



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores asociados a estancia prolongada en el
Departamento de Tórax y Cardiovascular de un Hospital
público de Lima. Estudio de casos**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestion de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Karla Milagros Bautista Casas

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Investigación clínica pura

LIMA – PERÚ

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): BAUTISTA CASAS KARLA MILAGROS

Para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, ha sustentado la tesis titulada:

FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA PROLONGADA EN EL DEPARTAMENTO DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA. ESTUDIO DE CASOS

Fecha: 4 de noviembre de 2018

Hora: 10:15 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Nancy Elena Cuenca Robles

Firma: [Handwritten Signature]

SECRETARIO: Dra. Francis Esmeralda Ibarguen Cueva

Firma: [Handwritten Signature]

VOCAL: Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

Firma: [Handwritten Signature]

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

APROBADA POR UNANIMIDAD

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

AJUSTAR AL ESQUEMA QUANTATIVO

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

ESTILO APA

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A Dios por darme la sabiduría y la fuerza para continuar y dar lo mejor de mí.

A mis padres Juvenal Bautista Puentes y María Edith Casas Casas por ayudarme, guiarme, alentarme y darme su amor, su confianza, fortalecer mis valores, por sus esfuerzos y sacrificios.

A toda mi familia, quienes me tenían en cada uno de sus rezos, dándome su apoyo incondicional.

Agradecimiento:

A los médicos asistentes del Servicio de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue, por su apoyo desinteresado para la ejecución de la presente investigación.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Karla Milagros Bautista Casas, estudiante del Programa de la maestría en Gestión de los servicios de salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Factores asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular de un Hospital público de Lima. Estudio de casos.” presentada, en 102 folios para la obtención del grado académico de maestra en Gestión de los servicios de la salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 04 de noviembre de 2018

Br. Karla Milagros Bautista Casas

DNI: 10247612

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Factores asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular de un Hospital público de Lima. Estudio de casos”, dieron a conocer los factores asociados a estancia prolongada de pacientes con insuficiencia cardíaca en el Departamento de tórax y cardiovascular de la metodología de estudio de casos, analizándose para ello 5 casos del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, Lima 2018.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, las hipótesis, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación y en el capítulo III, los resultados descriptivos y narrativos. El capítulo IV contiene la discusión de los resultados, el V las conclusiones y el VI las recomendaciones respectivas. Finalmente se presentan las referencias y los apéndices que respaldan la investigación.

La autora

Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Indice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	
1.1. Realidad problemática	12
1.2. Antecedentes	14
1.3. Marco teórico	23
1.4. Marco espacial	34
1.5. Marco temporal	34
1.6. Contextualización histórica, política, cultural y social	34
1.7. Supuestos teóricos	35
II. Problema de investigación	
2.1. Aproximación temática	41
2.1.1. Formulación del problema de investigación	44
2.2. Justificación	44
2.3. Relevancia	46
2.4. Contribución	46
2.5. Objetivos	46
2.6. Hipótesis	47
III. Método	
3.1. Metodología	49
3.2. Escenario de estudio	51
3.3. Caracterización de sujetos	52

3.4	Trayectoria metodológica	52
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.6.	Tratamiento de la información	53
3.7	Rigor Científico	54
IV. Resultados		
4.1.	Los protagonistas y sus historias	57
4.2	Estudio de casos	58
4.3.	Análisis comparativo de los casos	72
V. Discusión		75
VI. Conclusiones		81
VII. Recomendaciones		84
VIII. Referencias		87
IX. Anexos		95
Anexo 1:	Matriz de consistencia	96
Anexo 2:	Instrumentos de toma de datos	98
Anexo 3	Entrevistas	99

Resumen

El estudio pretende conocer los factores asociados a estancia prolongada de pacientes en el Departamento de toráx y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima. Fue necesario recurrir al enfoque cualitativo con un diseño de estudio de casos. Se analizaron cinco casos de pacientes que se atendieron en el 2016.

Dentro de la gestión hospitalaria, es importante realizar investigaciones que analicen los procesos administrativos con la finalidad de optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención.

En sus hallazgos, se evidenciaron tres factores intervinientes (categorías): la atención asistencial, factores socioculturales y los factores institucionales, cada una de ellas independientes que se relacionan entre sí. En un sistema sanitario como el Perú, segmentado, es difícil agilizar procedimientos de atención, dando lugar a un “cuello de botella”, sin darse alguna solución. El estudio recoge la experiencia de cinco crónicas de personas sometidas a operaciones quirúrgicas, muchas veces de alto riesgo. Sus testimonios, sirven para focalizarse en la dimensión humana, cada uno, a su estilo experimentaron lo que es la enfermedad, y frente a ella diversos eventos tanto familiares (soporte emocional, reacciones familiares), por parte de los profesionales de salud (deshumanización y demora en la adquisición de los materiales) y por el paciente mismo, la experiencia religiosa.

No solo es el tema de los factores administrativos, sino también los socioculturales que se deben tener en cuenta para una mejor atención asistencial.

Palabras Claves: Estancia prolongada, Toráx y Cardiovascular, factores socioculturales, atención asistencial y factores institucionales.

Abstract

The study aims to know the factors associated with prolonged stay of patients in the chest and cardiovascular department of the Hipolito Unanue National Hospital in Lima. It was necessary to resort to the qualitative approach with a case study design. Five cases of patients that attended in 2016 analyzed.

Within the hospital management, it is important to conduct research that analyzes the administrative processes in order to optimize the hospital supply to a demand for care needs.

In their findings, there were three intervening factors (categories): care assistance, sociocultural factors and institutional factors, each of them independent that related to each other. In a health system such as Peru, segmented, it is difficult to streamline care procedures, giving rise to a "bottleneck", without giving any solution. The study gathers the experience of five chronicles of people subjected to surgical operations, often at high risk. Their testimonies, serve to focus on the human dimension, each, in his style experienced what is the disease, and in front of it various family events (emotional support, family reactions), by health professionals (dehumanization and delay in the acquisition of materials) and by the patient himself, the religious experience.

It is not only the issue of administrative factors, but also the sociocultural ones that should into account for better care.

Keywords: Prolonged stay, toxin and Cardiovascular, sociocultural factors, care and institutional factors.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación porque los sistemas de salud atraviesan unas crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad (García et al, 2010; Afanador G, 2010; Horta G, 2014).

Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales (Benavides et al, 2006).

De este modo, un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad (Camacho M, 2009).

Uno de los grandes problemas de los establecimientos de salud en nuestro país es la sobresaturación de pacientes y la escasa oferta de camas para hospitalización que tienen los hospitales públicos, lo que determina largos periodos de espera para lograr acceder a los tratamientos quirúrgicos de alta complejidad como son los realizados por la Cirugía de Tórax y Cardiovascular (García et al, 2010; Afanador G, 2010).

Y considerando que sólo los establecimientos de salud categorizados en los

niveles III y IV cuentan con este servicio, la demanda nacional de pacientes con patologías pulmonares, cardíacas y vasculares se concentran mayormente en los 6 hospitales públicos de Lima los que a su vez son los mejor equipados y cuentan con los especialistas para realizar el manejo quirúrgico mayor de las patologías cardio-pulmonares como los abordajes para quiste hidatídico pulmonar, secuela fibrocavitaria de la Tuberculosis, micetoma pulmonar, hemotórax masivo, piotórax con fístula, pulmón destruido, tumor de mediastino, mediastinitis, hiperhidrosis, pectum excavatum carnado, hernia diafragmática, cirugía de reemplazo válvula mitral y/o aórtica, trauma cardíaco, sangrado por cirugía cardíaca, cirugía para reperfundir miocardio, pericarditis efusiva, coartación de la aorta, aneurisma aorta torácica, comunicación interauricular, entre otras indicaciones (MINSA 2001; Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular-HNHU 2016).

Esta situación se agrava si tenemos en cuenta que la disponibilidad de camas es muy limitada dado que los establecimientos de salud públicos no tienen más de 60 camas para estos pacientes, siendo necesaria la ampliación de la infraestructura hospitalaria que por ser de alto costo no ha sido efectuada hasta la actualidad pese al conocimiento de esta realidad de las autoridades del sector (HNHU 2016).

Por lo que, el uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, así como de las instalaciones físicas constituyen una necesidad a fin de optimizar una atención de calidad y de alta eficiencia en beneficio de la población objetivo de este servicio (Martín S, 2013).

Los pacientes que son hospitalizados, de acuerdo a la magnitud del problema de salud, tienen un tiempo determinado para ser tratados y luego dar oportunidad para que otros pacientes hagan uso de los mismos, pero lamentablemente, esto no sucede con la mayoría de los pacientes, ya que por diversos factores que han sido identificados por los investigadores en otras regiones del mundo, se quedan hospitalizados por periodos más prolongados a lo esperado. Esto incrementa los costos de la atención médica por paciente, y atenta contra la salud de los pacientes que están a la espera, así como de la misma institución, ya que consume recursos que generalmente son asumidos y no reembolsados a la institución originando desbalances económicos que a la larga

influyen en la falta de mantenimiento e imposibilitan el desarrollo de estas instituciones de salud.

Muchos factores asociados a estancia hospitalaria prolongada que han sido descritos en los estudios relacionados al tema de investigación, aún no tienen clara evidencia científica de tener comportamiento seguro, por lo que, en situaciones donde la escasez de recursos económicos es un aspecto a considerar, se deben de orientar estrategias de intervención con elevada eficiencia, pero se debe de partir de una información fidedigna. En nuestro medio, no se tienen estudios sobre los factores asociados que prolongan la estancia hospitalaria y menos aún se han elaborado estrategias en los factores modificables para disminuir la permanencia de los pacientes en el Departamento de Tórax y cardiovascular. Muchos autores nacionales han identificado los casos de estancia hospitalaria prolongada describiéndose una frecuencia que varía entre 30-60% según la institución donde se efectuó el estudio (Zonana et al, 2011; Martín S, 2013).

La literatura médica describe pero no clasifica a estos factores asociados ni tampoco establece su nivel de importancia. Muy pocos estudios han elaborado en consecuencia medidas correctivas sobre los factores modificables. En términos generales, se han identificado factores clínicos y administrativos de la misma institución que tienen asociación estadística en establecimientos de otras regiones del mundo, por lo que, nuestro estudio buscará confirmar la presencia e importancia de estos factores en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, establecimiento de salud que según los proyectos del MINSA es el llamado a constituirse en el Instituto Nacional del Tórax

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Gámez *et al.* (2018) en su estudio titulado *Comparación del tratamiento ambulatorio frente al tratamiento hospitalario en el paciente con insuficiencia cardiaca aguda*, comparó el tratamiento en el campo hospitalario de las descompensaciones por insuficiencia cardiaca ante el tratamiento ambulatorio. Se trató de una investigación cuantitativa, cuasiexperimental, longitudinal. Se determinó tres grupos cada uno de

ellos de 54 pacientes. En sus resultados se evidenciaron que un tiempo prolongado hasta el evento combinado de ingresos por insuficiencia cardiaca o muerte a los 6 meses de seguimiento y monitoreo, cambio en el nivel de disnea percibida y se compararon los costes de ambas estrategias; por último, el tiempo estimado para completar dicho proyecto fue de 24 meses. El estudio concluyó, que los hallazgos evidenciados serán aplicados a la seguridad y eficacia del tratamiento ambulatorio de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. En este estudio el autor infiere que la seguridad y eficacia del tratamiento ambulatorio guarda estrecha relación con la atención asistencial y los procedimientos de la calidad de atención y también en la gestión administrativa.

Gutierrez (2016) en su estudio titulado *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica: factores influyentes*, describió la calidad de vida mediante la aplicación del instrumento Short-Form Health Survey en personas con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica. Fue un estudio aplicado, descriptivo-observacional, la muestra fue de 87 personas enfermas. En sus resultados se evidenciaron que los pacientes predominantes fueron varones con índice de masa corporal media; por otro lado, la puntuación total de calidad de vida en componente sumario físico fue de $33,2 \pm 10,6$ y en el componente sumario mental de $48,9 \pm 13,1$. Las puntuaciones medias más bajas corresponden a las dimensiones función física y salud y las más elevadas fueron el rol emocional y el dolor corporal; asimismo, el impacto de las características demográficas, se identificaron cinco variables asociadas independientemente al componente sumario físico: el grado funcional, el sexo, la diabetes, el uso de betabloqueantes y la etiología. En el componente sumario mental las variables asociadas fueron el tipo de insuficiencia cardíaca. El estudio concluyó, la calidad de vida en los pacientes está considerablemente alterada en todas las dimensiones, sufriendo un mayor deterioro las físicas que las emocionales, Un peor grado funcional de la *New York Heart Association*, ser mujer, diabético, estar en terapia con betabloqueantes y que la etiología de la insuficiencia cardíaca sea no-isquémica, son predictores de un mayor deterioro del componente sumario físico en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. El autor infiere que tener una calidad de vida deteriorada el paciente con insuficiencia cardiaca manifiesta deterioro también en el aspecto físico y emocional, y al compararlo con los factores asociados del estudio, se evidencia que existe

factores sociales y culturales que se presentan como elementos para prolongar la estancia.

