



ANÁLISIS DE INCIDENCIAS ASOCIADAS AL TIEMPO DE DEMORA INTRAHOSPITALARIA EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DE CAMAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Área de investigación: Operaciones

Gabino García Tapia

Universidad Nacional Autónoma de México
México
gabino@unam.mx



ANÁLISIS DE INCIDENCIAS ASOCIADAS AL TIEMPO DE DEMORA INTRAHOSPITALARIA EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DE CAMAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Resumen

El área de atención ambulatoria (AAA) de un hospital de referencia funge como un elemento sustantivo tanto del nivel de calidad de atención sanitaria como de la eficiencia de su desempeño. Se trata de un servicio de gran complejidad que, desde el momento mismo de la llegada del paciente y de su recepción en el servicio de admisión continua (SAC) hasta que es derivado a la unidad de servicio hospitalario que el diagnóstico indique, requiere la puesta en práctica de altos niveles de estandarización asistencial y organizativa con propósito de asegurar las mejores prácticas. En este contexto, cualquier falla en los protocolos de atención repercute no sólo en los estándares de calidad hospitalaria sino en la propia seguridad del paciente, incluido el tiempo de demora intrahospitalaria (TDIH) —lapso temporal transcurrido desde la recepción del paciente en el SAC hasta su ingreso hospitalario, realizado por la enfermera del servicio— objeto de estudio del presente trabajo. Se espera, a partir de los resultados obtenidos, que la institución genere un modelo de gestión de camas asociado a la mejora de los mecanismos para evitar altas diferidas por razones no médicas que contribuirá a incrementar la eficiencia del SAC, a minimizar el número de incidencias que repercuten en el alargamiento del TDIH y, por tanto, a optimizar el desempeño organizacional y asistencial de la entidad hospitalaria. **Metodología:** La investigación es un estudio transversal descriptivo no experimental enfocado al análisis de variables — dependiente: incidencias asociadas al tiempo de demora intrahospitalaria; independientes: gestión de camas —. **Principales resultados:** Las incidencias asociadas al tiempo de demora intrahospitalaria en relación a la gestión de camas tiene su origen en: la falta de envío del expediente clínico desde la entidad de referencia, problemas en el procedimiento de admisión derivados de la falta de personal lo que ralentiza todo el procedimiento, adicionando la falta de coordinación y comunicación entre las áreas involucradas, lo que repercute seriamente en la calidad de atención al paciente al generar un alto grado de incomodidad e insatisfacción.

Palabras clave: demora intrahospitalaria, gestión de camas, incidencias.

Introducción

El área de atención ambulatoria (AAA) de un hospital regional de alta especialidad funge como un elemento sustantivo general tanto del nivel de calidad de atención sanitaria como de la eficiencia de su desempeño. El caso que aquí se trata remite a un hospital público de tercer nivel de alta especialidad, ubicado en la Ciudad de México que recibe a pacientes de referencia de hospitales de segundo nivel fungiendo como centro de concentración de los servicios de salud de todo el país, por lo que atiende diariamente a un gran número de pacientes de toda condición social y económica. En tal escenario, el AAA refiere a un servicio de gran complejidad que, desde el momento mismo de la llegada del paciente y de su recepción en el servicio de admisión continua (SAC) hasta que es derivado a la unidad de servicio hospitalario que el diagnóstico indique, requiere la puesta en práctica de altos niveles de estandarización asistencial y organizativa con propósito de asegurar las mejores prácticas (Izco, 2014), sin importar si el paciente ingresa al AAA referido desde una entidad periférica o a través del área de atención a urgencias (AAU). En este contexto, cualquier falla en los protocolos de atención repercute no sólo en los estándares de calidad hospitalaria sino en la propia seguridad del paciente, incluido el tiempo de demora intrahospitalaria (TDIH) —lapso temporal transcurrido desde la recepción del paciente en el SAC hasta su ingreso hospitalario, realizado por la enfermera del servicio— objeto de estudio del presente trabajo.

Son numerosas las investigaciones que afirman que los elevados niveles de demora intrahospitalaria tienen su origen en la saturación derivada de la sobrecarga de pacientes y, de modo particular, de la afluencia de éstos en el AAU. Factor, el de la saturación del servicio, íntimamente ligado a la demora en el ingreso hospitalario de dichos pacientes una vez que han sido diagnosticados. En términos genéricos, la literatura coincide en señalar como proporcionalmente directa la relación entre saturación y demora y, proporcionalmente inversa, la establecida entre saturación/demora y calidad asistencial/satisfacción del paciente (Izco, 2014; Sánchez & Bueno, 2005; Grondona, 2007; Hoot et al, 2008; Flores, 2011; Ortiz, 2014; Serrano, 2012 y Ojeda, 2016, entre otros). Ambas correspondencias impactan negativamente no sólo en los niveles de

eficiencia de la entidad de atención hospitalaria sino, y principalmente, en la evolución y pronóstico de los pacientes a su cuidado (Sesma, 2010; Ojeda, 2016). Al respecto, Hoot et al (2008), señalan como causas relevantes del incremento de la demora en el ingreso los retrasos del propio procedimiento de ingreso y la falta de disponibilidad de camas hospitalarias, tesis a la que se apega el trabajo que aquí se presenta al demostrar la existencia de vínculos claros entre el TDIH y los bajos niveles de eficiencia de los procesos de gestión de camas y alta diferida por causas no médicas.

