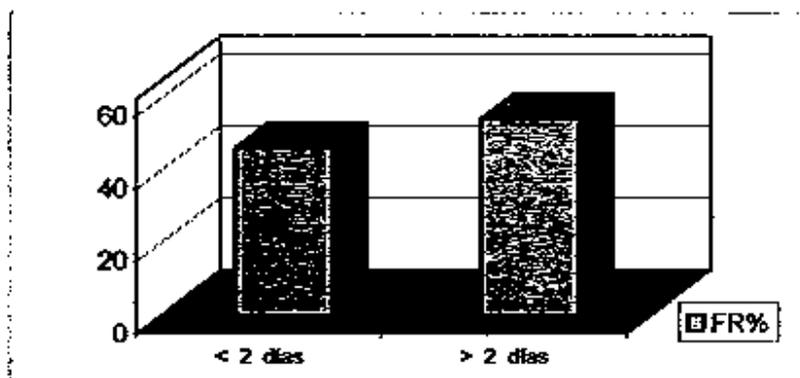
<b>PROMEDIO</b>	<b>16 días</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>8 días</b>



**TABLA N° 6:** Distribución según estadía preoperatoria (en días) de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas

<b>PROMEDIO</b>	<b>11 días.</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>4 días</b>

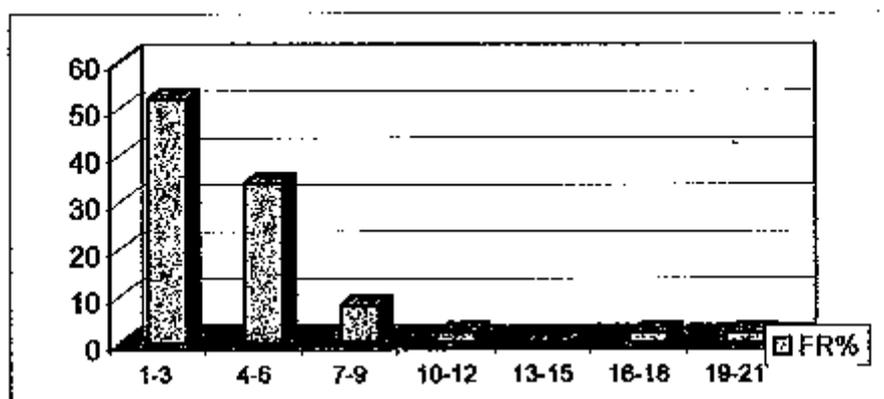
ESTADIA PREOP.	FA	FR%
< 2 días	28	46
> 2 días	33	54
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>



**TABLA N° 7:** Distribución según estadía postoperatoria (en días) de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

<b>PROMEDIO</b>	<b>5 días</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>4 días</b>

<b>ESTADIA POSTOP.</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
1-3	32	52
4-6	21	34
7-9	5	8
10-12	1	2
13-15	0	0
16-18	1	2
19-21	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

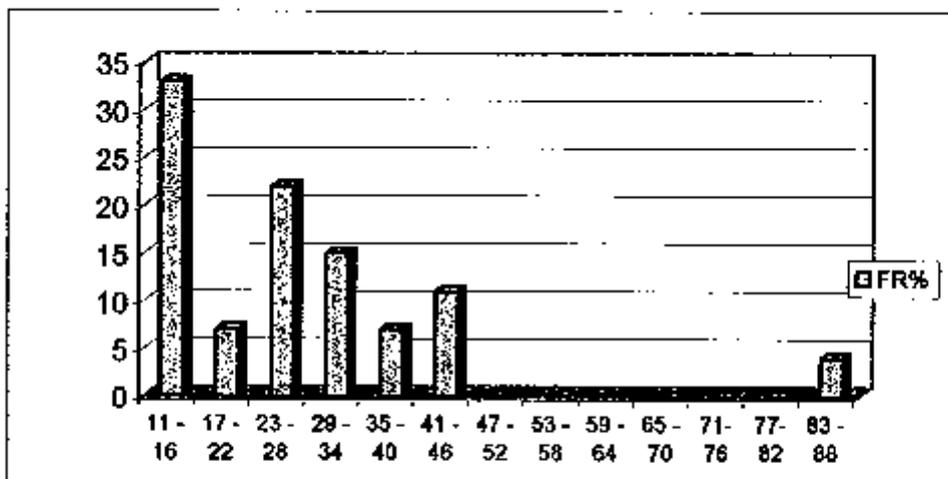


## ESTADIA PROLONGADA

**TABLA N° 8:** Distribución según estadia prolongada (en días) de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del I.L. De Clínicas.