Calle (2016) en su estudio titulado *Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbaciones agudas en el hospital San Francisco de Quito IESS*, determinó la prevalencia de hospitalización prolongada y los factores de riesgo asociados en pacientes ingresados por exacerbaciones crónicas. Se trató de un estudio descriptivo, multivariado. Se obtuvieron 146 pacientes, 58,2% fueron hombres y 41,8% mujeres. El promedio de edad del grupo fue de 78,95 años (DS 10,76). El promedio de días de hospitalización fue de 10,2 (DS 6,5). La prevalencia de estancia hospitalaria prolongada fue del 30,1%. Existió una asociación positiva entre hospitalización prolongada y variables como sexo masculino, edad mayor a 65 años, diagnóstico psiquiátrico, ingreso en el último año por EPOC, residencia en un centro de cuidados crónicos, comorbilidades, HTA, enfermedad renal crónica, neoplasia, obesidad y otras enfermedades, aunque dicha asociación no fue estadísticamente significativa. El estudio concluyó que la prevalencia de estancia en exacerbaciones agudas de EPOC es alta. No se pudo demostrar asociación estadísticamente significativa entre estancia hospitalaria prolongada y los factores en el grupo estudiado. El autor infiere que existe factores de riesgo para la prolongación de la estancia hospitalaria, como es el caso de las comorbilidades de las enfermedades respiratorias.

Alcalá, García, Villaseñor y Reynoso. (2015); en su estudio titulado *Factores de riesgo asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada*, determinó qué factores de riesgos clínicos y biológicos se relacionaron con estancia prolongada, tras una primera valoración en pacientes con insuficiencia cardíaca, de más de 65 años de edad, que ingresaron al servicio de medicina interna. Fue un estudio transversal, descriptivo y observacional. El tamaño de la muestra fue de 53 sujetos. Resultados: los pacientes con insuficiencia cardíaca permanecieron internados 4.27 días. Pacientes con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular permanecerán 2.24 días más que otros pacientes. Si presentan clase funcional la *New York Heart Association* grado III o IV permanecerán internados alrededor de 3.19 y 2.72 días

más respectivamente. Conclusiones: el paciente con insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular estará 8 días internado. Se determina que la hipertensión arterial sistémica y el tabaquismo no son estadísticamente significativos; una puntuación moderada del índice de Barthel se asocia con mayor estancia hospitalaria. A pesar de no haberse realizado en pacientes post-operados, este estudio permite conocer algunos factores relacionados o dependientes de la condición del paciente. El autor infiere que este estudio detectar otros factores asociados dependientes de la enfermedad prolongando su estancia y a la vez aplicando la escala de Barthel en donde dichos pacientes son dependientes de otras personas para realizar sus actividades, a pesar q no fue un estudio aplicado a pacientes posoperados.

Lozano (2015) en su estudio titulado *El proceso enfermero y los factores predisponentes que influyen la insuficiencia cardiaca en pacientes adultos mayores en el Hospital Luis Uria de la Oliva, 2013*, determinó la relación entre el proceso enfermero y los factores predisponentes que influyen la insuficiencia cardiaca en pacientes adultos mayores. Se trató de un estudio descriptivo, observacional de corte transversal; para ello se utilizó a 62 personas con insuficiencia cardiaca. En sus resultados se evidenciaron que el personal de enfermería, el 100% son mujeres, su tiempo laboral varía de 0 a 20 años de servicios. De los pacientes con insuficiencia cardiaca, el 40% de los adultos mayores fueron varones, y el 60% fueron mujeres, su rango etario fue de 61 a 70 año, un 76% procede del área urbana y un 21% del área rural; el 47% viudos y el 24% casados; 63% accedieron al nivel secundario y 21% al primario, finalmente 89% jubilados y un 8% laboraban. El estudio concluyó que los factores predisponentes en la atención a pacientes con insuficiencia cardiaca, los enfermeros señalaron que la hipertensión arterial es la patología común, sobre los síntomas clínicos se señaló que los edemas se manifiestan en los miembros inferiores, en cuanto a exámenes son los electrocardiogramas, a estimulantes o agentes tóxicos fue el exceso de sal y azúcar. El autor infiere que la relación del enfermero con los pacientes crónicos y sus factores predisponentes. Esta relación encajaría con el estudio como un tipo de factor a identificar.

Sánchez *et al.* (2015) en su estudio titulado *Factores asociados con estancia*

media prolongada en pacientes ingresados por tuberculosis en un hospital de segundo nivel, evaluó a los pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel, con diagnóstico de tuberculosis. Se trató de un estudio retrospectivo observacional en historias clínicas de 165 pacientes ingresados por TB. En sus resultados se evidenciaron que la estancia media global fue de 21.94 días, mediana 15 (RIC, 11-24) días y en el 54.5% de los pacientes fue superior a 15 días. Los pacientes sólo con tuberculosis pulmonar aislada fueron de 18 (12.21) días, mediana 14 (RIC: 11-22) días. Asimismo, los factores que se asociaron de forma independiente con la estancia media prolongada fueron la presencia de complicaciones (OR = 9.52, IC95% 3.22-27.7; $p < 0.001$), tener un cuadro constitucional (OR= 3.35, IC95%: 1.62-6.94; $p = 0.001$), broncopatía previa (OR= 7.14, IC95%:1.35-35.71; $p = 0.021$). La estancia media de los pacientes con complicaciones fue de 41 (DE 56) días vs 16.42 (DE: 10.95) días en pacientes sin complicaciones ($p < 0.001$). El estudio concluyó que la estancia media de los pacientes no difiere significativamente de la media nacional para España, en la mayoría de los casos fue prolongada en relación con la complejidad y el desarrollo de complicaciones durante el ingreso. Los pacientes con mayor gravedad al ingreso, con afectación extrapulmonar y con resistencia a tuberculostáticos tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones durante su hospitalización. El autor infiere que a mayor gravedad de la tuberculosis mayor probabilidad de complicaciones durante su hospitalización por lo que comparado con el estudio que proponemos se relacionaría con las complicaciones cardiacas tanto antes como después de la operación por lo que se refleja en su prolongada estancia hospitalaria.

Ceballos, Velásquez y Jaén (2014) en su estudio titulado *Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención*, identificó las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia y las metodologías de logística hospitalaria más aplicadas para su estudio y mejoramiento. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal multicéntrico. En sus resultados evidenciaron que los factores causales de estancias prolongadas fueron demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención en otro nivel de complejidad, situación socio familiar y edad del paciente. El estudio concluyó que analizar el problema de la estancia hospitalaria fue conveniente realizar un “ajuste por riesgo”, utilizando el método de grupo relacionado de

diagnóstico y que una metodología adecuada es la simulación, para la identificación de cuellos de botella. Por otro lado, se evidenció una limitante de haber sido realizado en complejos hospitalarios y con pacientes bajo el sistema de cobertura subsidiado totalmente por el estado. El autor infiere que dicho estudio ayuda a identificar las causas que prolongan su estancia y a la vez dar estrategias que la solucionen. Sobre todo, analiza los factores múltiples, destacándose los socioculturales y los de gestión hospitalaria.

Nunes, Días, De Andrade, De Oliveira y Gomes (2014) en su estudio titulado *Factores que contribuyen en el tiempo de internamiento prolongada en un ambiente hospitalario*, identificó los factores que contribuyen al aumento del tiempo de hospitalización. Se trató de un estudio prospectivo en clínicas quirúrgicas de hombres y mujeres de hospitales filantrópicos en Montes Claros, incluyó a pacientes que extrapolaron la estadía hospitalaria y el número de días permitidos por el Sistema Unificado de Salud. Revisaron las historias clínicas. Resultados: Las razones de la estancia prolongada fueron los atrasos o cancelaciones de los procedimientos quirúrgicos, la inestabilidad clínica, espera de la estabilización del cuadro clínico de los pacientes y la terapia antibiótica. Concluye que estos factores contribuyen para aumentar la media de la estancia hospitalaria, aumentando los costos hospitalarios y disminuyendo la rotación de camas. Este estudio consideró como estancia prolongada si un paciente permanecía hospitalizado por más de 30 días. El autor infiere que dicho estudio ayuda a identificar otros factores institucionales y asociados a la enfermedad del paciente, el cual también se aplica en el presente estudio por lo que aumentan los costos hospitalarios y disminuye la oferta.

Martín et al. (2014) en su estudio titulado *Estancia prolongada en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en la unidad de corta estancia (estudio EPICA-UCE)*, exploró los factores asociados con una estancia prolongada de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca descompensada en las unidades de corta estancia españolas. Se trató de estudio de cohorte multipropósito y multicéntrico, con seguimiento prospectivo hasta 60 días que incluyó a todos los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en las 11 unidades de corta estancia. En sus resultados se evidenciaron que la estancia fue prolongada en la

unidad de corta estancia (mayor de 72 horas). Por otro lado, los factores independientes asociados con una estancia prolongada fueron: coexistencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR 1.56, IC95%: 1.02-2.38; $p= 0.040$), anemia (OR= 1.72, IC95%: 1.21-2.44; $p = 0.002$), saturación de oxígeno basal a la llegada a urgencias $< 90\%$ (OR= 2.21, IC95%: 1.51-3.23; $p < 0.001$), crisis hipertensiva como factor precipitante de la insuficiencia cardíaca como factor protector (OR= 0.49, IC95%: 0.26-0.93; $p= 0.028$) e ingresar en jueves (OR=1.90, IC95%: 1.19-3.05; $p= 0.008$). El estudio concluyó que no hubo diferencia significativa entre ambos grupos respecto a la mortalidad intrahospitalaria (2.4 vs. 3.0%), mortalidad (4.1 vs. 4.2%) ni reingreso a los 60 días (18.4 vs. 21.6%). El autor infiere que el estudio en mención no detecta diferencia significativa entre pacientes que ingresaban en unidades de corta estancia en cuanto a los reingresos y la mortalidad. Aplicado a nuestro estudio se tendrá que ser un estudio de más tiempo para determinar si es significativo o no.

Horta (2014) en su estudio titulado *Posibles factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con fractura de cadera*, construyó un modelo predictivo de factores de riesgo basado en regresión logística que calcule la probabilidad de EHP. Se trató de un estudio descriptivo y retrospectivo en 100 pacientes intervenidos de fractura de cadera. En sus resultados se evidenciaron que el 73% fueron mujeres, con edad media de 85 años y un promedio de 14 días de hospitalización y 42% presentaron complicaciones. Los varones tuvieron 2.9 veces más riesgo de EHP que las mujeres. Sólo el tratamiento anticoagulante y una hemoglobina $<10\text{g/dL}$ dieron una p estadísticamente significativa ($p=0.0026$ y $p=0.033$ respectivamente). El autor infiere que el estudio elabora un modelo que calcula la estancia prolongada, el mismo que se puede aplicar en el estudio realizado.