El CISS (2011), indica que en México son “desconocidos los factores que condicionan la demora intrahospitalaria y, por ende, la importancia relativa de cada uno de ellos” y cita como posibles causas de la misma problemas administrativos durante el proceso de admisión, ineficacia de los sistemas de triaje, limitaciones de espacio físico y personal frente a incrementos notables en la demanda de asistencia médica y diagnóstico clínico tardío. Ojeda (2016), añade la necesidad de considerar factores tan disímiles como la franja horaria, el número de ingresos, el grado de actividad del SAC y del AAA y el nivel de ocupación del hospital, entre otros. Por su parte, Flores (2011) reitera la importancia del rol de los factores internos de la entidad —falta de disponibilidad de camas y de personal o fallas de protocolo en el ingreso programado, entre otros— en el alargamiento de TDIH, lo que permite retomar la tesis de Hoot et al (2008) y reafirmar lo expuesto por Miró et al (2003), para rechazar de la teoría tradicional que asocia el TDIH con el exceso de demanda, es decir, niveles de saturación del AAA y de ocupación de la entidad muy altos. Izco (2014), sintetiza lo anterior y resume la tesis central del presente trabajo, al afirmar que, en último término, es posible relacionar el TDIH y, por tanto, el ingreso del paciente con la disponibilidad de camas de la unidad hospitalaria, cuyo déficit —en caso de existir— debería poder subsanarse con una adecuada gestión de las mismas sin necesidad de recurrir, por ejemplo, a suspender admisiones programadas para favorecer el ingreso de pacientes urgentes.

Sin embargo, y pese al consenso de la literatura en este rubro, lo cierto es que la disponibilidad de camas continúa siendo escasa, lo que repercute negativamente en la actividad global de la entidad hospitalaria y deteriora tanto su efectividad como su calidad (Martínez et al, 2012), especialmente cuando deriva de fallas en los protocolos de

actuación o de una gestión ineficiente —incremento de altas diferidas por razones no médicas, fallas en la coordinación de los procedimientos de limpieza y preparación de cuartos, cambio de turnos, etc. —, incrementando el déficit funcional y organizativo del hospital (Izco, 2014) y, por ende, el TDIH para el ingreso efectivo del paciente.

De acuerdo a lo expuesto, el presente trabajo supone un primer acercamiento a la preocupación que la entidad objeto de este estudio ha demostrado en los últimos tiempos respecto a los elevados niveles del TDIH y el grado de incomodidad e insatisfacción que genera en sus usuarios. Se espera, a partir de los resultados obtenidos, generar un plan de mejora —presentado en un segundo trabajo posterior al presente—, que contribuya a la modernización de la entidad de modo acorde a las necesidades actuales de la medicina y las macrotendencias mundiales, desde la certeza de que la construcción de un modelo de gestión de camas asociado a la mejora de los mecanismos para evitar altas diferidas por razones no médicas, contribuirá a incrementar la eficiencia del SAC, a minimizar el número de incidencias que repercuten en el alargamiento del TDIH y, por tanto, tal y como sugiere Serrano (2012), a optimizar el desempeño organizacional y asistencial de la entidad hospitalaria objeto de este estudio.

Metodología

La investigación se planteó inicialmente como un estudio transversal enfocado al análisis de variables —dependiente: incidencias de ingreso; independientes: gestión de camas— en un momento del tiempo para, posteriormente, avanzar hacia un diseño explicativo, causal, descriptivo no experimental. Inició, así mismo, con una exhaustiva revisión bibliográfica a partir de varios motores de búsqueda especializados —FreeMedicalJournals.com, PubMedCentral y BiomedCentral, entre otros—, acompañada de la revisión de documentación del propio hospital objeto de estudio y de la interpretación de los datos a partir de la amplia trayectoria profesional y experticia del autor. La población a analizar se determinó a partir del censo de pacientes del SAC del hospital objeto de estudio, que presentaron incidencias —criterio de inclusión—, durante el periodo comprendido entre el 6 de enero y el 30 de septiembre de 2019, obteniéndose una muestra de 993 pacientes, sin que se utilizara sobre ella criterio de exclusión alguno. Siguiendo a Quiroz (2007), la información fue recopilada mediante el uso de un

formato específicamente diseñado para la identificación de datos relevantes —nombre del paciente; cama asignada; fecha de ingreso; servicio; hora de recepción; hora de ingreso; tiempo de espera y tipo de incidencia—; recolectada mediante instrumentos manuales y electrónicos —en formato de Excel y archivos de texto— y, finalmente, presentada a través de esquemas gráficos y tabulares. Por lo que respecta al procesamiento de los datos, al tratarse de un primer acercamiento que se desea ampliar con trabajos de mayor alcance, se seleccionó un procedimiento metodológico de carácter mixto, combinando rasgos tanto cualitativos como cuantitativos de análisis con el fin de obtener, en el primer caso, información objetiva y, en el segundo, de contextualizar dicha información a través de la interpretación de la misma. Con el propósito de tabular las respuestas y organizar la información obtenida de la medición cuantitativa, se procesó la información a través de medios electrónicos y se aplicaron técnicas estadísticas de análisis nominal simple. Para la interpretación y análisis de los resultados arrojados por el censo de pacientes se llevó a cabo un procedimiento tabular que permitió organizar la información en categorías y consolidar los resultados respectivos. Por lo que respecta a la medición cualitativa, basada en la observación y experticia del autor, permitió indagar detalladamente tanto en las fortalezas como en las debilidades de las áreas asociadas a la medición de la demora del ingreso hospitalario de pacientes ambulatorios, siendo el complemento adecuado para matizar el análisis cuantitativo. Finalmente, se llevaron a cabo los trabajos de análisis, síntesis e interpretación de los datos obtenidos, con el fin de responder a las interrogantes. Igualmente, se realizaron trabajos de estadística descriptiva para las variables y se describió una distribución de frecuencias presentada en forma tabular.