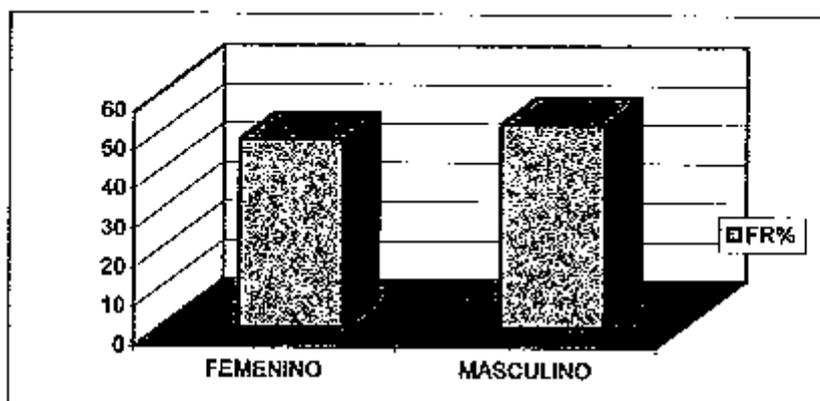
ESTADIA TOTAL	FA	FR%
11 -16	9	33
17 -22	2	7
23 -28	6	22
29 -34	4	15
35 -40	2	7
41 -46	3	11
47 -52	0	0
53 -58	0	0
59 -64	0	0
65 -70	0	0
71-76	0	0
77-82	0	0
83 -88	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

PROMEDIO	28
MEDIANA	26



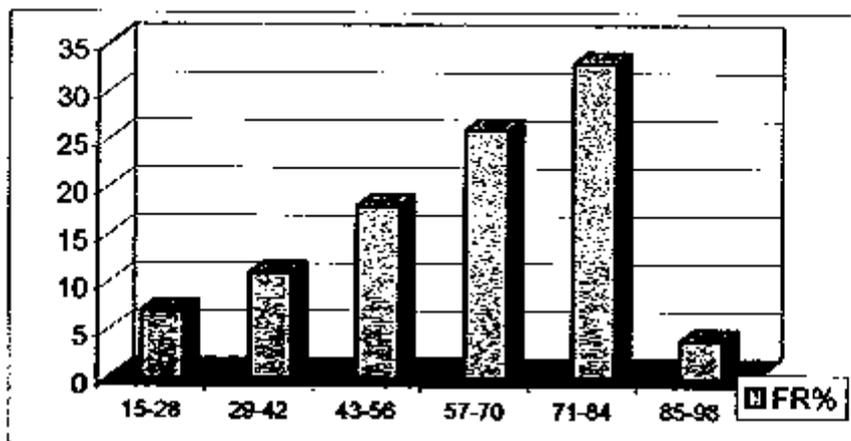
**TABLA N° 9:** Distribución según sexo de los usuarios con estadía prolongada egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

SEXO	FA	FR%	Promedio
FEMENINO	13	48	25
MASCULINO	14	52	26
TOTAL	27	100	



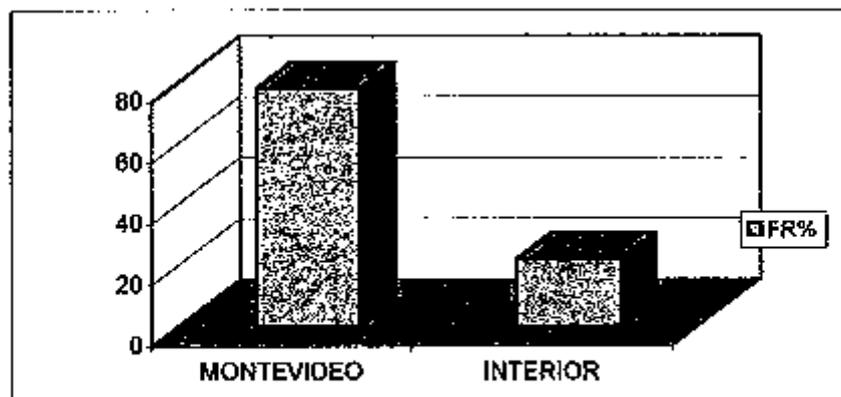
**TABLA N° 10:** Distribución según la edad (en años) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