Pérez y Vivar (2012) en su estudio titulado *Experiencias de los familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: una revisión narrativa*; exploró las experiencias vividas por la familia de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Se trató de un estudio cualitativo documental, narrativo que revisó los estudios de los últimos 10 años en la base de datos Medline y Cinalhl. En sus resultados se evidenciaron los factores identificados en relación con las diversas experiencias de

las familias para con sus pacientes con IC. Determinándose a la calidad de vida del cuidador, síntomas depresivos, desgaste, predictores del bienestar del familiar (género, edad, soporte emocional, situación laboral y económica, aspectos religiosos y culturales y salud del cuidador) y el manejo de la IC. El estudio concluyó que identificado las diversas necesidades que pueden presentarse en los familiares y/o cuidadores de pacientes con IC. Los autores infieren que al identificar las necesidades que presentan los familiares y/o cuidadores nos ayudaría en el siguiente estudio a conocer más factores socioculturales.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Fernandez (2018) en su estudio titulado *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Militar Central del 2007 al 2016*, determinó los factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad dentro del hospital militar central durante diez años. Se trató de un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Su población asignada fueron pacientes con neumonía adquirida dentro del hospital, mayores de 60 hospitalizados en el departamento de medicina interna. La muestra fue de 300 pacientes. En sus resultados se evidenciaron que los factores de riesgo asociados a estancia prolongada: patología respiratoria crónica, (OR= 1,6; IC=1,019-2,737; p=0,041), comorbilidades en número mayor o igual a 3 (OR=5.762; IC=3,222 - 10,303 y p<0,001) y CURB65 con puntaje mayor o igual a 3 (OR de 4,495; IC= 2,498-8,086; p<0,001). En el análisis multivariado se encontraron como factores independientes: Patología respiratoria crónica, CURB65 mayor o igual a 3 y comorbilidades mayores o iguales a 3; el pertenecer al sexo femenino se encuentra como factor protector independiente. El estudio concluyó que la neumonía es una patología respiratoria crónica, se presentaron comorbilidades mayores o iguales a 3 y un puntaje CURB65 mayores o iguales a 3 aumentando el riesgo en una estancia prolongada, siendo el sexo femenino se halla como factor protector. El autor infiere que dicho estudio nos ayudará a identificar factores de riesgo asociados a la estancia prolongada al igual que factores independientes

Suasnabar (2018) en su estudio titulado *Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes posoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope, 2016*, determinó los factores asociados a estancia prolongada en pacientes posoperados. Se trató de un estudio observacional, analítico de corte transversal, para ello se revisaron 555 historias clínicas. En sus resultados evidenciaron que el 49,4% de los pacientes fueron varones, mientras que 50,6% mujeres. La media de edad calculada fue de 48,39 con una desviación standard de $\pm 22,39$. La media hallada de los días de hospitalización fue 7,13 con una desviación standard de $\pm 5,08$. Se halló el padecimiento de comorbilidades como factor de riesgo para prolongación de la estadía hospitalaria (OR=2,853; IC 95%; 1,926-4,227, $p=0,000$), al igual que las causas administrativas (OR=9,082; IC 95%; 6,066-13,597, $p=0,000$), también la edad avanzada (OR= 2,117; IC 95%; 1,471-3,047, $p=0,000$), a su vez estar comprendido en el índice de Charlson 3 (OR=1,705; IC 95%; 1,176-2,472, $p=0,005$), en contraparte a las cirugías de emergencia que no mostraron asociación significativa con las prolongación de la estancia hospitalaria. El estudio concluyó los factores fueron, edad avanzada, padecimiento de comorbilidades, el índice de Charlson 3 y las causas administrativas, evidenciándose una relación significativa. El autor infiere que identificó factores que prolongan la estancia hospitalaria sobretodo en relación a las comorbilidades que es un factor de riesgo, por lo que al aplicarlo a nuestro estudio sería comparativo y tendría similitudes como las causas administrativas que es un común denominador.

Ruíz (2016) en su estudio titulado *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna Hospital Nacional Arzobispo Loayza*, determinó los factores asociados a estancia prolongada (> 9 días) en el servicio de medicina en un hospital nacional de Lima. Se trató de un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal, no experimental. En sus resultados se evidenciaron que 314 personas dados de alta, 168 (53,50%) registraron la estancia prolongada dentro del hospital, con una media de 17,2% de días/paciente. De acuerdo, a la edad los mayores de 65 años estuvieron más días hospitalizados en relación a los menores de 65 años; con una media de 17,68% frente a 14,73 días; no obstante, el día de la semana en que fue dada el alta y el estado nutricional se correlacionaron con una mayor estadía. Asimismo, la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (83,65 %, $p < 0,05$), y el desarrollo de eventos adversos

(48,47%, $p < 0,05$) fueron también factores de riesgo importantes que contribuyeron a prolongar la estancia. El estudio concluyó, que existe alta incidencia de estancia hospitalaria prolongada con factores susceptibles de ser modificables que contribuyan a reducir el exceso de días de hospitalización, optimizando los recursos y mejorando la calidad de atención. El autor infiere que el estudio nos ayudaría a que dichos factores que prolongan la estancia hospitalaria sean modificables, es decir mejoraría la calidad de atención hacia el paciente, disminuyendo los costos para el hospital.

1.3. Marco teórico

Gestión de los servicios de salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

Gestión Hospitalaria

Es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. (Suasnabar, 2018 p. 32)

Por ello, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua. Una selección de indicadores con marcos conceptuales y metodológicos unificados con objetivos estandarizados posibilitará la identificación de oportunidades de mejora en Hospitales e Institutos de salud, involucrando las áreas y procesos clínicos relevantes atendidos en los centros hospitalarios, en el que la participación y compromiso de todos los profesionales es indiscutible para la medición de la calidad.

El pensar en la medición de la gestión, como una herramienta que permite a los responsables de programas, proyectos, procesos, áreas, departamentos y

organizaciones, hacer productivo su conocimiento, logrando los objetivos de permanencia, crecimiento y desarrollo, no es una reflexión nueva, pero si en constante evolución. Los altos niveles competitivos que deben alcanzarse en las organizaciones de todos los sectores, obliga a sus responsables a apoyarse para la toma de decisiones en información directa, real, veraz y demostrable que evidencie la gestión realizada por cada uno de los miembros de la institución.

Por otro lado, es necesario conocer los indicadores de gestión en el sector salud, son herramientas que permiten medir la administración de servicios, o calcular el logro de sus objetivos sociales e institucionales, mientras que los indicadores de evaluación de directores de hospitales e institutos integra además juicios valorativos basados en atributos que deberán ser definidos con claridad, conceptual y operativamente. De esta manera, los indicadores de gestión y evaluación, valorarán a partir del cumplimiento o no de determinados estándares, la satisfacción de las necesidades y/o el logro de metas.

1.3.2. Estancia prolongada

Tiempo de internamiento mayor al doble del tiempo de hospitalización recomendado por los especialistas para una específica intervención quirúrgica. Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso.

“El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales” (Benavides, 2006).

De este modo, un servicio de hospitalización con estancia prolongada de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de “la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad” (Ceballos, Velasquez y Jaén, 2014, p.4).

La estancia prolongada de los pacientes con dificultades cardiovasculares y/o torax en el área de hospitalización es un problema que no solo afecta a la misma institución, sino también a la familia. Ceballos *et al.* (2014) la estancia prolongada tiene que ver con tres categorías:

Limitación de la capacidad y dificultad en el acceso de pacientes a una cama.

A mayor prolongación de la estancia, existe menor disponibilidad de cama, de modo que se satura los servicios de emergencia y/o urgencias por la espera de pacientes por cama. Al sumarse a esta realidad, el déficit de camas, se convierte en un problema constante, puesto que la capacidad de atención de los hospitales a nivel nacional no puede cubrir con esas brechas sociales.

Incremento en los costos de operación por el mal uso de los recursos

La estancia hospitalaria prolongada significa desperdiciar, o hacer mal uso de los recursos económicos y humanos, puesto que implica mayores costos, tanto en lo personal, en la alimentación, insumos, y utilidad de otros recursos extras que se puedan necesitar en el hospital.

Baja calidad en la atención, sobre todo en la seguridad del paciente

El hecho de que se incremente la duración de la estancia, hace que se suba la probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso, y especialmente de contraer infecciones nosocomiales, que pueden llevar a la muerte. Asimismo, el hecho de que un paciente sufra un evento adverso, puede llevar a un aumento de la estancia hospitalaria.

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar (>9 días) considerado para un hospital de tercer nivel. La estancia hospitalaria prolongada está asociada al diagnóstico médico y al servicio de especialidad donde se encuentra el paciente. Una estancia prolongada puede deberse a inadecuado

diagnóstico o tratamiento, pacientes en estudio más allá de los tiempos prudentes, tratamientos fisioterapéuticos, rehabilitación o radioterapia, ineficiencia de los servicios de apoyo al diagnóstico, problemas de organización en el trabajo médico y/o tardanzas en el suministro de medicamentos a la sala, entre otros. En 1947, en Estados Unidos se publican los primeros estudios sobre estancia prolongada con el objetivo principal de reducir costos en salud; posteriormente aparecen en Francia (1951) y luego en los demás países europeos y latinoamericanos.

Para 1980, en el Perú mediante el Minsa, la Oficina Sectorial de Planificación, consolidó atributos normalizados de instrumentos y actividades en cuyo contenido se estableció los indicadores de eficiencia hospitalaria dentro de las cuales se encuentra el promedio de permanencia para cuatro servicios básicos (Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia-Ginecología). Hacia el 2001, se consideró a la EHP como un indicador importante para la calidad, puesto que la larga estadía implicaba ineficiencia de la gestión hospitalaria, extendiéndose este concepto a ESSALUD, hospitales de las fuerzas armadas y policiales, y clínicas particulares (Ricardo Palma, San Pablo, etc.). En el año 2005, el HNP "LNS" mostró una estancia hospitalaria de 11.05 días -cifra superior a la estándar referencia según el Manual de Indicadores Hospitalarios del MINSA, generando preocupación al comando por la implicancia de mayores costos hospitalarios en recursos e insumos, incremento de riesgos de infecciones intrahospitalarias y costo social para el paciente.

Tipos de indicadores

De acuerdo a la teoría de Donabedian por primera vez las formas empleadas en la evaluación de atención en los establecimientos de salud, sobre la calidad de los servicios, suele utilizarse 3 elementos fundamentales del sistema: Estructura, proceso y resultados. Mismos que se describen a continuación:

Indicadores de estructura

Corresponde a las labores físicas, las propias de la organización que ofrece la

atención, incluida a temas como portafolios de servicios, ofertas de los mismos, clasificación en relación a los procedimientos de atención, elementos tangibles, y sobre todo su cultura organizacional. Por lo general, estos indicadores miden de forma macro, la calidad, aun cuando sus propiedades giran alrededor de los servicios que presta.

Indicadores de proceso:

Se determinan bajo el criterio situacional que se presta en la atención de la calidad sanitaria. Se califican como procesos operacionales; en otras palabras, las oportunidades que se da, están en relación a los usuarios, de modo que su evaluación es eficaz o ineficaz, con calidad o sin ella, con riesgo o sin ello. De este modo, los indicadores que califican el proceso evalúan, directa o indirectamente bajo la condición que conlleva a las actividades propias de la calidad de atención al usuario.

Por otro lado, están los indicadores de eficiencia, estos toman relevancia en la medida de hacer de la calidad más eficiente. Puesto que debe existir claridad en la atención para con el usuario. En efecto, cuando se tiene una prolongada estadía significa un manejo ineficaz en los centros de salud, pero esta relación “estadía-eficiencia” no se encuentra tan significativa si entra en consideración que una estadía baja se puede alcanzar si se practican las altas de forma prematura. Esto, además de representar un inconveniente en cuanto a calidad se refiere, también puede ocasionar un exceso de gasto en recursos hospitalarios si aquellas altas se convierten en reingresos.

El impedimento más relevante para la utilización de la estadía como indicador de eficacia, calidad o de los dos en la urgencia de comprender en su evaluación los factores propios de cada paciente comprometido. El tiempo óptimo de estadía del paciente depende estrictamente de sus características propias, incluso hasta el punto de pensar la estadía óptima como un indicador particular según el contexto de cada individuo. “La obligación de colocar como patrones de

comparación estadías adaptadas a las cualidades de los pacientes resulta clara. Más adelante se desarrollará exhaustivamente el ajuste de los indicadores” (Ceballos, *et al.*2014).

Ante esto, las instituciones de salud tienen la necesidad de reducir la estancia hospitalaria para aumentar el flujo de pacientes a través del logro de mayores niveles de eficiencia en la operación, sin afectar la calidad de la atención. Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, “los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar camas, aumentando así la capacidad efectiva” (Zonana *et al.* 2011).

Insuficiencia Cardíaca

Para Diez, Albert, Losada y Martínez (2017)

Es un síndrome, con una evolución clínica difícil de predecir en muchos casos, por lo cual su pronóstico varía de unos pacientes a otros. En algunos aspectos, sea la avanzada edad, la disfunción ventricular, la presencia de deterioro funcional importante, o elevada comorbilidad y fragilidad asocian peor pronóstico, tal cual que la percepción de empeoramiento de la propia persona enferma. (p.18)

Se trata de un síndrome que deteriora la funcionalidad del corazón “disfunción ventricular” en pacientes, afectando de manera efectiva en personas de avanzada edad.

Para García (2016) la insuficiencia cardíaca “es un estado fisiopatológico en el que el corazón no consigue bombear o irrigar la sangre a la frecuencia adecuada que le es precisa a las necesidades tisulares o bien sólo lo consigue a expensas de un aumento en la presión de llenado” (p.31).