El hospital de referencia

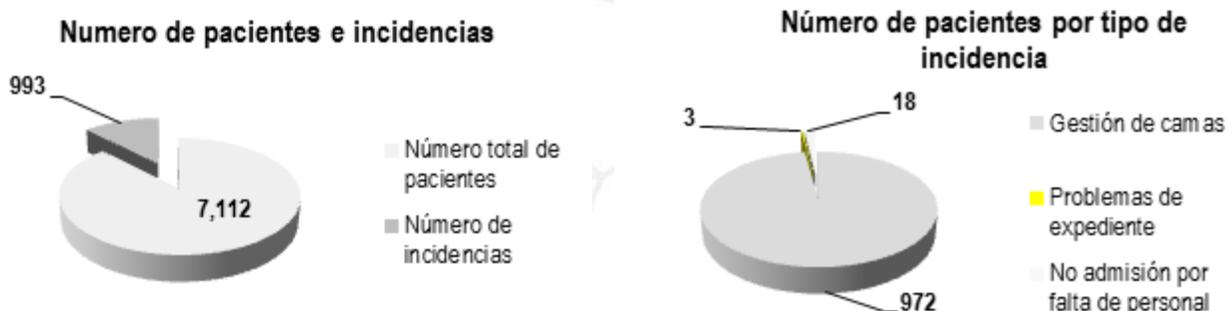
Con el propósito de contextualizar los resultados de la investigación, se describen seguidamente, de manera sintética, las características de mayor relevancia del hospital objeto de estudio. Se trata de un hospital público de referencia, perteneciente al último nivel de la sanidad pública, que cuenta con una superficie de más de 23 mil metros cuadrados y 75 mil 462 metros cuadrados de construcción en sus siete edificios: hospitalización, consulta externa, enseñanza e investigación, estacionamiento, centro de mezclas, almacenes y un helipuerto de reciente puesta en operación. Actualmente cuenta, así mismo, con 104

consultorios, 18 quirófanos, 377 camas censables y 145 no censables y, una dotación de tres mil 194 recursos humanos: 524 médicos; un mil 248 enfermeras; 578 paramédicos; 604 administrativos y 189 elementos de confianza. Adicionalmente, ofrece formación a 326 residentes de distintas especialidades y subespecialidades médicas (Monitor Informativo, 2016).

Análisis de resultados

Con el fin de comparar los indicadores de gestión de cama hospitalaria se seleccionó una muestra sistemática, de los ingresos hospitalarios que, en el AAA registraron algún tipo de incidencia. En el lapso de tiempo correspondiente al presente trabajo de investigación, comprendido entre el 6 de enero y el 30 de septiembre de 2019, el SAC recibió a 7,112 pacientes ambulatorios, con 993 —14%— de los cuales se presentó algún tipo de incidencia relativa al ingreso hospitalario [v. fig.1]. De ellas, el 97.88% —972 pacientes— correspondió a problemas de gestión de cama; el 0.30% —3 pacientes—, todos ellos referidos de consulta externa, demoraron su ingreso debido a la falta de envío de expediente clínico desde la entidad de origen; finalmente, el 1.81% —18 pacientes—, se enfrentaron a problemas en el procedimiento de admisión derivados de la falta de personal [v. fig. 2]. Porcentajes consistentes con los trabajos de Basteiro & Martínez (2009), de acuerdo a los cuales la saturación de pacientes en el AAA se origina debido a la larga ocupación de los pacientes de los espacios del área citada mientras esperan asignación de cama, ralentizando el drenaje del espacio.

Figura 1 (izquierda) Número de pacientes e incidencias
Figura 2 (derecha) Número de pacientes por tipo de incidencia



Fuente. Elaboración propia.

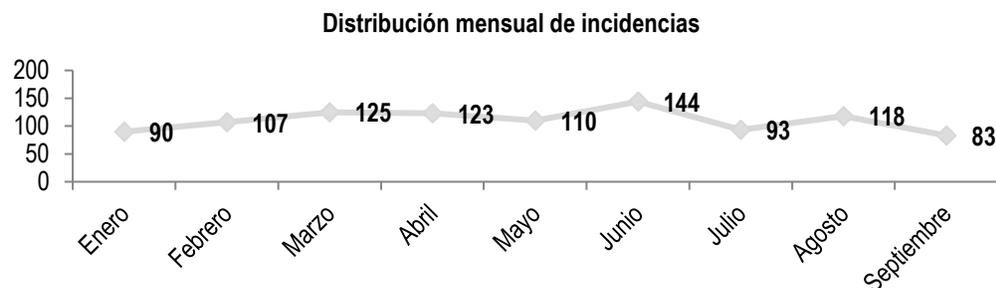
En lo que respecta a la distribución de incidencias, de los 274 días contabilizados, 193 —70.43%— registraron algún tipo de incidencia y únicamente 81 —29.56%— no registraron incidencia alguna. Respecto al número de incidencias por día, los meses de abril y mayo contabilizaron 11 días sin demoras notables asociadas al tiempo de ingreso intrahospitalario —36.66% y 35.48%, respectivamente—, en tanto que el mes de junio contabilizó sólo cinco días —16.66%—. El promedio mensual de días sin incidencias fue de 10.12 —33.73%—días sin incidencia por mes. Respecto a la distribución de incidencias por mes, junio registró la frecuencia más alta con 144 —14.50%— y, septiembre, la más baja con 83 —8.36%—, con un promedio mensual de 110. En la distribución diaria, se obtuvo un promedio de 5.5, con un máximo de 17 incidencias/día, asociado a un alto nivel de saturación del SAC, y un mínimo de 1 incidencia/día, con una frecuencia de 20 días de los 193 contabilizados.

Tabla 1
Distribución mensual de incidencias

Mes	Número de incidencias	Porcentaje de incidencias	Mes	Número de incidencias	Porcentaje de incidencias
Enero	90	9.06%	Junio	144	14.50%
Febrero	107	10.78%	Julio	93	9.37%
Marzo	125	12.59%	Agosto	118	11.88%
Abril	123	12.39%	Septiembre	83	8.36%
Mayo	110	11.08%			

Fuente. Elaboración propia.

Figura 3
Distribución mensual de incidencias.



Fuente. Elaboración propia.

Si bien no pudo encontrarse un estudio similar que manejase datos de frecuencia diaria/mensual en este tipo de incidencias para establecer comparaciones, puede abordarse el dato en relación al índice de ocupación hospitalaria que, para el hospital objeto de estudio fue, en el año 2019, del 66%. De acuerdo a la Secretaría de Salud, el indicador desempeño número 47, *porcentaje de ocupación hospitalaria*, un porcentaje de ocupación menor al 85% —15% de reserva hospitalaria— señala una capacidad instalada ociosa y un bajo nivel de desempeño en cuanto a eficiencia. (Secretaría de Salud, s/f). En otros términos, la tasa de ocupación del 66% indica que la capacidad del hospital no debiera de verse comprometida para reaccionar adecuadamente a picos súbitos de demanda y, por tanto, un promedio de 5.5 incidencias/día sólo puede significar ineficiencia en la gestión de asignación de camas hospitalarias, por lo que el excesivo tiempo de demora intrahospitalario se debe, tal y como se ha expuesto previamente, a factores internos más que a niveles altos de saturación.