EDAD	FA	FR%	Promedio
15-28	2	7	13 días
29-42	3	11	29 días
43-56	5	18	18 días
57-70	7	26	35 días
71-84	9	33	26 días
85-98	1	4	27 días
TOTAL	27	100	



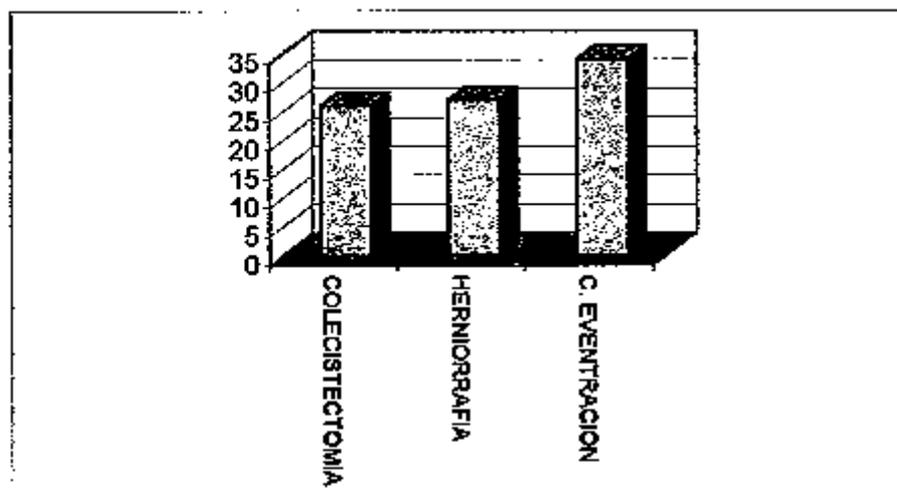
**TABLA N° 11:** Distribución según procedencia de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

PROCEDECIA	FA	FR%	Promedio
MONTEVIDEO	21	78	24 días
INTERIOR	6	22	38 días
TOTAL	27	100	



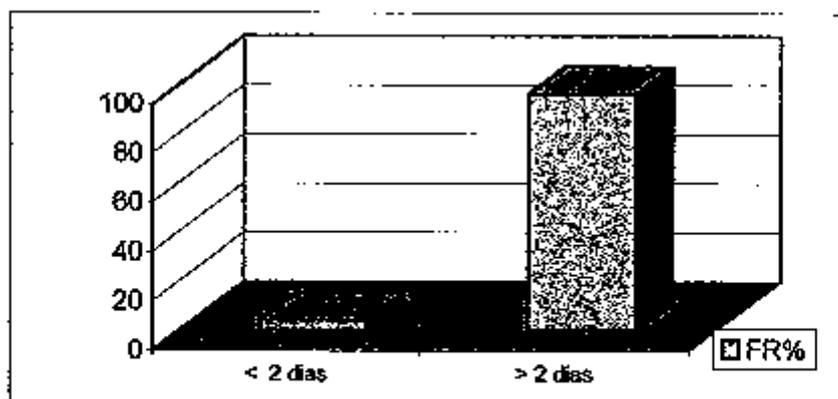
**TABLA N° 12:** Distribución según relación entre Patología y promedio de estadía (en días) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. de Clínicas.