Asimismo, la Asociación Americana del Corazón (AHA) definió como: “un síndrome complejo que puede obedecer a un trastorno cardíaco, estructural o funcional, que altera la capacidad del ventrículo para llenarse de sangre o para

expulsarla (Mann, 2009, p. 1447). No obstante, no es muy frecuente, suele haber ocasiones que la insuficiencia cardiaca no es un defecto en la contracción (insuficiencia miocárdica) sino a la incapacidad de un corazón sano para afrontar determinadas demandas tisulares al enfrentarse de modo reiterativo a una carga que desborda su capacidad, o a situaciones en que se altera el llenado ventricular (Hunata, 2001, p. 2998)

Categorías de la Unidad temática Estancia prolongada

Existen diversos factores para determinar las causas de la estancia prolongada en pacientes con insuficiencia cardiaca y dificultades torácicas. Estos determinan las causas para propiciar este problema, que luego se manifiesta de manera insospechada. En cada paciente se presenta diversas maneras de vivencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, por lo cual se describen a continuación los conceptos fundamentales de estos factores.

Atención asistencial

De acuerdo, a la Organización Mundial de la Salud (1989):

La atención asistencial es la que identifica las necesidades de salud (educativas, de prevención, de protección y mantenimiento) de los sujetos o de una población de modo total o precisa; destinándose los recursos necesarios (humanos o de otra índole) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permita. (p.82)

Son aquellos que ponen de manifiesto el síndrome de IC, y cada persona lo demuestra de manera peculiar en su proceso etiológico.

Reducción del tratamiento: Esta es el modo inapropiado del tratamiento cardiovascular, éste sigue siendo la causa más frecuente de la descompensación de IC. Se debe, en efecto al exceso de sodio en la alimentación, la interrupción de los fármacos como también de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA, diuréticos o digoxina, llegando a precipitar la descompensación

Arritmias: Se suele dar en las cardiopatías isquémicas de base, esta puede originar una insuficiencia cardíaca, o descompensarla si se da anticipadamente. Ahora, en el grupo de las taquiarritmias la más frecuente es la fibrilación auricular (FA) y el aleteo auricular, que al acortar el tiempo de diástole y al generarse mas crecimiento de las demandas de la oxigenación por medio del miocardio, no solo se precipita hacia una insuficiencia cardíaca, sino que se descompensa la estimulación cardíaca de base. (Opasich, citado por García, 2016, p. 41)

Isquemia: Se trata de pacientes con insuficiencia cardíaca, es una suerte de aparición de una angina inestable o IAM, pueden hacer la IC, o empeorar su clase funcional. La prevalencia de isquemia miocárdica como factor precipitante en los ingresos hospitalarios oscila entre 14,7% y el 9% (Dominguez et al. 2014, p.33) en referencia a los actuales estudios en el país.

Infecciones: Cualquier infección grave puede precipitar una Insuficiencia cardíaca. En pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada existe susceptibilidad frente a las infecciones, sobre todo las respiratorias. Se ha logrado sustentar un mecanismo que mide la descompensación, ésta proviene debido al incremento de las necesidades tisulares de oxígeno, el incremento, el aumento del catabolismo total y la taquicardia acompañante, factores que suponen sobrecarga a un corazón enfermo.

Tromboembolismo pulmonar: es muy alta en pacientes con insuficiencia cardíaca, mas aun cuando permanecen prolongado tiempo en cama, aun asi existen otros factores que contribuyen al aumento de riesgo, más aún si el desarrollo es frecuente, y la estasis intracardiaca suele ser un resultado de bajo gasto.

Factores socioculturales

Son las características o cualidades comunes o predominantes que repercuten en la conducta de las personas con la misma patología o el mismo proceso patológico, para el caso de la investigación, todos los pacientes que permanecerán hospitalizados más del doble de tiempo del recomendado por los expertos para cada caso intervenido.

Factores asociados a lo clínico: Son las características clínicas que tienen asociación estadística o relación significativa con la presencia de estancia hospitalaria prolongada en los pacientes internados en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNHU. Sus dimensiones son: Factores dependientes del propio paciente, de la enfermedad de fondo y de las complicaciones intrahospitalarias.

Factores dependientes del propio paciente: Son las características del paciente que permanece hospitalizado más del doble del tiempo promedio recomendado por los expertos como la edad, sexo, abandono familiar al alta médica y demora en donación de sangre.

Factores dependientes de la enfermedad de fondo: Son las características de la patología que será intervenida que guardan relación con la hospitalización mayor del doble del tiempo recomendado por los expertos para cada patología en particular. Estos factores son: indicación quirúrgica cardíaca, pulmonar, vascular y uso de sala de cuidados críticos.

Factores dependientes de las complicaciones intrahospitalarias: Son las complicaciones intrahospitalarias relacionadas al tratamiento quirúrgico realizado a los pacientes que tienen más del doble del tiempo de hospitalización recomendado para cada patología en particular. Estos factores son: las complicaciones intraoperatorias, tiempo operatorio prolongado, infección del sitio operatorio, neumonías intrahospitalarias, reintervenciones quirúrgicas y complicaciones metabólicas.

Sobrecarga física o emocional: el sobrecargo del trabajo físico, largos viajes, exposición a altas temperaturas y las crisis emocionales son frecuentes agentes desencadenantes de descompensaciones de insuficiencia cardíaca.

Factores institucionales

Factores asociados administrativos: Son los factores administrativos con asociación significativa que tienen relación con la estancia prolongada de los

pacientes hospitalizados en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNHU. Sus dimensiones son: Factores administrativos dependientes del Departamento de Cirugía de Tórax y cardiovascular y dependientes de otros servicios.

Factores administrativos dependientes del Departamento de Cirugía de Tórax y cardiovascular: Son las características que se presentaron comúnmente en los pacientes que tuvieron mayor estancia hospitalaria del esperado para su patología de fondo por problemas administrativos del servicio como son: Paciente con estudios prequirúrgicos incompletos, Tipo de Cirugía, Demora en solicitud de materiales y/o equipos especializados, Suspensión de cirugía programada por causas clínicas, Solicitud de estudios y/o exámenes sin cobertura del SIS.

Factores administrativos dependientes de otros servicios: Son las características que se presentaron comúnmente en los pacientes que tuvieron mayor estancia hospitalaria del esperado para su patología de fondo por problemas administrativos de otros servicios del hospital como son: Demora en respuesta de interconsultas médicas, Suspensión de cirugía programada por falta de sala de operaciones, Demora de farmacia en la adquisición de materiales y/o equipos quirúrgicos, Demora del SIS en trámite de compra de materiales y/o equipos médicos, Programación no priorizada de procedimientos complementarios, Demora en la programación de estudios imagenológicos y entrega de resultados clínicos.

Entonces, para un hospital de 800 camas, reducir la duración de la estancia en un día puede ser el equivalente a contar con 49 nuevas camas en la institución, lo cual es un impacto significativo para la accesibilidad de pacientes a los servicios de hospitalización, reducción de la saturación de los servicios de urgencias y generación de ganancias para los hospitales.

Se encontró que la estancia prolongada en los hospitales es causada por diferentes actores del sistema: personal de salud, administración hospitalaria, pacientes y relación entre entidades de la red de atención. En este trabajo se categorizaron los factores distribuyéndolos según el actor en el sistema, como se muestra en la tabla 2, además de mostrar la bibliografía de acuerdo con el porcentaje de literatura encontrada por tipo de factor identificado.

En los factores asociados al personal de salud, se destacan factores propios relacionados con el criterio y competencia médica y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el hospital (Carey et al, 2005; Silber et al, 2009). Esto se traduce en no prestar atención a la necesidad de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización (Aguirre et al, 2001; Valles et al, 2002). Además, fallas al ingreso del paciente por falta de un diagnóstico claro al ingreso (García et al, 2009; Ceballos et al, 2014) y una admisión prematura (García, et al, 2011).

Las principales fallas del sistema de salud que afectan la duración de la estancia son: la dificultad de la remisión de pacientes a otro nivel de complejidad cuando así lo requieren (Nunez et al, 2014; Martín et al, 2014) y la demora en las autorizaciones (Horta, 2014) por parte de las entidades aseguradoras de salud. Esto evidencia los factores asociados con la falta de la consolidación de una red de atención.

Con referencia a la administración hospitalaria, se observa que la larga estancia de pacientes está asociada a la eficiencia en la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital como son los tiempos de respuesta de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (Alcalá et al, 2015) y la transferencia del paciente entre servicios. Además, se encuentran estudios que muestran que el flujo de atención se reduce en los fines de semana, ya que la disponibilidad de personal para la atención de los servicios quirúrgicos y de procedimientos diagnósticos se reduce (Sánchez et al, 2015).

La duración de la estancia hospitalaria, también se ve afectada por características del paciente. Su situación socio-familiar condiciona el apoyo a los cuidados en su domicilio, el rechazo de la familia a aceptar el traslado a un hogar de ancianos, o las condiciones inadecuadas de las viviendas (Benavides et al, 2006).

Otro factor que lleva a un aumento de la estancia hospitalaria es la ocurrencia de eventos adversos, los cuales pueden ser atribuibles a la atención de salud o a las características de los pacientes (Camacho, 2009). También se evidencia que un paciente con estancia prolongada tiene mayor probabilidad de

sufrir un evento adverso (Bastero et al, 2009, Toshikazu et al, 2008, González et al, 2011)

La identificación de estos factores muestra que la estancia hospitalaria prolongada es un problema complejo, de ahí que los hospitales y la Academia lo consideren un problema de estudio de amplio interés. Como la estancia hospitalaria no solo está relacionado con problemas en la eficiencia de la administración hospitalaria, sino también con las características de los pacientes, se hace necesario recurrir a un método de “ajuste por riesgo” de la estancia, para determinar cuándo se incurre en estancia prolongada por problemas de la atención.

1.4. Marco espacial

El estudio se realizó en pacientes hospitalizados en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue localizado en el distrito de El Agustino, Lima. Los migrantes vienen de todo el Perú y se atienden en dicho hospital. Estas personas son consideradas como los emergentes:

Para Matos, (2012) esta población proviene de la provincia, la sociedad nacional emergente contempla el nuevo rostro popular en Lima (p. 529); si bien es cierto, no todos vienen de la provincia, pero todos los que se atienden en ese nosocomio en su mayoría corresponde a poblaciones vulnerables. tiene sus características socioeconómicas en el desarrollo urbano:

1.5. Marco temporal

El estudio se realizó durante seis meses de mayo a octubre del 2016.

1.6. Contextualización: histórica, política, social y cultural.

El estudio se focaliza en la prolongación de la estancia hospitalaria en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular. Obviamente, en la actualidad

las nuevas enfermedades no transmisibles son causadas por el estrés, hipertensión, estilos de vida no saludable, entre otras conjeturas. Un problema social que está afectando no solo a las personas de la tercera edad, sino también a jóvenes (26 años) y en un futuro no muy lejano, posiblemente afectaran a los niños.

El hospital Nacional Hipólito Unanue, es un establecimiento de salud de alta complejidad que mensualmente atiende a 12 340 personas en todos servicios; y con ello se hacen 400 cirugías, siendo de cardiovascular y tórax 60 en el 2016.

En efecto, mediante el estudio de casos, elegidos solo 5 se logró evidenciar diversidad cultural de los pacientes, la mayoría de estos pacientes vienen del interior del país. Este fenómeno, llamado migración, fue estudiado por Matos (2012), proponiéndose así la teoría de la multiculturalidad y de la sociedad emergente. En una ciudad como la de Lima, la demanda social en los establecimientos de salud, se incrementado más de la cuenta en estos últimos años, más aún con la presencia de extranjeros; los hospitales colapsan; ello es una consecuencia a que la atención asistencial dentro del hospital se vea afectada; generando así estancias prolongadas en este departamento.

En este sentido, la demora de atención y las prolongadas estancias hospitalarias son un reflejo de la ineficiencia en la gestión de los servicios públicos. De este modo, un servicio de hospitalización con estancia prolongada de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de “la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad” (Ceballos, Velasquez y Jaén, 2014, p.4).

1.7. Supuestos teóricos.

Teoría del Bienestar social

Seligman (2003) reformuló sus ideas sobre psicología positiva y propuso una

nueva, la teoría del Bienestar. Es una teoría cuya contribución se basa en “la elección sin coerción, ésta tiene tres propiedades: contribuye al bienestar, las personas lo buscan por sí mismo, y no solo para obtener cualquiera de los otros elementos y se define independientemente de los demás elementos” (p. 233).

En efecto, el bienestar es un constructo basado en el tiempo que comprenden asimismo cinco elementos mensurables que la constituye:

Emociones positivas: se trata de experimentar más emociones positivas que negativas, éstas son la felicidad, gratitud, amor y alegría.

Compromiso/involucramiento las experiencias optimas o flow son actividades que nos generen alta concentración donde pongan en juego nuestras habilidades en grandes retos.

Relaciones Positivas: Es el elemento que, con mayor correlación con la felicidad, es la manera en cómo nos comportamos y relacionamos con otras personas; bondad, compasión, altruismo, empatía son algunos temas que aborda este elemento.

Sentido/Significado: Es el elemento más subjetivo y abstracto, la única manera de conocer el propósito y sentido de vida de las personas es preguntarle de manera directa. El propósito es una meta y el sentido es el significado del porqué tú quieres alcanzar esa meta.