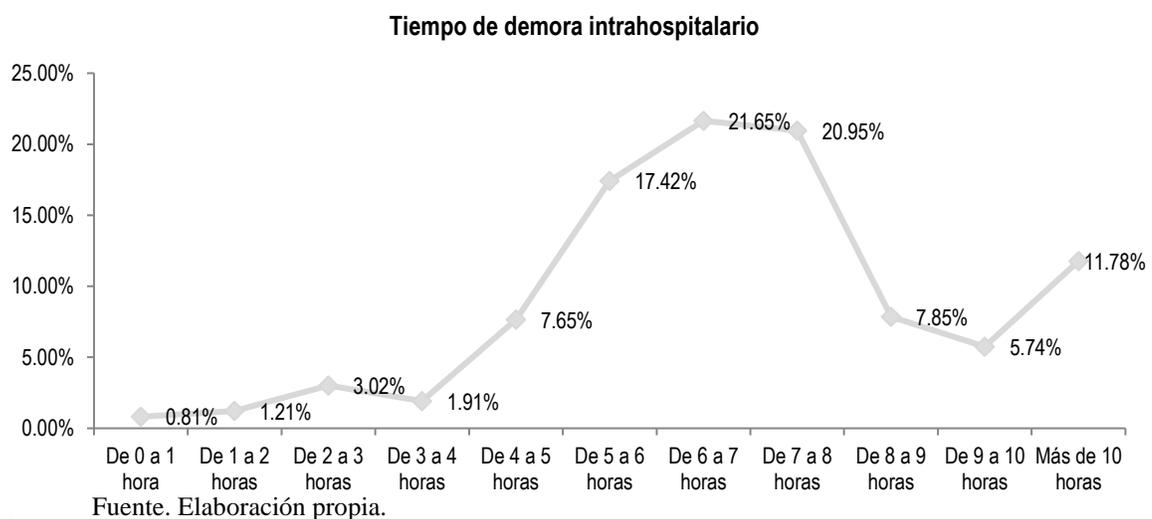
En relación a este último elemento, el tiempo de demora intrahospitalario (TDIH) se define como el lapso temporal que el paciente permanece en el AAA antes de su ingreso al servicio al que haya sido canalizado tras su diagnóstico, contabilizado desde el momento de recepción del paciente en el SAC hasta la hora exacta de su hospitalización, anotada por el personal de enfermería del servicio al que el paciente es referido (Castiella, Valdearcos & Alquezar, 1997). Dicho tiempo fue, en el 8% de los pacientes, inferior a una hora y, en el 11.78%, superior a 10 horas. El 1.21% de los pacientes esperó entre 1 y 2 horas; el 3.02%, entre 2 y 3 horas; el 1.91%, entre 3 y 4 horas; el 7.65%, entre cuatro y cinco horas; el 17.42%, entre cinco y seis horas; el 21.65%, entre seis y siete horas; el 20.95%, entre siete y ocho horas; el 7.85%, entre 8 y 9 horas; el 5.74%, entre 9 y 10 horas. El promedio de tiempo de demora intrahospitalario fue de 6 horas y media, muy superior al recomendado por la OMS, que lo cifra en 4 horas [v. tabla 2 y fig. 4].

Tabla 2
Tiempo de demora intrahospitalario

Rango de tiempo	N° de pacientes	% de TDIH	Rango de tiempo	N° de pacientes	% de TDIH
De 0 a 1 hora	8	0.81%	De 6 a 7 horas	215	21.65%
De 1 a 2 horas	12	1.21%	De 7 a 8 horas	208	20.95%
De 2 a 3 horas	30	3.02%	De 8 a 9 horas	78	7.85%
De 3 a 4 horas	19	1.91%	De 9 a 10 horas	57	5.74%
De 4 a 5 horas	76	7.65%	Más de 10 horas	117	11.78%
De 5 a 6 horas	173	17.42%			

Fuente. Elaboración propia.

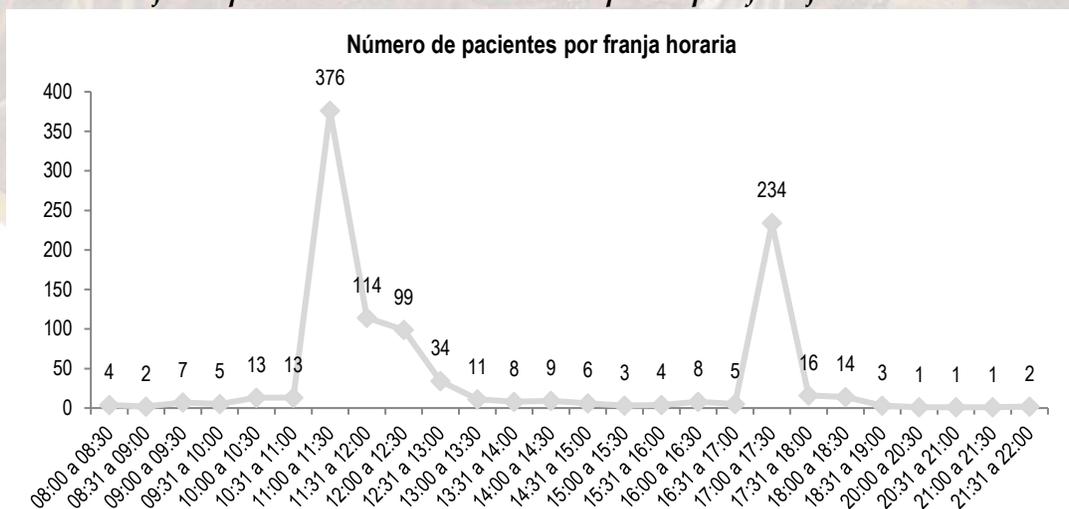
Figura 4. TDIH en el SAC antes del ingreso hospitalario