PAT. QUIRURGICA	Promedio en días de estadía
COLECISTECTOMIA	26
HERNIORRAFIA	27
C. EVENTRACION	34



**TABLA N° 13:** Distribución según tiempo (en días) de preoperatorio de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

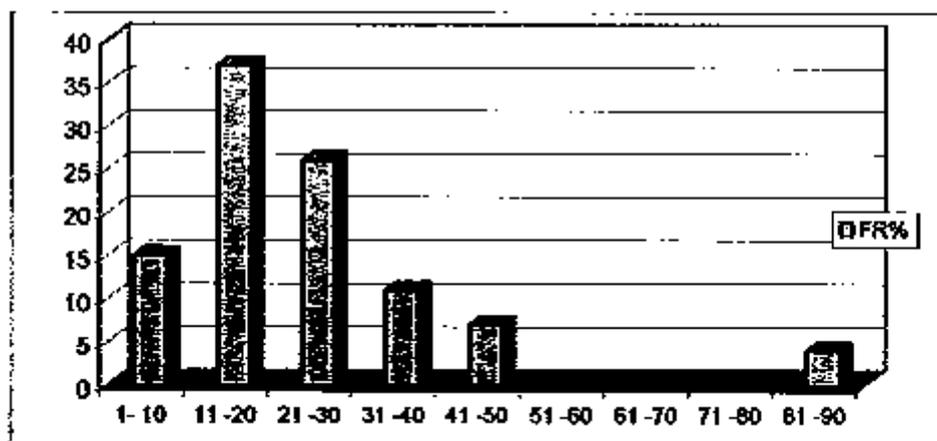
PREOPERATORIO	FA	FR%
< 2 días	1	4
> 2 días	26	96
TOTAL	27	100



**TABLA N° 14:** Distribución según tiempo (en días) de preoperatorio de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

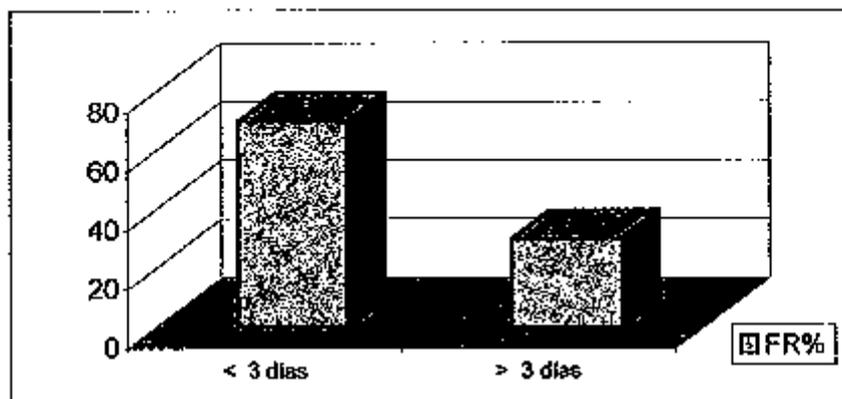
ESTADIA PREOP.	FA	FR%
1- 10	4	15
11 -20	10	37
21 -30	7	26
31 -40	3	11
41 -50	2	7
51 -60	0	0
61 -70	0	0
71 -80	0	0
81 -90	1	4
TOTAL	27	100

PROMEDIO	24
MEDIANA	21



**TABLA N° 15:** Distribución según tiempo (en días) de postoperatorio de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

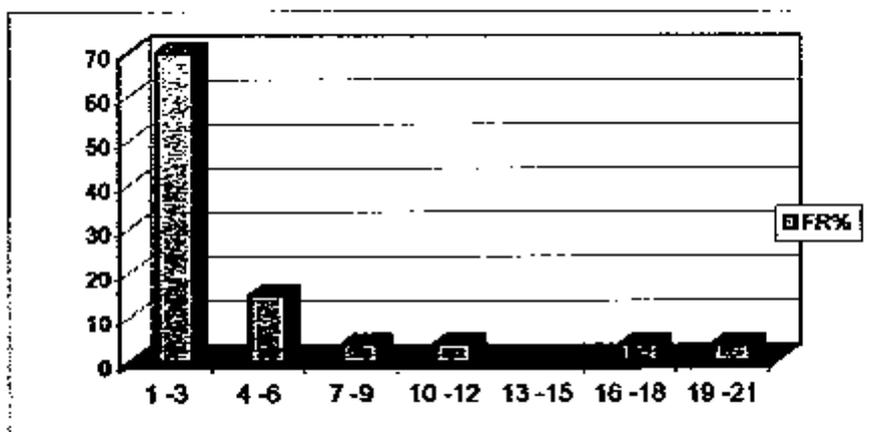
POSTOPERATORIO	FA	FR%
< 3 días	19	70
> 3 días	8	30
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