Logros: Tener objetivos que perseguir dan sentido y orientación a nuestras vidas, las personas con metas bien planteadas y a largo plazo tienden a ser más perseverantes y exitosas en sus vidas.

Ningún elemento define por sí solo el bienestar, pero cada uno de ellos contribuye a alcanzarlo. Algunos aspectos de estos cinco elementos se miden de manera subjetiva por medio de información dada por uno mismo pero otros aspectos se miden objetivamente.

Entretanto, el bienestar no puede existir sólo en nuestra mente: el bienestar es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido en alguna

actividad que nos guste o apasione, además de mantener buenas relaciones interpersonales y contar con metas que nos sean retadora para que se puedan convertir en logros. La forma de experimentar el mayor bienestar en nuestras vidas es maximizando los cinco elementos en su totalidad.

Modelo de la Utilidad de los Servicios Públicos

Para Andersen (1995, citado por Bernal 2015, p. 6) la propuesta se sustenta en razón de la misma utilidad de los servicios, con mayor aceptación tanto en su claridad como en la eficiencia teniendo en cuenta su capacidad explicativa:

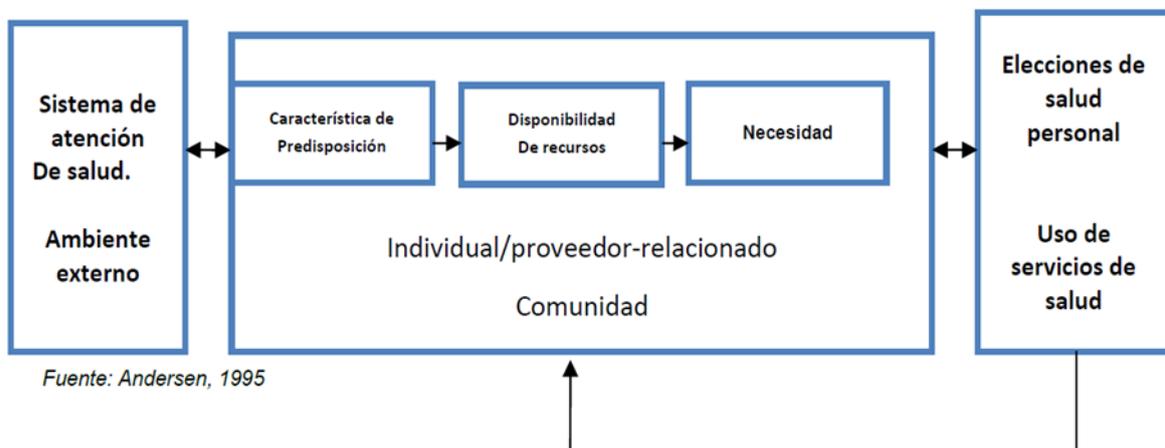


Figura 1: Modelo de la utilidad de los servicios públicos en salud

De acuerdo a Andersen (1995, citado por Bernal, 2015, p. 6) son las condiciones y/o factores los que bien pueden facilitar como los que pueden impedir su propia utilidad. De manera que, en el acceso potencial se definió como la presencia de los recursos disponibles, los mismos condicionan los propios medios para incrementar la probabilidad de que su utilización tenga un lugar.

En este sentido, Andersen (1995, citado por Bernal, 2015):

La utilización del flujo muestra una mejoría en el estado de salud o la satisfacción del consumidor relativo a la cantidad de servicios de atención que se presta en el mercado. Desde esta mirada el acceso a la atención médica es considerado como indicador social en el

desarrollo y actitud de la persona mediante este sistema de atención médica. (p. 7)

El comportamiento de este modelo demuestra que el acceso a la atención, las características de desarrollo de sistema de salud (recursos propios y la organización) y la población en situación de riesgo, son indicadores de proceso, mientras que la utilización de servicios y satisfacción con la atención como indicador de resultado.

Para Andersen (1995, citado por Bernal, 2015) su modelo considera que el uso de los servicios de salud tiene diferentes funciones propiamente de:

Necesidad propia de atención; cuyos factores se asocian al proceso de salud enfermedad; desde esta perspectiva se contemplan dos aspectos fundamentales: La necesidad que percibe el usuario externo (que va en función de la cantidad de días de incapacidad o por el contrario de la anti percepción del sistema de salud; y lo otro es la necesidad medida del personal de salud en relación a sus conocimientos.

Factores que predisponen: Comprende la variables sociales y demográficas relacionadas con las actitudes y creencias en relación a la salud y enfermedad, como la integración de la familia, la edad, el sexo, el estado civil, el estatus social, instrucción, etc.

Factores de capacitación: comprende los elementos que se relacionan con el nivel socioeconómico, subdividiéndose en recursos familiares, ingreso, ahorro, seguros, etc.

En efecto, la percepción de Andersen (1995, citado por Bernal, 2015) es fundamental para comprender que además de los factores administrativos, están los determinantes de los servicios de salud, factores para tomarlos en cuenta al momento de recopilar la información en los resultados.

Modelo del Pluralismo estructurado

Este modelo propuesto por Londoño y Frenk (1997) tomaron en cuenta principalmente la integración que existe entre la población y las organizaciones en tanto que permiten reformar las regulaciones, financiamiento y las prestaciones de los servicios sanitarios enmarcados como prácticos en los sistemas de salud.

En proyección con la realidad peruana, se evidencia que la descentralización es parte de la concentración burocrática, por tanto, existe financiamiento en los sistemas centralizados. No obstante, es una paradoja que, existiendo grupos sociales en espacios geográficos culturalmente similares, se produzcan problemas de gestión, que acumulados a los ya experimentados se segmenten. Entretanto, mientras se duplique funciones, los recursos estatales se verán afectados, por ende, repercutirán en los estilos de vida de los grupos más vulnerables.

Al respecto, Londoño y Frenk (1997) señalaron “los sistemas de Salud son los vehículos por medio de los cuales se utiliza las tecnologías y a ellos también se debe prestar atención si se quiere que las tecnologías móviles hagan una diferencia” (p. 16). Como consecuencia de la segmentación, existe un comportamiento diferente de los usuarios, un gran porcentaje de la seguridad social se atiende por el ministerio de salud, así como de los privados, esta decisión es del consumidor, quien no toma en cuenta que ya pagó una prima previamente ocasionando pagos repetitivos creando cargas financieras a los mismos usuarios y las empresas.

II. Problema de investigación

2.1. Una aproximación a la problemática.

La desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación porque los sistemas de salud atraviesan unas crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad (García *et al*, 2010; Afanador, 2010; Horta, 2014).

La desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales (Benavides *et al*, 2006).

Un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la pro-longación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad (Camacho, 2009).

Uno de los grandes problemas de los establecimientos de salud en nuestro país es la sobresaturación de pacientes y la escasa oferta de camas para hospitalización que tienen los hospitales públicos, lo que determina largos periodos de espera para lograr acceder a los tratamientos quirúrgicos de alta complejidad como son los realizados por la Cirugía de Tórax y Cardiovascular (García *et al*, 2010; Afanador, 2010).

Considerando que sólo los establecimientos de salud categorizados en los niveles III y IV cuentan con este servicio, la demanda nacional de pacientes con patologías pulmonares, cardíacas y vasculares se concentran mayormente en los 6 hospitales públicos de Lima los que a su vez son los mejor equipados y cuentan con los especialistas para realizar el manejo quirúrgico mayor de las patologías cardio-pulmonares como los abordajes para quiste hidatídico pulmonar, secuela fibrocavitaria de la Tuberculosis, micetoma pulmonar, hemotórax masivo, pitorax con fístula, pulmón destruido, tumor de mediastino, mediastinitis, hiperhidrosis, pectum excavatum carnado, hernia diafragmática, cirugía de reemplazo válvula mitral y/o aórtica, trauma cardíaco, sangrado por cirugía cardíaca, cirugía para reperfundir miocardio, pericarditis efusiva, coartación de la aorta, aneurisma aorta torácica, comunicación interauricular, entre otras indicaciones (HNHU, 2016).

Esta situación se agrava si tenemos en cuenta que la disponibilidad de camas es muy limitada dado que los establecimientos de salud públicos no tienen más de 60 camas para estos pacientes, siendo necesaria la ampliación de la infraestructura hospitalaria que por ser de alto costo no ha sido efectuada hasta la actualidad pese al conocimiento de esta realidad de las autoridades del sector (HNHU 2016).

Por lo que, el uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, así como de las instalaciones físicas constituyen una necesidad a fin de optimizar una atención de calidad y de alta eficiencia en beneficio de la población objetivo de este servicio (Martín, 2013).

Los pacientes que son hospitalizados, de acuerdo a la magnitud del problema de salud, tienen un tiempo determinado para ser tratados y luego dar oportunidad para que otros pacientes hagan uso de los mismos, pero lamentablemente, esto no sucede con la mayoría de los pacientes, ya que por diversos factores que han sido identificados por los investigadores en otras regiones del mundo, se quedan hospitalizados por periodos más prolongados a lo esperado. Esto incrementa los costos de la atención médica por paciente, y atenta contra la salud de los pacientes que están a la espera, así como de la misma

institución, ya que consume recursos que generalmente son asumidos y no reembolsados a la institución originando desbalances económicos que a la larga influyen en la falta de mantenimiento e imposibilitan el desarrollo de estas instituciones de salud.

Muchos factores asociados a estancia hospitalaria prolongada que han sido descritos en los estudios relacionados al tema de investigación, aún no tienen clara evidencia científica de tener comportamiento seguro, por lo que, en situaciones donde la escasez de recursos económicos es un aspecto a considerar, se deben de orientar estrategias de intervención con elevada eficiencia, pero se debe de partir de una información fidedigna. En nuestro medio, no se tienen estudios sobre los factores asociados que prolongan la estancia hospitalaria y menos aún se han elaborado estrategias en los factores modificables para disminuir la permanencia de los pacientes en el Departamento de Tórax y cardiovascular. Muchos autores nacionales han identificado los casos de estancia hospitalaria prolongada describiéndose una frecuencia que varía entre 30-60% según la institución donde se efectuó el estudio (Zonana *et al*, 2011; Martín, 2013).

La literatura médica describe, pero no clasifica a estos factores asociados ni tampoco establece su nivel de importancia. Muy pocos estudios han elaborado en consecuencia medidas correctivas sobre los factores modificables. En términos generales, se han identificado factores clínicos y administrativos de la misma institución que tienen asociación estadística en establecimientos de otras regiones del mundo, por lo que, nuestro estudio buscará confirmar la presencia e importancia de estos factores en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, establecimiento de salud que según los proyectos del MINSA es el llamado a constituirse en el Instituto Nacional del Tórax.

2.1.1. Formulación del Problema

Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a estancia prolongada en el Departamento Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima?

Problemas específicos

¿Cómo es la atención asistencial en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular durante la estancia prolongada del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima?

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a estancia prolongada en el Departamento de cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

¿Cuáles son los factores institucionales asociados a estancia prolongada en el Departamento de cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue?

2.2. Justificación

Justificación teórica

La investigación aportará datos originales y permitirá ampliar los conocimientos sobre uno de los mayores problemas institucionales que incrementan los costos de la atención médica brindada a los pacientes con patologías quirúrgicas del tórax, corazón y de la vasculatura. Este problema ha sido identificado por diversos autores, pero no se ha abordado respecto a sus causas, factores modificables asociados ni respecto a las estrategias para optimizar el uso de las instalaciones físicas del Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Minsa.

De esta forma, los beneficios de la investigación serán para los pacientes, quienes tendrán la posibilidad de reducir su permanencia hospitalaria de ser corregidos los factores asociados modificables, lo cual permitirá la mejora de la calidad de la atención en salud para el paciente.

La institución donde se ejecutará el estudio se beneficiará porque la investigación permitirá orientar las acciones para lograr la reducción de los costos por hospitalización inadecuadamente prolongada, un uso racional de sus instalaciones, así como el logro de un indicador de mejora de la calidad de atención médica.

La población se beneficiará porque una rotación de pacientes permitirá la atención de un mayor número de pacientes y con ello elevar la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar.

Justificación Práctica

La investigación permitirá identificar los principales factores asociados de la estancia hospitalaria prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue sobre los cuáles se podrán sugerir estrategias de intervención a fin de tomar acciones decididas para hacer un uso racional y eficiente de los recursos institucionales.

De igual manera, el estudio podrá servir como fuente primaria para otros autores que deseen investigar sobre el tema, así como para estudios periódicos en la misma institución que permitan valorar las mejoras de la calidad en la atención médica, así como las modificaciones logradas por estas intervenciones en la reducción de las estancias prolongadas.