En lo que se refiere a la recepción de pacientes por franja horaria, el 37.86% —376 pacientes— corresponde al lapso comprendido entre las 11:00 y las 11:30 h; el 23.56% —234 pacientes—, a la franja comprendida entre las 17:00 y las 17:30h y, el 11.48% —114 pacientes—, accedió al hospital entre las 11:30 y las 12:00 h. Lo que sitúa al periodo comprendido entre las 11:00 y las 12:00 —49.34% de los pacientes— es decir al inicio del turno matutino —de 11:00 a 13:00 h— de recepción de pacientes en el área de hospitalización, mientras que el 23.56% de los mismos lo hizo durante la primera hora del turno vespertino —de 17:00 a 19:00h—. Adicionalmente, el 4.43% —44 pacientes— accedió al área de recepción antes de la apertura del turno matutino —entre las 8:00 y las

10:59 h—; el 4.33% —43 pacientes—, lo hizo entre ambos turnos —entre las 13:01 y las 16:59 h— y, finalmente, el 0.80% —8 pacientes—, accedió al área de recepción tras el cierre del turno vespertino —entre las 19:01 y las 22:00 h—. [v. fig.5].

Fig. 5
Flujo de pacientes en el área de recepción por franja horaria



Fuente. Elaboración propia

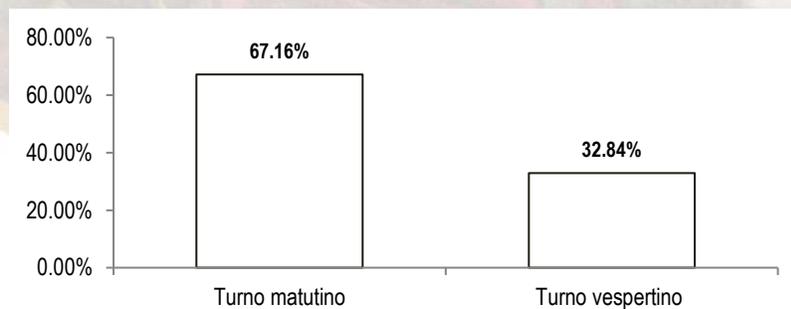
Por lo que respecta a la distribución de pacientes por turno, el 67.16% —667 pacientes—, corresponde al turno matutino y, el 32.84% restante —326 pacientes— al vespertino [v. tabla 3, fig. 6].

Tabla 3
Distribución de pacientes por turno y franja horaria.

Turno	Número de pacientes	Porcentaje de pacientes
Matutino	667	67.16%
8:00 a 10:59	44	6.59%
11:00 a 11:30	376	56.37%
11:31 a 12:00	114	17.09%
12:01 a 12:30	99	14.84%
12:31 a 13:00	34	5.09%
Vespertino	326	32.84%
13:01 a 16:59	43	13.19%

17:00 a 17:30	234	71.77%
17:31 a 17:59	16	4.90%
18:01 a 18:30	14	4.29%
18:31 a 19:00	3	0.92%
19:01 a 22:00	8	2.45%

Fig. 6
Distribución de pacientes por turno



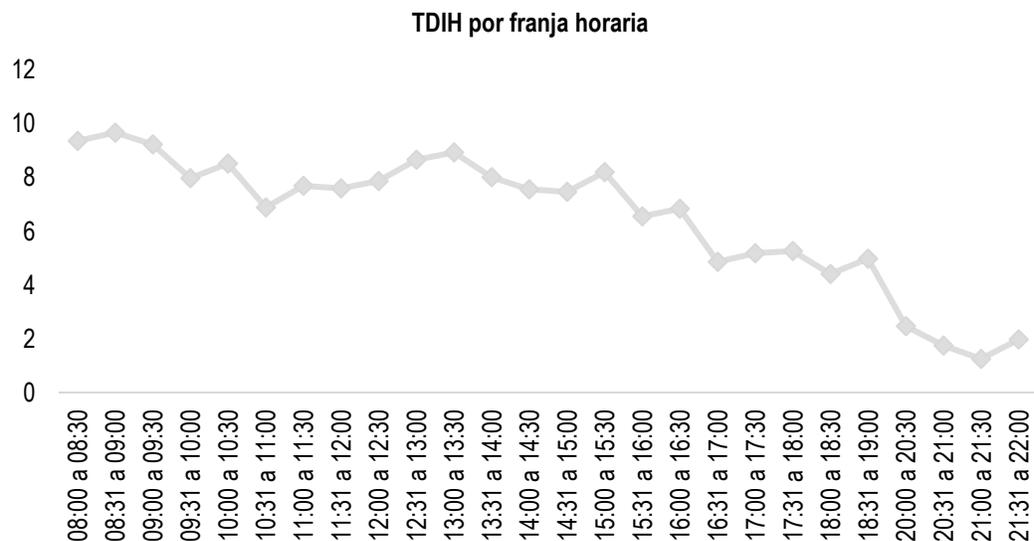
Fuente. Elaboración propia

Tal y como puede apreciarse en los gráficos, algo más de las dos terceras partes de los pacientes atendidos accede al hospital en el turno matutino y, de ellos, más de la mitad —56.37%— lo hizo en los primeros 30 minutos del turno. Lo mismo sucede en el turno vespertino, donde el 71.77% se registra en el área de recepción durante la primera media hora del turno. De lo anterior, pueden extraerse dos conclusiones: en primer lugar existe un mayor grado de saturación en el turno matutino que en el vespertino y, en segundo término, en ambos turnos los mayores niveles de saturación aparecen al principio de los mismos. Puede percibirse, pues, un claro desequilibrio en la distribución de pacientes por turno y, si bien, no se cuenta con datos sobre el número de pacientes referidos y el número que solicita su ingreso a través del área de urgencias, cabe suponer tendrían ingreso asignado, lo que indica la necesidad de analizar los procesos de asignación de ingreso hospitalario en pacientes referidos para evitar los altos índices de saturación en franjas horarias determinadas y, por ende, el alargamiento de los tiempo de espera del paciente para su ingreso.