**TABLA N° 16:** Distribución según tiempo (en días) de postoperatorio de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

ESTADIA POSTOP.	FA	FR%
1 -3	19	70
4 -6	4	15
7 -9	1	4
10 -12	1	4
13 -15	0	0
16 -18	1	4
19 -21	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

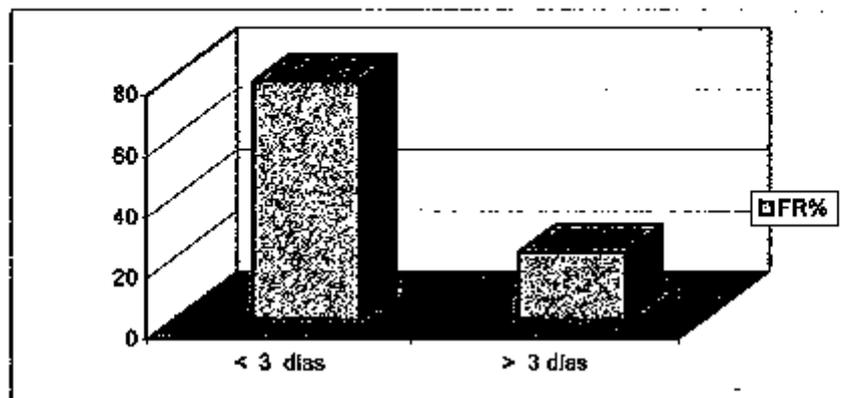
<b>PROMEDIO</b>	<b>5</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>3</b>



## TIEMPO DE DEMORA EN ESTUDIOS

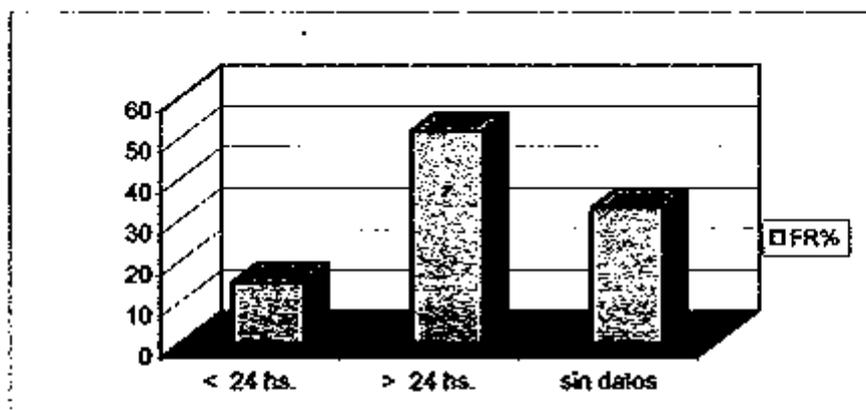
**TABLA N° 17:** *Distribución según la demora de los análisis de lab.(en días) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. de Clínicas.*

<b>ANÁLISIS LAB.</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
< 3 días	21	78
> 3 días	6	22
SIN DATOS	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



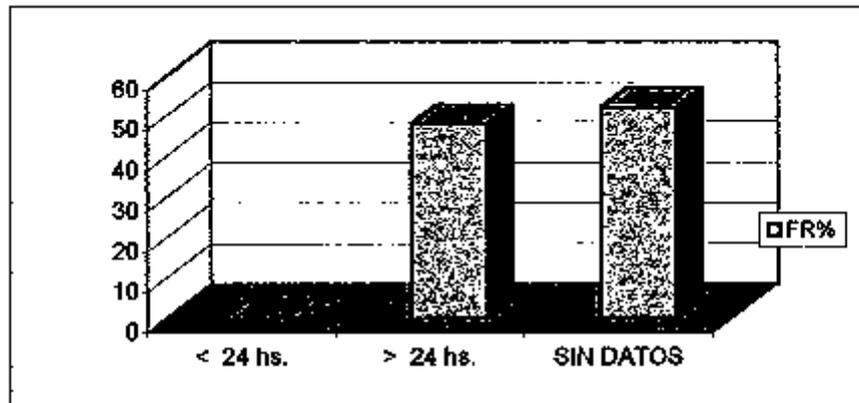
**TABLA N° 18:** *Distribución según la demora de los exámenes de radiología (en horas) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.*