Justificación metodológica

La investigación podrá ser efectuada mediante un diseño descriptivo, dado que no serán necesarias intervenciones, procedimientos invasivos ni uso de sustancias para el logro de los objetivos. De esta forma, tampoco será necesaria la autorización del Comité de ética del establecimiento. Además, se cuenta con el número suficiente de pacientes y toda la documentación (historia clínica, informes

administrativos y de gestión) necesaria para obtener la información requerida para alcanzar los objetivos.

2.3. Relevancia

La investigación permitió identificar los principales factores asociados a la estancia prolongada en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue sobre los cuáles se podrá intervenir posteriormente para mejorar la calidad de la atención médica.

2.4. Contribución

La investigación aporta datos relevantes como son los factores asociados a la estancia prolongada de los pacientes que ingresan para cirugía torácica que no están descritos en la literatura médica por cuanto fueron abordados desde el enfoque del paciente, vision completamente diferente al enfoque medico, los que se convierten en oportunidades para aplicar planes de mejora de la calidad de atención hospitalaria.

2.5. Objetivos

Objetivo General

Conocer los factores asociados a estancia prolongada de pacientes en el Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

Objetivos Específicos

Describir los procedimientos de la atención asistencial en el departamento de tórax y cardiovascular durante la estancia prolongada del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

Identificar los factores socioculturales asociados a estancia prolongada en el departamento de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

Identificar los factores institucionales asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

2.6. Hipótesis

No aplica por ser estudio cualitativo de casos.

III. Métodos

3.1. Metodología

Unidad temática: Estancia prolongada

“El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales” (Benavides, 2006). Un servicio de hospitalización con estancia prolongada de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de “la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad” (Ceballos, Velasquez y Jaén, 2014, p.4).

Definición y concepto de las categorías

Atención Asistencial

De acuerdo, a la Organización Mundial de la Salud (1989):

La atención asistencial es la que identifica las necesidades de salud (educativas, de prevención, de protección y mantenimiento) de los sujetos o de una población de modo total o precisa; destinándose los recursos necesarios (humanos o de otra índole) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permita. (p.82)

Factores sociales

Son las características o cualidades comunes o predominantes que repercuten en la conducta de las personas con la misma patología o el mismo proceso patológico, para el caso de la investigación, todos los pacientes que permanecerán hospitalizados más del doble de tiempo del recomendado por los expertos para cada caso intervenido.

Factores institucionales

Son las características que se presentaron comúnmente en los pacientes que

tuvieron mayor estancia hospitalaria del esperado para su patología de fondo por problemas administrativos del servicio como son: Paciente con estudios prequirúrgicos incompletos, Tipo de Cirugía, Demora en solicitud de materiales y/o equipos especializados, Suspensión de cirugía programada por causas clínicas, Solicitud de estudios y/o exámenes sin cobertura del SIS.

Tabla 1

Categorización

Categoría		Sub categoría	
Código	Denominación	Código	Denominación
		C1.1	Casos epidemiológicos
		C1.1.1	Caso Lucio
		C1.1.2	Caso César
C1	Atención Asistencial	C1.1.3	Caso Mercedes
		C.1.1.4	Caso Fernando
		C.1.1.5	Caso Carlos
		C2.1	Aspectos sociales
		C2.1.1	Economía emocional
C.2	Factores Socioculturales	C2.1.2	Reacciones familiares
		C2.2	Aspectos culturales
		C2.2.1	Creencias religiosas
		C3.1	Factores administrativos
		C3.1.1	Demora en la estancia
C.3	Factores Institucionales	C3.1.2	Coberturas del SIS
		C3.1.3	Procesos de gestión
		C3.1.4	Calidad de atención
		C3.1.5	Estrategias gerenciales

Nota: Elaboración propia

Tipo de estudio

Estudio de Casos.

Los estudios de casos, son investigaciones que permiten profundizar los criterios de análisis de un caso concreto.

Al respecto, para Stake (1999)

Es el estudio de la particularidad y la complejidad de un caso, por el que se llega a comprender la particularidad y la complejidad de un caso, por el que se llega a comprender su actividad en circunstancias que son importantes. (p. 12).

Lo relevante, en esta definición son dos aspectos: en primer lugar, está la importancia de que quien decida emplear el estudio de caso en su investigación reconozca la tradición de la cual parte; y el segundo plano, este tipo de estudio no es sinónimo de método cualitativo. Lo que lo definen como tal es su singularidad: la del fenómeno que se estudia (Simons, 1999, p. 40).

Bajo esta perspectiva, Stake (1999) lo definió:

Es una investigación exhaustiva y tiene múltiples perspectivas, que va desde la complejidad a la unicidad de un determinado proyecto; sea político, institucional, programático o sistemático en un contexto real. (p.42).

3.2. Escenario de estudio

El escenario de estudio viene a ser el espacio/tiempo donde ocurrieron los hechos, donde se registraron o notificaron de acuerdo a los registros del departamento de cirugía y torax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.3. Caracterización de sujetos

Los actores sociales son todas las personas involucradas en el tema, partiendo desde los familiares (madre, padre, esposa/o, hijos), parientes, amistades; hasta el personal de salud que atiende a este tipo de pacientes. Ante esto, se ha considera emplear información de 5 pacientes que están hospitalizados ya sea para cirugía de alta complejidad como de baja implicancia.

Criterios de inclusion:

- Pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo.
- Pacientes hospitalizados más de 30 días en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue para cirugía mayor cardiaca o torácica.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio voluntariamente.

Criterios de exclusion:

- Pacientes con estancia prolongada que no entienden el idioma castellano.
- Pacientes con problemas neurológicos o psiquiátricos que impidieron la comunicación.

3.4. Trayectoria metodológica

Se siguieron las pautas de Taylor y Bogdan (1990) que propusieron un enfoque de análisis en progreso en la investigación cualitativa basado en tres momentos (descubrimiento, codificación y triangulación) los cuales están dirigidos a buscar el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian.

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76).

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se realizaron entrevistas estructuradas guiadas por la autora de la investigación. El instrumento fue un cuestionario de 15 ítems con respuestas libres (anexo 2), construido por la autora del estudio y validada por opinión de expertos. (anexo 3) Como se indicó, la técnica que se utilizó fue la observación analítica directa e indirecta del fenómeno social y en la abstracción de las causas con la finalidad de encontrar explicaciones de los procesos y/o comportamiento de la población en estudio.

Fue indirecta, puesto que se basó en la revisión documentaria existente y registros por el departamento de Cirugía de torax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unane. Al respecto, para Pieron (1986):

El análisis utiliza como principal instrumento de investigación, sistemas o planos de observación de acontecimientos o comportamientos. Como toda ciencia la reflexión necesita de datos objetivas para tener asidero científico. La observación constituye un método de toma de datos destinados a representar lo más fielmente posible lo que ocurre, la realidad. (p. 45).

El instrumento que se utilizó fue una ficha de observación elaborada por la investigadora.

3.6. Tratamiento de la información

Los datos obtenidos en las entrevistas fueron consignados en los instrumentos de forma individual, luego de culminar las entrevistas se consolidaron los datos para el análisis estadístico descriptivo correspondiente.

La información recopilada en el estudio ha sido confidencial, por lo que fue necesario utilizar otros nombres para identificar los casos. Se ha logrado obtener información de primera mano: historias clínicas, registros epidemiológicos, testimonios de familiares y aportes valiosos de los profesionales de la salud.

3.7. Rigor Científico

Según Hernández et al. (2010) el enfoque cualitativo posee diversas características, desde luego, estas sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativos. (Grinell citado por Hernández, 2010, p. 94)

Otros autores hicieron análisis sobre las actividades fundamentales del investigador social y es así que, por su parte, Lawrence (1994) afirma que "el investigador es aquel que observa los eventos ordinarios, y de manera cotidiana, va reflejando en su acción, describiendo los acontecimientos de manera natural, sin tergiversar las condiciones fenomenológicas de los hechos" (p. 34).

Se usaron los criterios para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y su rigor metodológico con la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Guba y Lincoln, 1989; Ruiz e Ispizua, 1989; Franklin y Ballau, 2005; Mertens, 2005).

Credibilidad:

También denominado como valor de la verdad o autenticidad, este criterio nos permite acercarnos y evidenciar a través de la observación y la conversación profunda; a los fenómenos tal y como lo perciben, sienten y piensan los sujetos de estudio. “La credibilidad se refiere como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigados” (Castillo y Vásquez, 2003, p.165).

Confirmabilidad:

Se refiere a la garantía de los resultados arrojados por los instrumentos de investigación, es decir que estos no hayan sido manipulados. Bajo este criterio los

resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. (Noreña, Moreno, Rojas y Malpica, 2012, p.268)

Transferibilidad:

“La transferibilidad o aplicabilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos” (Noreña et al., 2012, p.267). Con este criterio se trata de ver si los resultados se pueden adaptar a otros contextos o poblaciones.

IV. Resultados

4.1. Los Protagonistas y sus historias

El estudio recoge la experiencia de cinco crónicas de personas sometidas a operaciones quirúrgicas, muchas veces de alto riesgo, y lograron sobrevivir en el tiempo. Sus testimonios, sirven para focalizarse en la dimensión humana, cada una de ellas a su estilo experimentaron lo que es la enfermedad.

En efecto, la experiencia vivida la escriben los mismos protagonistas:

- “Soy evangelico” las creencias religiosas consolidan un refugio de esperanza (caso Lucio).
- “Me duele todo”, consecuencias de la indolencia médica ante una experiencia vivida de un paciente (Caso César).
- “Soy muy paciente”, reacciones familiares frente a la enfermedad (Caso Mercedes).
- “La familia se preocupa” soporte emocional por parte de la familia hacia los pacientes (Caso Fernando).
- Demora en los insumos para cirugía, depresión y espera en el hospital (Caso Carlos).

Los protagonistas son pacientes que han experimentado la espera para poderse operar de problemas cardiovasculares en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de la ciudad de Lima. No obstante, cada caso demuestra distintas características de las experiencias vividas por los protagonistas.

4.2. Estudio de casos:

Caso 1: Las creencias religiosas

Lucio, varón, cuzqueño con 26 años de edad, con 7 años de padecimiento; se convierte a la religión; Sus creencias le permiten aferrarse a la religión frente a la posibilidad de operarse.

Diagnóstico: Estenosis Aórtica+ insuficiencia Mitral.

Entrevistados: A él expresamente y a la familia.

Antes: Situación de referencia y tratamiento en el Cuzco

Paciente nacido de Pumacanchi – Cuzco, evangélico, casado con secundaria completa.

Que ingresa por consultorio externo de CT y CV el 5/7/16 con tiempo de enfermedad de 7 años, episodio actual de 5 meses con disnea progresiva, palpitations y un episodio de hemoptisis, que en el año 2015 se diagnostica Estenosis Aórtica+ insuficiencia Mitral en el Hospital Regional Cuzco, para luego ser derivado a Hospital Hipólito Unanue, en donde se hospitaliza por nuestra especialidad con análisis completos y con sus materiales dados por el SIS.

Procesos de crisis

Durante su estancia en el Hospital, al inicio refiere era un poco reacio a operarse pensaba que solo con medicinas iba a curarse y pegarse a la religión le iba ayudar también, pero como me veía que se agitaba más y dormía sentado se dio cuenta que tenía que operarse. Mientras tanto ya había presentado sus papeles del SIS para su cirugía cardiaca en el mes de febrero 2016 y cada semana iban a preguntar sus familiares (esposa y un hermano) sobre los materiales en Logística y Farmacia, se cansaban ya de preguntar porque siempre le decían que no había presupuesto y que regresara en un mes.

Paciente al hospitalizarse aún no tenía los materiales completos. “Me sentía mejor, no me agitaba porque entendía que estaba medicado, pero algunas veces me siento mal, me molesta la cabeza, me altero, cambio de genio y le grito a mi pareja, porque el SIS no compra el material para la cirugía”. Así que la solución fue fastidiar todos los días, hacer presión con mis familiares, a pesar que él se quejó a la SUNASA por el problema de la compra y le respondieron que sabían su caso y estaban en lo de la compra.

Despues de la operación

Las visitas médicas pasaban y se preocupaba porque el médico le decía que si no tiene el material no se puede operar y eso “me pone mal” y a la vez cansado de esperar tanto tiempo. Se completó los materiales una semana antes de la cirugía. Se operó el 16/9/16 Cambio de válvula mitral y aortica, su evolución fue favorable, estuvo en UTI por 10 días donde la esposa se sentía preocupada que este mucho tiempo ahí y no pase a su cama a pesar que se le explicaba cómo iba. Luego pasa a Intermedios de CT y CV, sin complicaciones, se demoró el alta porque no tenía buena anticoagulación por las válvulas mecánicas “me siento mejor” porque ya me operaron, pero ya quiero irme a mi pueblo, los médicos me explicaron que si no tengo buena anticoagulación mi válvula se puede tapar. Tengo que esperar y venir a Lima cada 2 a 3 meses para controles de hematología; en mi pueblo no hay esa especialidad y en cuzco solo el médico general o médico Internista, esto me preocupa tendría que ir a lima para mi control y voy a gastar; además presentó alteración del ritmo cardiaco (fibrilación auricular) por lo que pasa a cardiología el día 5/11/16 donde se estabiliza y dado de alta 8/11/16.