Respecto a los tiempos de espera por franja horaria, es decir, el tiempo transcurrido entre el registro en el SAC y su registro en el servicio

hospitalario asignado, el promedio de TDIH fue de 6 horas con 37 minutos, muy superior a lo indicado por la OMS. El TDIH más alto, 8 horas con treinta y seis minutos, corresponde a los pacientes registrados entre las 8:00 y las 11:00 h, es decir, aquellos que accedieron al SAC antes de la apertura del turno matutino; el promedio de TDIH promedio para pacientes registrados durante el turno matutino fue de 8 horas y 7 minutos, es decir, inferior en media hora al de los pacientes del rango anterior. El TDIH promedio para los pacientes que se registraron en el SAC entre el turno matutino y es vespertino fue de 7 horas, una hora menos que los pacientes del turno matutino y hora y media menos que aquellos registrados antes del inicio del primer turno. Respecto al turno vespertino, el promedio de TDIH fue de 5 horas con siete minutos, sensiblemente inferior a los promedios anteriores y, finalmente, para pacientes registrados en el SAC tras el cierre del turno vespertino, el TDIH fue de 2 horas con 1 minuto, seis horas y media menos que los pacientes que accedieron al SAC antes del inicio del primer turno. Por franja horaria, el mayor TDIH correspondió a los pacientes registrados entre las 8:31 y las 9:00 h, con un promedio de 9 horas cuarenta minutos de espera y el menor TDIH, 1 hora con 15 minutos, a los pacientes registrados entre las 21:00 y las 21:30 horas. La figura 7 permite percibir como el TDIH desciende a medida que avanza el día.

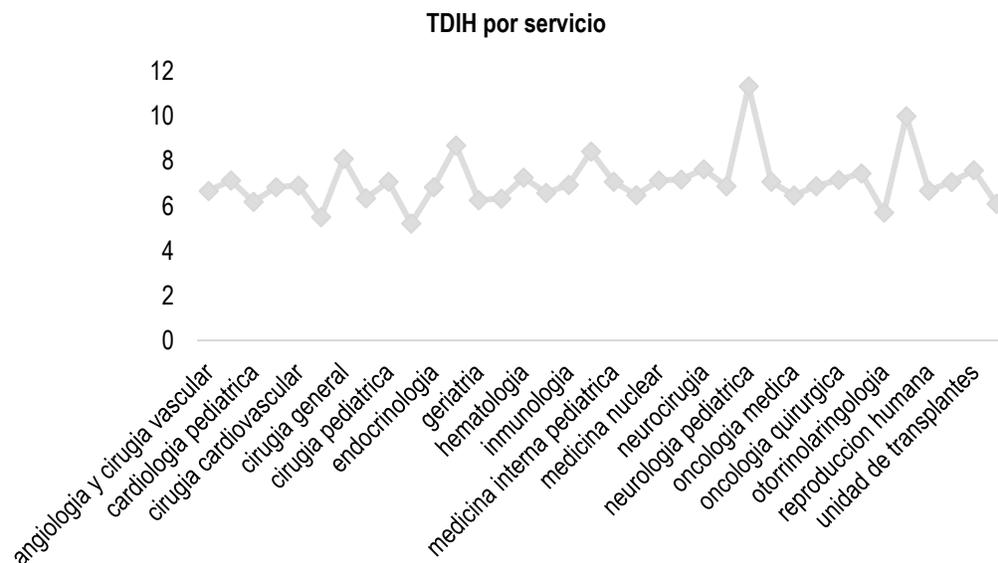
Fig. 7
TDIH por franja horaria



Fuente. Elaboración propia.

En relación al promedio de TDIH por servicio, fue de 7 horas con un minuto, aun cuando el TDIH más alto correspondió al único paciente referido al servicio de neurología pediátrica, con una demora de 11 horas 20 minutos, seguido del único paciente adscrito al servicio de radioterapia, con 10 horas de demora y, en tercer lugar, los pacientes referidos a gastroenterología, con un TDIH promedio de 8 horas con 42 minutos; el único paciente adscrito al servicio de medicina interna, tuvo un TDIH de 8 horas veintiséis minutos y, finalmente, el quinto TDIH más alto corresponde a los 34 pacientes referidos al servicio de cirugía general, cuyo promedio fue de 8 horas seis minutos. Los pacientes asignados al servicio de cirugía plástica y reconstructiva fueron los que presentaron un menor TDIH, con un promedio de cinco horas 13 minutos de demora, seguidos de los pacientes referidos a cirugía de tórax y otorrinolaringología, con TDIH promedio de cinco horas treinta minutos y cinco horas 42 minutos, respectivamente [v. fig.8].

Fig. 8
TDIH por servicio



Fuente. Elaboración propia.

Tal y como se expuso previamente, de entre las incidencias asociadas al TDIH, el 97.88% de las mismas corresponden a la gestión de camas [v. fig. 2], y, de ellas, sólo en el 0.20% de los casos —2 pacientes— la incidencia se relacionó con problemas de mantenimiento —falta de