<b>RADIOLOGÍA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
< 24 hs.	4	15
> 24 hs.	14	52
sin datos	9	33
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



**TABLA N° 19:** *Distribución según la demora de los electrocardiogramas (en horas) de los usuarios con estadía prolongada de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.*

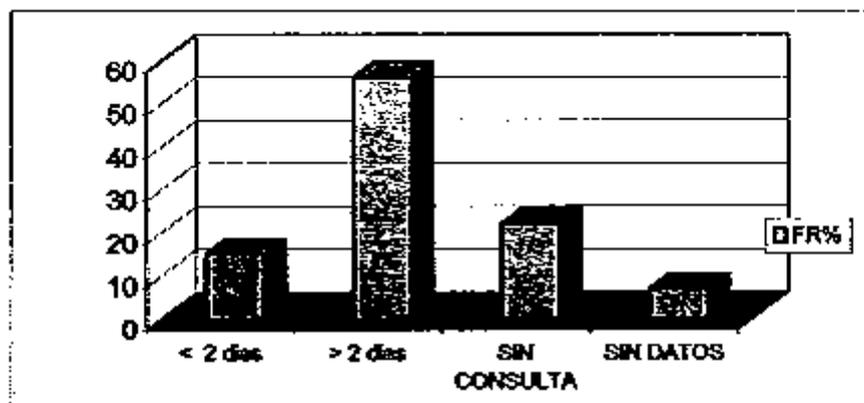
<b>E C G</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
< 24 hs.	0	0
> 24 hs.	13	48
SIN DATOS	14	52
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



### INTERCONSULTAS

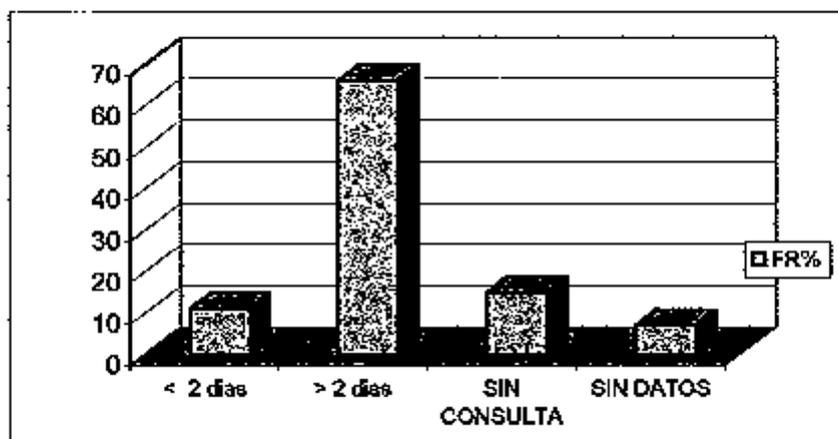
**TABLA N° 20:** *Distribución según la demora de interconsulta con cardiología (en días) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.*

<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
< 2 días	4	15
> 2 días	15	56
SIN CONSULTA	6	22
SIN DATOS	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



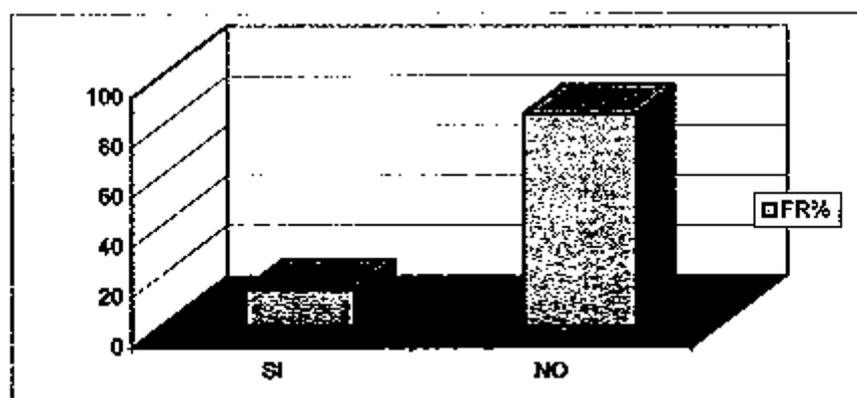
**TABLA N° 21:** Distribución según la demora de interconsulta con anestesiista (en días) de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