Criterio de análisis

En efecto, las dinámicas sociales que intervienen en el caso de Lucio gira alrededor de las creencias religiosas, siendo estas las que consolidan las percepciones de la sanidad; es decir, tener la enfermedad es una prueba divina, una máxima categórica que se debe cumplir incondicionalmente, aun cuando exija tener que contrapesar la decisión de someterse a la operación por un bien mayor. Por otro lado, se trata

de un paciente joven, diagnosticado estenosis aórtica e insuficiencia mitral; al momento de internarse tenía mucho temor de someterse a la operación: *“era la primera vez que se sometía a una operación de alto riesgo”*, por tanto, una experiencia que en cierta manera exige someterse a los designios del “Señor” mediante los médicos del hospital. En un inicio se pudo percibir que la condición económica fue uno de los factores condicionantes para hacerse los exámenes en su Cuzco natal, la suerte de tener el SIS, le fue de mucha ayuda; porque logró sacar la transferencia para Lima; un gran avance para la familia. En los procedimientos preoperatorios, los médicos solicitan a el paciente y familiares que tengas todo listo; sin embargo, la demora fue en la búsqueda de los insumos:

“Presenté mis papeles al SIS en el mes de febrero del 2016, y fuí a preguntar cada semana a las oficinas de Logística y Farmacia, donde me dijeron que aún no tenían mis materiales completos porque el Hospital tenía una deuda muy alta con las casas comerciales y no les aceptaban hacer compras individuales.” (Lucio, 26 años, HNHU, 2016)

Ciertamente, dejando de lado, las demandas sociales que aborda el SIS, la causa principal para la estadía hospitalaria se debe a la falta de insumos necesarios para la operación.

Se le había hospitalizado sin tener los materiales se tuvo que presionar para la compra de los materiales, los documentos permanecían dormidos, luego de presentarse un reclamo ante Sunasa, recién el hospital compró las “válvulas” y pudo programar para operarlo. Lo que causó molestar para mismo paciente:

Los problemas administrativos me provocaron una alteración psicológica al no ver que no se compraban los materiales. Tenía presión alta, pedía a Jehova que el hospital comprara las válvulas. Esperé 2 meses para que me puedan operar. Fue una operación muy larga, pero Jehova, mi Dios, guió a los médicos que duraron como 10 horas. (Lucio, 26 años, HNHU, 2016)

En consecuencia, la religión para Lucio es un modo de refugio ante la demora de los materiales; sin embargo, el convencimiento de operarse, hizo de él un paciente con esperanza. Finalmente, se logró operar con éxito. Al respecto, Seligman (2003, citado por Oblitas, 2008) afirma que la Espiritualidad, fe, sentido religioso: existe por un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior que da forma y determina nuestra conducta y nos protege.

Caso 2: Deshumanización de la salud

César, varón, jubilado con 71 años de edad, operador de maquinaria en una empresa privada.

Diagnóstico: Disnea e insuficiencia aórtica.

Entrevistados: Se le entrevistó a él y a la hija.

Antes: Experiencia del dolor

Paciente nace en Junín, jubilado fue operador de maquinaria empresa privada, vive en Ate, tienen 2 hijos y una nieta que viven con ellos. La responsable de sus papeles es su hija.

El paciente inicia su enfermedad hace 6 meses aproximadamente con un episodio actual de 2 meses con disnea y edema de miembros inferiores siendo diagnosticado e Insuficiencia Aórtica e iniciar sus papeles del SIS en noviembre del 2016. La hija se presenta los papeles para la compra de materiales y le da seguimiento.

Procesos de crisis

Paciente refiere que su hija va cada 2 semanas va a preguntar por sus materiales, pero no le dan respuesta de cuando van a comprar, eso me preocupa, pero al menos estoy bien a la vez que hago mis análisis para la cirugía.

Paciente en el mes de febrero 2016 presenta descompensación siendo internado en Cardiología con diagnóstico Endocarditis Infecciosa recibiendo tratamiento, mientras tanto seguía esperando los materiales. A la espera de materiales a pesar de estar completos pasa a cirugía de tórax y cardiovascular el día 11/4/16.

La hija está desesperada porque aún no lo compran y refiere hacer una pollada para comprar lo que le falta, “me siento mal” y a la vez “preocupada” por mi papá porque se deprime y está bajando de peso y se descompensa cada 3 días, está muy agitado.

El paciente se siente mal, “me duele todo y me preocupa mi esposa porque está sola, no tengo dinero y mis hijos tiene carga familiar, ellos se preocupan también tratan de animarme, pero a veces pienso que me voy a morir, me pongo mal por mi problema del corazón; me desespero”. Ahora tengo material y los médicos no me operan porque el Hospital no tiene bolsa de aféresis, ya me quejé a la Dirección, ya estoy cansado”.

Después de la operación

La hija habló en la dirección y se quejó, lloró y dijo que algunos médicos sean tan indolentes, que el hospital no compre, dice “yo lo quiero comprar, pero la subdirección me dice que van hacer los papeles para que sea la compra rápida mientras tanto mi papá se pone mal, ya lo pusieron en un ventilador. Pasan 3 días y se opera el 30 de abril 2016 se cambió la válvula evolucionó favorablemente, permaneció en UTI 6 días y pasó a Intermedios.

El paciente y su hija se sienten “agradecidos” y dan gracias a DIOS y los médicos que todo salió bien a pesar de las dificultades que hubo. A los 20 días se le da de alta día 20 de mayo de 2017.

Criterio de análisis

La indolencia médica se relaciona estrechamente con la deshumanización de la

salud; esto viene calando hondo en los establecimientos de salud. La deshumanización, por lo general toma por sorpresa a los profesionales de la salud, haciéndolos más indiferentes ante el dolor de las personas; los pacientes vienen a ser las víctimas, repercutiendo en el proceso recuperativo. Para Bermejo (2012) “la deshumanización sanitaria se ha convertido en un dilema social, porque repercute en el trato hacia la persona enferma” (p.12). Asimismo, en estos centros hospitalarios el enfermo se siente oprimido, convirtiéndose en eslabón, y los establecimientos en una cadena de montaje. Desde luego, se experimenta el trato frío y hostil en algunos casos.

No obstante, “la persona humana se despoja de su condición humana; de sus sentimientos, de su pudor; de la familia, para luego tomar posesión de ser un número de cama, un caso, una operación por hacer, y en la mejor de la suerte en un experimento exitoso para la medicina” (Bueno *et al.* 2014, p. 22). En consecuencia, la deshumanización de la medicina, señala varios aspectos: la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización del personal de salud, el insuficiente respeto a la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, la pérdida de humanismo, priorizar el ingreso económico o considerar al paciente como un objeto carente de valores y sentimientos.

César es una víctima de este sistema sanitario, pese a que se evidenció muchas dificultades tanto en la adquisición de los insumos para la operación, como en el apoyo familiar; en el trasfondo se trató de la demora para operarlo, por parte del hospital para conseguir la bolsa de aféresis: “*me quejo ante la dirección, ya estoy cansado*”.

Sin embargo:

Los médicos se demoraron mucho en solicitar los materiales para la cirugía; el SIS también demoró en tramitar la compra, por otro lado, la farmacia como dos meses. Me citaron dentro de un mes para el estudio con eco-doppler; y otros exámenes, pese a la insistencia, los

doctores demoraron para programar mi operación. (César, 71 años, HNHU, 2016)

Caso 3: Reacciones familiares ante la enfermedad

Mercedes, mujer, piurana de nacimiento, de 59 años, vive en Lima, solo estudió primaria.

Diagnóstico: Estenosis mitral severa.

Entrevistados: Se le entrevistó a ella y a sus hijos.

Antes: El temor ante la operación

Paciente que sabía de su enfermedad desde el 2012 con diagnóstico de estenosis mitral severa y que al inicio no quería operarse “tenía miedo” pero las descompensaciones de su corazón le hizo cambiar de opinión, así que presentó sus papeles en setiembre del 2015, pero por falta de información demoró su trámite al SIS y aprobar su cobertura extraordinaria este le demoró casi dos meses de aprobación y pasar a logística para su compra , la citaban cada 2 semanas y compraban poco a poco porque no había mucho presupuesto que tenía que esperar. El personal e logística les decía además que era mejor que el hospital comprara x stock los materiales, pero el SIS lo pedía por paciente no por grupo. “no hay presupuesto”. Esperó casi un año las compras del material por lo que se hospitaliza el 1 de setiembre 2016.

Procesos de crisis

Durante su estancia en el hospital la paso tranquila y paciente hasta que compren la válvula, digo “soy muy paciente en todo momento” los desesperados son mis familiares que fastidian a los médicos preguntando cuando me opero, sé que de ellos no depende sino del SIS que compre la válvula a pesar que ellos también se quejan de cuando lo van a comprar. *“Lo que me importa es que estoy bien y puedo esperar”*.

Después de la operación

Se operó el 19/10/16 cambio de válvula Mitral. Estuvo en UTI 5 días con buena evolución clínica y anticoagulación: *“En un momento me sentí agitada me faltaba el aire, me evaluó el médico, me tomó una radiografía de tórax habiendo agua en mi pulmón izquierdo, eso me preocupó, pensé que me iban a operar otra vez y me asusté, felizmente el médico me explicó que tenía que sacarme dicho líquido en mi pulmón”*. Esto ocurrió en 2 oportunidades por lo que la segunda vez me colocaron un tubo en mi pulmón izquierdo. Se me complicó mi operación, a pesar de que los médicos me decían que a veces pasa que es una complicación común de igual forma esto me preocupó más y mis familiares se turnaban para cuidarme en piso porque ellos también estaban preocupados. Felizmente mejoró y me sacaron el tubo. La paciente es dada de alta el día 26 noviembre del 2016.

Criterio de análisis

Al tratar de las reacciones de los familiares, se hace referencia a las acciones de la familia frente al trato que recibe su paciente dentro del establecimiento hospitalario. En cuanto a Mercedes, durante la entrevista, dio a notar que su familia estaba más preocupada que ella misma, pese a las diversas respuestas que recibió por parte del Hospital.

Por otro lado, es de considerar que Mercedes fue diagnosticada por una estenosis mitral severa, en otras palabras, su problema era de válvula cardíaca. Ella, conocía de su enfermedad desde el año 2012, por complicaciones que presentó al momento de hacerse un control cardíaco: *“Me dolía el corazón”*:

Hicieron hasta tres juntas médicas porque el cardiólogo no daba toda la información para que decidan la operación que me iban a hacer. Me dijeron que ya todo estaba conforme y que esperara. Pero sucede que el cardiólogo no había recogido la solicitud para la compra de medicamentos. Perdí mucho tiempo por culpa del cardiólogo. (Mercedes, 59 años, HNHU)

Bajo este criterio se puede evidenciar que el interés por parte de la familia es continuo, porque busca el bienestar de su paciente. Más aún si se trata de la mamá.

Las reacciones responden siempre a un problema generalizado, y en concreto a la estenosis mitral severa. Por tanto, dentro de la psicología, las reacciones se generalizan debido a un proceso que se alternó en el tiempo a causa de una dificultad cardiaca. Por otro lado, al tratarse de una enfermedad relacionada al corazón, siempre es de mucho estrés, y alto riesgo dentro de la familia, sin perder el interés de resolución de todo lo que implica enfrentarse a un sistema sanitario que demora en sus trámites de gestión. Aun cuando se trate de una persona con algunos familiares que le colaboraron para la compra de materiales para la operación. El rol de la familia en dar una respuesta eficiente es casi inmediato, ante una realidad concreta. Por lo general, las redes familiares se convierten en un aval social.

Caso 4: Soporte emocional

Fernando, varón, de 51 años, vive en Tarapoto, fue transferido del hospital regional de San Martín a Lima.

Diagnóstico: Aneurisma toraco abdominal disecante de aorta.

Entrevistados: Se le entrevistó a él y a su esposa.