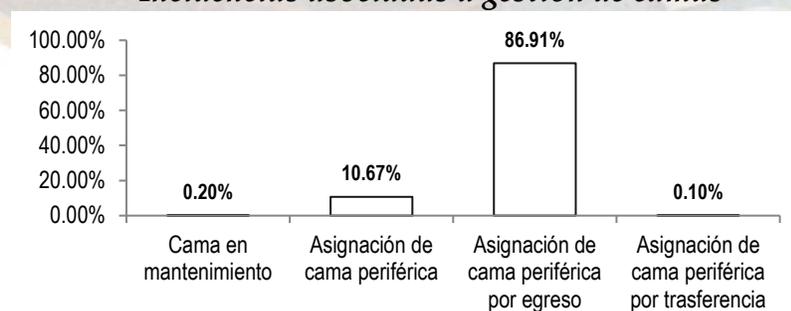
limpieza y desinfección— del mobiliario, lo que indica un correcto desempeño y adecuada coordinación entre el circuito hospitalario y el de mantenimiento (Bastero & Martínez, 2012). El resto de los casos, 99.80% de las incidencias asociadas a gestión de camas y, 97.68% del total de la muestra, se debió a falta de disponibilidad —970 pacientes de los 993 de la muestra—, por lo que se recurrió a la asignación de camas de acuerdo a la siguiente distribución: al 86.91% de los casos —863 pacientes— se les asignó cama periférica por egreso, es decir, una cama censable y en servicio, instalada en el área de hospitalización, asignada administrativamente a un servicio diferente al que solicita el ingreso, que entrará en situación de disponibilidad una vez que se efectúe el alta programada del paciente que la ocupa. El elevado número de casos de DTIH asociado a problemas de alta diferida viene a coincidir con lo expuesto por Mendoza et al. (2012), para quienes la demora de alta efectiva por motivos no médicos constituye un problema recurrente en buena parte de los grandes hospitales españoles, pero también en los británicos, suecos y, estadounidenses, entre otros. Dicha demora, derivada del uso ineficiente de la gestión de camas, genera a juicio de los autores una elevada pérdida global de días útiles de hospitalización. Indica, así mismo, el fracaso administrativo de la entidad en los procedimientos de planificación del alta mismo que debe iniciarse desde el momento mismo del ingreso del paciente en la institución (Manzano-Santaella, 2012; Bastero & Martínez, 2012; Mendoza et al, 2012). En segundo lugar, al 10.67% —106 pacientes— de los casos, se le asignó cama periférica, esto es, una cama censable en servicio instalada en el área de hospitalización, asignada administrativamente a un servicio diferente al que solicita el ingreso pero en situación de disponibilidad. Se trata de los denominados ingresos ectópicos o transferencia de pacientes a la primera cama disponible independientemente del servicio en que ésta se ubique (Bastero & Martínez, 2012). Finalmente, al 0.10% de los casos —1 paciente— se le asignó cama por transferencia, es decir, una cama censable y en servicio, ubicada en el área de hospitalización que entrará en situación de disponibilidad una vez que se traslade al paciente que la ocupa a otro servicio, preferiblemente a una cama no censable [v. tabla 4 y fig.9].

Tabla 4

Tipo de incidencias: Gestión de camas

Tipo de incidencias	Número de incidencias	Porcentaje de incidencias
Cama en mantenimiento	2	0.20%
Cama periférica	106	10.67%
Cama periférica por egreso	863	86.91%
Cama periférica por transferencia	1	0.10%

Fig. 9

Incidencias asociadas a gestión de camas**Discusión**

Es evidente que el nivel del TDIH obtenido como resultado de este estudio, supera con creces el valor recomendado por la OMS, cifrado en un máximo de cuatro horas. De acuerdo al CISS (2011) no existe en la literatura un consenso claro respecto a este indicador aun cuando, Izco (2014) afirme que se trata de una situación nacional, compleja, multifactorial, que existe desde hace años y, en general, conocida por las organizaciones que operan en circunstancias similares. Sin embargo, el CISS (2011) indica que, en general, el TDIH para recibir atención —que en el caso aquí tratado incluye el ingreso hospitalario— es considerado razonable siempre y cuando no genere inconvenientes adicionales a los provocados por el proceso patológico que llevó a la persona a buscar ayuda médica. Tal afirmación es cuando menos cuestionable desde el momento en que no considera inconvenientes adicionales los sentimientos de incomodidad e insatisfacción que una demora prolongada puede ocasionar al paciente dado que, en su opinión, no existen en el país evidencias que asocien el nivel de insatisfacción del usuario a la espera prolongada para recibir atención médica. Una teoría que contradice, absolutamente, a la totalidad de los autores previamente

citados. El CISS (2011) añade, igualmente, que la carencia de mediciones sólidas y sistemáticas de los tiempos de demora en instituciones mexicanas de salud posibilita cuestionar si el nivel de los mismos en dichas instituciones es, o no, razonable. Reconoce, sin embargo, que estudios relevantes en la materia ubicados en contextos nacionales, permitirían mejorar la eficiencia de los servicios hospitalarios públicos. De acuerdo a ello, los resultados obtenidos no sólo ofrecen información pertinente en relación a la DTIH en una institución pública de salud sino que —tal y como se expondrá en un segundo trabajo— permiten detectar áreas de oportunidad para mejorar la eficiencia de dichos servicios, en relación a la construcción de un modelo de circuito de gestión de camas asociado a mecanismos de alta diferida que minimicen la DTIH en el hospital objeto de este estudio y, por ende, incrementen el nivel de satisfacción de sus usuarios.

Por otra parte, resulta evidente a partir de los resultados extraídos que el TDIH está estrechamente ligado a la falta de eficiencia en la gestión de camas hospitalarias y, en un segundo término, al impacto que sobre dicha gestión generan los procesos de alta diferida por motivos no médicos (Bastero & Martínez, 2012; Mendoza et al., 2012), dado que 86.91% de las incidencias presentadas asociadas a falta de disponibilidad de cama les fue asignada una cama periférica por egreso, es decir, en situación de no disponibilidad debido a la ocupación de un paciente con alta clínica no efectuada. Las causas que originan retrasos en la aplicación efectiva del alta no se recogen en el presente análisis¹, pero independientemente de su naturaleza, implican un severo déficit en los mecanismos de información y comunicación hospitalaria, mismo que de acuerdo a Izco (2014) puede incrementarse en momentos de saturación, por lo que la continuidad del cuidado no queda garantizada en el lapso temporal que transcurre entre el momento de llegada del paciente al SAC y el de su ingreso hospitalario.