<b>ANESTESIOLOGIA</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
< 2 días	3	11
> 2 días	18	66
SIN CONSULTA	4	15
SIN DATOS	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



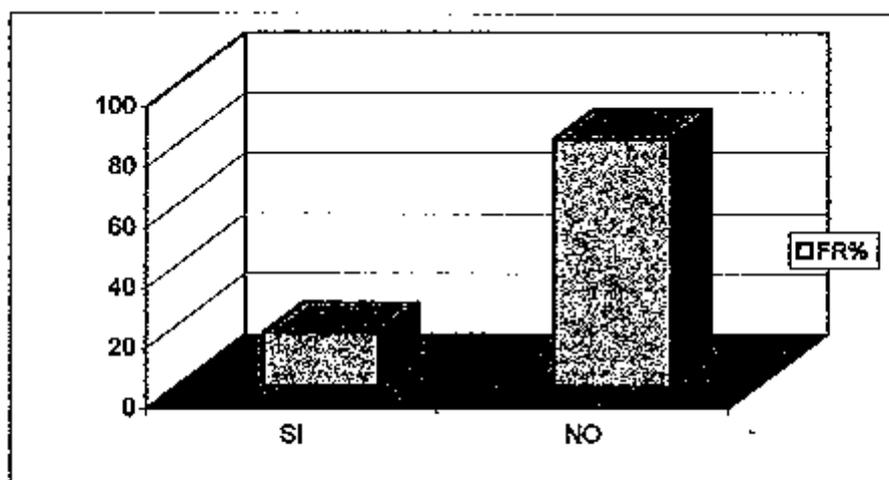
**TABLA N° 22:** Distribución según Descompensaciones de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

<b>DESCOMPENSACIONES</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
SI	4	15
NO	23	85
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



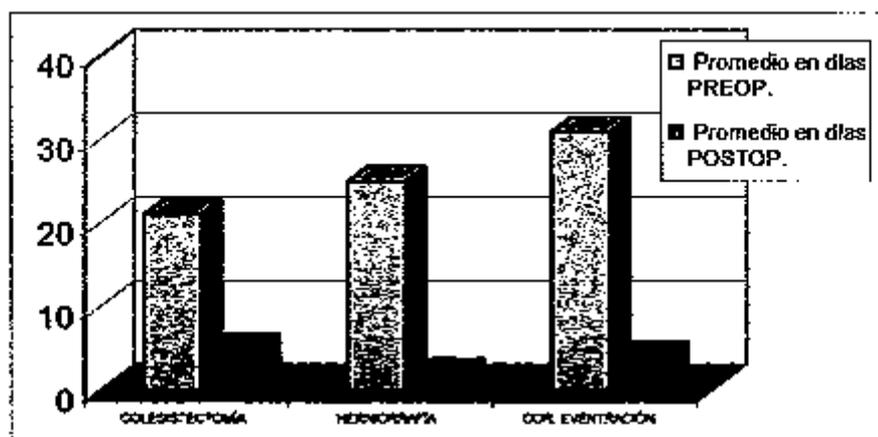
**TABLA N° 23:** Distribución según Complicaciones de los usuarios con estadía prolongada, egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

COMPLICACIONES	FA	FR%
SI	5	18
NO	22	82
TOTAL	27	100



**TABLA N° 24:** Distribución según relación entre Patología y promedio de días de estadía preoperatorio y postoperatorio de los usuarios egresados de las Clínicas Quirúrgicas del H. De Clínicas.

PATOLOGIA	Promedio días	
	PREOP.	POSTOP.
COLESISTECTOMÍA	21	5
HERNIORRAFÍA	25	2
COR. EVENTRACIÓN	31	4



## INDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEORICO.....	4
DISEÑO METODOLOGICO.....	11
RESULTADOS.....	14
ANALISIS DE DATOS.....	17
CONCLUSIONES.....	20
SUGERENCIAS.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
PROTOCOLO.....	23
ANEXO N° 1.....	39
ANEXO N° 2.....	43
ANEXO N° 3.....	46
ANEXO N° 4.....	48
ANEXO N° 5.....	55
ANEXO N° 6.....	57