Conclusiones

Existe un evidente interés en la entidad hospitalaria por reducir los niveles del TDIH con propósitos de dinamizar la gestión del SAC y del AAA y, en consecuencia, de minimizar el grado de insatisfacción e incomodidad de los pacientes a su cuidado tras largas, —a menudo

¹ Para mayor información sobre el tema consultar Mendoza et al, 2012.

dolorosas y siempre inciertas— horas de espera para recibir, en el área de hospitalización, la atención requerida. Ello sólo podrá conseguirse mediante el diseño e implementación de un plan de mejora que ayude a definir las responsabilidades y los mecanismos de actuación de todos los involucrados en las áreas del SAC y AAA. Plan que, a juicio de Izco (2014) debería contribuir igualmente a optimizar los canales de coordinación y comunicación entre el personal de las citadas áreas y el de los servicios hospitalarios con el propósito de reducir el TDIH desde el momento en que se recibe la orden de ingreso hasta el momento mismo en que dicho ingreso se hace efectivo. Lo anterior desde la consideración de que toda reducción del TDIH no sólo repercutirá, directamente y con efectos benéficos, en la calidad de la atención al paciente, sino que contribuirá a facilitar la labor de todo el personal médico-sanitario involucrado en los procesos citados.

Referencias

Bastero, C. & Martínez, L. (2009). *La optimización de los circuitos hospitalarios en la gestión de camas*. Trabajo de fin de Master en Administración y Cuidados en Enfermería. Escuela de Enfermería Santa Madrona. Recuperado el 23 de abril de 2017. [[Link](#)]

Castiella, J., Valdearcos, S. & Alquezar, L. (1997, diciembre). “Análisis de las causas que motivan una excesiva demora prehospitolaria de pacientes con infarto agudo de miocardio en la provincia de Teruel”. *Revista Española de Cardiología*, 50(12), 860-69. Recuperado el 2 de mayo de 2017. [[Link](#)]

Centro de Investigación en Servicios de Salud (2011). *Tiempos de espera y productividad en rastreadores clínicos seleccionados en hospitales del sector público*. Informe. Cuernavaca: CISS. Recuperado el 5 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Flores C. (2011). “La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad”. *Emergencias*. (23): 59-64. Recuperado el 7 de mayo de 2017. [[Link](#)]

Hot, N.R. & Aransky D. (2008). “Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions”. *Annals of*

Emergency Medicine. (52):126-136. Recuperado el 4 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Izco, A. (2014). *Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias*. Proyecto de fin de master. Universidad Pública de Navarra. Recuperado el 4 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Manzano-Santaella, A. (2010). "From bed blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept". *Health Service Rescue*, (23): 121-127. Recuperado el 9 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Martínez C.M., Fernández C, González del Castillo J, González Armengol J.J, Villarroel P, Martín-Sánchez F.J. (2012). "Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de urgencias". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. (35):207-217. Recuperado el 12 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Mendoza, E., Navarroa, A., Sánchez-Quijanoa, A., Villegas, A., Asencioa, R & Lissen, E. (2012). "Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos". *Revista Clínica Española*. 212 (5). [[Link](#)]

Miró O, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón J.M., Sánchez M. (2003). "Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario". *Medicina Clínica (Barcelona)*. 126(19):736-9. Recuperado el 12 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Sánchez J & Bueno A. (2005). "Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario". *Emergencias*. (17): 138-144. Recuperado el 11 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Sesma J & Miró O. (2010). "Urgencias y emergencias al servicio del ciudadano". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. (33, Suplemento 1):7-11. Recuperado el 11 de mayo de 2017. [[Link](#)].

Serrano, MA. (2012). *Demora prehospitalaria, intrahospitalaria y tiempo de re perfusión en pacientes con infarto de miocardio con supradesnivel del st. Factores determinantes y su impacto en la morbimortalidad a corto plazo. Estudio prospectivo en pacientes internados en la unidad de cuidados coronarios del hospital Carlos Andrade Marín entre los meses de abril a julio de 2011*. Disertación para obtener el título de médico

cirujano. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado el 11 de mayo de 2017 [[Link](#)].

Ojeda, M.A. (2016). *Gestión integral de ingreso hospitalario del paciente ambulatorio*. Tesis de titulación para el Master en Dirección y Gestión de Servicios de Salud de la OISS. Madrid.



Glosario de términos

Cama periférica	Cama periférica por egreso, es decir, una cama censable y en servicio, instalada en el área de hospitalización, asignada administrativamente a un servicio diferente al que solicita el ingreso, que entrará en situación de disponibilidad una vez que se efectúe el alta programada del paciente que la ocupa.
Entidad periférica	Hospitales ubicados fuera de la Ciudad de México que refieren a sus pacientes para evaluación diagnóstica o de tratamiento al hospital objeto de estudio (hospital de referencia).
Déficit funcional del hospital	En condiciones de saturación o de falta de personal los hospitales no alcanzan a realizar en el tiempo debido las funciones que les corresponden: triaje, preparación de camas, etc.
Drenaje hospitalario	Liberación de camas hospitalarias por egreso de paciente.
Hospital de referencia	Hospitales que atienden a pacientes a partir de una solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.
Incidencia	Porcentaje de incidentes médicos que ocurren en un hospital.
Ingreso ectópico	Ingresos ectópicos o transferencia de pacientes a la primera cama disponible independientemente del servicio en que ésta se ubique.
Saturación	El número de pacientes supera el número de camas del hospital y de personal de atención.
Tiempo de demora intrahospitalaria	Se define como el lapso temporal que el paciente permanece en el AAA antes de su ingreso al servicio al que haya sido canalizado tras su diagnóstico, contabilizado desde el momento de recepción del paciente en el SAC hasta la hora exacta de su hospitalización, anotada por el personal de enfermería del servicio al que el paciente es referido.
Triaje	La palabra triaje en la terminología sanitaria se refería a la clasificación de los heridos, sin embargo, al utilizarse en un servicio de urgencias se refiere a un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos que determinan la prioridad en la atención.

Glosario de siglas

AAA	Área de atención ambulatoria
AAU	Área de atención a urgencias
CISS	Centro de Investigación en Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAC	Servicio de admisión continua
TDIH	Tiempo de demora intrahospitalaria