Antes: Traslado de un hospital a otro

Paciente de 51 años de edad, natural de San Martín, viene transferido del Hospital Regional con el diagnóstico de Aneurisma toraco abdominal disecante de aorta con un tiempo de enfermedad de un mes y medio de dolor abdominal que se irradiaba hacia la espalda que cada vez era más intenso por lo que lo trasladan a nuestro hospital llegando a la emergencia el día 16/8/16. Ante la gravedad del paciente en todo momento se encontraba estable, pero a la vez ansioso. Su esposa que la acompañaba en todo momento era la que se encargaba de ver los papeles, los días

posteriores vienen los hermanos para ayudar a agilizar los documentos para la compra del material, ya que dicho diagnóstico se debe de operar a la brevedad posible. Tanto los familiares y los médicos se quejaban por la compra del material al Hospital; y a la dirección y se pudo comprar el material. Uno de los hermanos se fue al SIS central a ver los papeles y también tenía ayuda de un familiar que trabajaba en el hospital que también hacía presión.

Procesos de crisis

La familia se preocupaba más porque los médicos le explicaban que la cirugía tiene alta mortalidad por ser una cirugía grande y de varias horas esto a la esposa la asustó más. “por momentos me desesperaba y lloraba sin que se de cuenta mi esposo.

Después de la operación

Gracias a la presión constante se operó el día 31/8/16. Estuvo 10 días en la UTI , Yo me sentía bien a pesar de lo largo que fue mi cirugía me colocaron una prótesis en mi aorta, me veo mi herida tan grande y me asusto, todos los días me lo curan pero no se ve bien sale pus, y el médico me dijo que nuevamente voy a entrar a sala y me pongo nervioso y mi familia está preocupada , mi esposa me dice que voy a salir bien que ya hablo con el médico y que esta es una cirugía pequeña y que no va ser larga hay que limpiarla. Escuchar a mi esposa decir eso me tranquilizó, entro el día 17/9/16 para una limpieza quirúrgica de la herida.

Los días pasaban y veía mi herida que mejoraba poniéndome de mejor ánimo, al igual que mi familia que me apoyaba y me decían que voy na mejorar. Me siento agradecido por el servicio brindado a todos.

Dado de alta el día 24/10/16.

Criterio de análisis

Con el pasar del tiempo, uno observa hacia el pasado, y recuerda el pasado como si se trata de unos minutos transcurridos, algo similar ha sucedido con respecto a

Fernando, murió hace algunos meses. Perdí contacto, pero sé que se hizo un trabajo titánico para lograr operarlo, pese a todos los inconvenientes que se suscitaron dentro del hospital. Tal vez, de todos los casos, éste sea el paciente con quien me familiarice más.

Frente a ello, Fernando tenía 51 años cuando solicito asilo para lograrse operar de una aneurisma toraco-abdominal disecante de aorta, un problema de alto riesgo si se equipara a los demás casos; por tanto, merece la atención necesaria de cada punto, lo que se ha podido sacar de este, ha sido solo tres puntos:

El soporte emocional:

Comprende la dinámica intra y extra familiar; en el caso de lo primero, quien proporciona este soporte es la familia, principalmente lo más allegados: Esposa e hijos y/o padres y hermanos. No se descarta la posibilidad de tener el soporte emocional de otros familiares. Por ende, esto se convierte en una fortaleza para el paciente. De acuerdo a la concepción de Seligman (2003, citado por Oblitas, 2008) al tratarse de situaciones crónicas, implica múltiples causas, ya sean factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales (p.11). No obstante, el soporte emocional repercute en el proceso recuperativo de la persona, porque genera estados de ánimos positivos, puesto que mejora la adaptación a las nuevas situaciones, facilita el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico, y contribuye a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social.

En efecto, el soporte emocional que brinda tanto la familia como los profesionales de la salud juegan un rol esencial para la recuperación del paciente; sin embargo, al no poder manejar estas situaciones, se generan emociones negativas como el estrés, la ansiedad y la depresión.

*“La operación fue muy larga, duró 14 horas y después se complicó con infección de la herida operatoria, la cual me hicieron cura quirúrgica. También hice neumonía y complicaciones metabólicas. Luego de mi operación, el acompañamiento de mis hijos y esposa fueron muy necesarios”
(Fernando, 51 años, HNHU, 2016)*

En consecuencia, el soporte familiar, viene hacer el motor que motiva a los enfermos, éstos se nutren cada vez que estrechan lazos afectivos, estimulan y activan las endorfinas, y a su vez la serotonina. En efecto, “el soporte es la condición más humana, expresada en lazos de afectos humanos, que permite acumular energías positivas (Taylor 2007, p. 183).

Caso 5: Demora en la administración de los insumos

Carlos, varón, de 34 años, vive en Lima, en San Juan de Lurigancho. Empezó a tratarse en el Hospital de San Juan de Lurigancho, por falta de este servicio, va al Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Diagnóstico: Micetoma lóbulo superior derecho post secuela tuberculosa.

Entrevistados: Se le entrevistó a él y a su madre.

Antes: Tránsito de un hospital a otro

Paciente de 34 años natural de Lima, vive en San Juan de Lurigancho, es soltero tiene secundaria completa, católico.

Se hospitaliza por consultorio externo el día 4/8/16 con diagnóstico de Micetoma lóbulo superior derecho post secuela tuberculosa, con tiempo de enfermedad de 6 meses con hemoptisis.

Procesos de crisis

El Paciente es operado el 19/9/16 lobectomía superior derecha, al 2do día de operado el paciente presenta fiebre todos los días complicándose su cirugía con diagnóstico de fístula bronquiopleural post lobectomía superior con empiema, por lo que se decide realizar nueva cirugía por persistir su fístula.

Me siento asustado por la nueva cirugía y “pesimista” por su mejoría, me siento “encerrado” por el tiempo que espera por tantos problemas en el hospital y “que no hay material” por eso el doctor no me opera.

Mi madre está preocupada y nosotros queremos comprar los materiales, pero en la dirección del hospital nos han dicho que ya han hecho el pedido de la compra de los hilos.

Después de la operación

Se opera el día 5 de octubre 2016. Me siento mejor porque veo que mi dren no burbujea y no sale pus, lo que siento es dolor por la herida y parece que esta cirugía salió bien, tengo que esperar y ser positivo. Aun cuando la familia le brinda soporte, Carlos mostraba signos de mejora, la familia lo apoyaba y le daba aliento para mejorar: *“Pasaron los días, me retiraron el dren y a los 2 días después me dieron de alta. Esto me alegró bastante porque estaba algo deprimido ya que me operaron 2 veces y esta segunda cirugía no sabía si iba quedar bien”* (Carlos, 34 años, HNHU, 2016). Es dado de alta el día 20 de octubre del 2016.

Criterio de análisis

En cuanto a la ansiedad, comprende ser una emoción negativa de acuerdo a la propuesta de Seligman (2003); al igual que el estrés y la depresión, la ansiedad causa mucho daño en la persona enferma. Su repercusión se trasluce en el comportamiento frente a la enfermedad. Desde luego, a mayor estancia prolongada en el hospital, mayor angustia causa la espera de los insumos o materiales para la operación. El caso de Carlos, al igual que los otros, tiene un común denominador: todas las estancias prolongadas dependen principalmente de la demora de los insumos y por ende de la compra de los insumos específicos para las operaciones quirúrgicas.

En primer lugar, se denota la demora en los trámites del SIS para la compra de los insumos, con algo de suerte, se consigue a tiempo record (una semana), con cierta diligencia médica (10 días), hasta puede durar meses.

En segundo lugar, está la demanda de casos que se operan en el hospital cada año, va en creciente. El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital de alta complejidad, anualmente se logran operar entre 545 pacientes en todas las cirugías, solo casos de toráx 320, y 225 cardiovasculares respectivamente.

En tercer lugar, el hospital tiene capacidad para 70 camas por departamento y/o servicio, cuyas atenciones oscila entre 300 a 400 pacientes por especialidad durante un día, asignándose al departamento de cirugía de toráx y cardiovascular 12 pacientes por día. En efecto, es lógico pensar que, a mayor demanda, mayor debe ser la oferta en las atenciones del hospital. Sin embargo, es lo contrario, a mayor demanda, menor es la oferta que se otorga en la atención hospitalaria, sin considerar, luego las huelgas de los profesionales de la salud. Todo suma, nada resta, es una cuestión de lleva y trae, perjudicándose, desde luego, los mismos pacientes.

En el caso de Carlos, los trámites para conseguir las medicinas, fue todo un enrollo, muy aparte de eso, la falta de pago (por servicios prestados al Estado) por el SIS, la estancia se prolongaba:

Me siento aburrido, ansioso porque ya voy cumplir un mes y no me operan, se dice porque no hay insumos para la cirugía (por falta de pago del SIS al hospital) y además de no haber anestesiólogos porque el hospital no ha pagado a dicho personal. (Carlo, 34 años, HNHU, 2016)

Sin duda, alguna lograr operarse en tiempo record en un hospital estatal es todo un privilegio. No obstante, desde la temática de los sistemas sanitarios, el Perú ostenta un sistema segmentado (Londoño y Frenk, 1997); siendo de ese modo, la manifestación social para alcanzar al menos el derecho natural de la salud, es todo un dilema en la administración pública.

4.3. Análisis comparativo de los casos

Se centra en cinco casos, cada uno de ellos representa una realidad en la que se experimenta la patología valvular y torácica dentro del Hospital Nacional Hipólito Unanue, de la ciudad de Lima. En la mayoría de los cinco casos, se ha evidenciado que tres de estos pacientes son de provincia: “La provincia toma un nuevo rostro en la capital” (Matos, 2012) las dinámicas sociales repercuten en el proceso recuperativo de la persona y en su estado emocional. No obstante, cada aspecto analizado concatena con las tres categorías propuestas.

Para los factores asociados a los procedimientos de la atención asistencial en el departamento de tórax y cardiovascular, durante la estancia prolongada se pudo evidenciar: complicaciones posoperatorias comunes, ante ello, las familias, específicamente en el caso de Mercedes, pudo responder con responsabilidad, aun cuando estaba ansiosa ante la operación. No se pudo observar lo mismo, en el caso de Lucio; ante escasas de soporte emocional, las estrategias empleadas por Lucio, fue aferrarse a la religión, quiera o no, fue una fortaleza para su recuperación.

En relación a los factores socioculturales, los hallazgos fueron distintos en cada caso. En primer lugar, se evidencia que, el común denominador ante la demora en la estancia se debe, en efecto, a la demora de la gestión administrativa. Vale decir que, el principal problema es el trámite para adquirir los materiales de la operación; sin embargo, cada caso manifiesta realidades diferentes. No obstante, en el caso de César, es claro que el trato de parte del personal de salud ha sido, en cierto modo, indiferente desde la perspectiva del paciente, pero desde la perspectiva de los profesionales de salud, de acuerdo a las indagaciones realizadas, se ha comprobado que, el personal responsable por el caso, agilizó procedimientos, y en efecto, el hospital accedió comprar todos los materiales en un tiempo record, aún cuando los trámites por se, demoran más de la cuenta, a pesar que se gestiona lo más antes posible. Por otro lado, en el caso de Lucio, se ha evidenciado que la principal fortaleza fue la religión: “*creyendo en Jehova, pudo curarse*”, aspecto que se respeta en la concepción religiosa de cada persona. En este sentido, las reacciones asumidas por la familia de Mercedes, fueron entendidas en su momento, y en parte, se comprende ante una situación similar:

“la familia es la principal responsable de velar por el cuidado de su paciente”, en cierto modo se tolera; sin embargo, si la respuesta es adversa, se trata de manejarlo con la asistencia de un profesional en psicología, o la colaboración de la asistente social.

Por el contrario, pasa con Fernando, se pudo evidenciar el apoyo incondicional de la familia desde el inicio de su hospitalización, la familia mostro sumo interés ante la mejoría del paciente; sin embargo, como suele pasar, la estadía en esta vida de Fernando no fue prolongada: Murio, a pocos meses de su operación.

Con respecto, a los factores institucionales y/o administrativos asociados a la estancia prolongada fueron cuatro aspectos puntuales:

- Demora en los trámites de instancia a otra, aun cuando se haya tramitado con el subsidio del SIS, éste seguro mantiene una brecha de pago presupuestal para con el hospital, una deuda por varios meses, eso quiera o no, retrasa los procesos para las nuevas adquisiciones de los insumos de la operación, y altera todo el balance presupuestal del hospital.
- La compra por parte del hospital de material quirúrgico, debido al bajo presupuesto asignado en las entidades estatales, es un tema de nunca acabar; se viene prolongando cada vez más; ello lleva a que el mantenimiento de los espacios o salas quirúrgicas no estén habilitadas para tales procedimientos, de modo que agilice la oferta en el servicio.
- El otro aspecto, la demanda social que tienen los hospitales públicos; de acuerdo a la Endes (2017) solo en Lima se concentra la mayor cantidad de casos para operar; en efecto, a tanta demanda, y escasa oferta, es lógico pensar que no se puede otorgar un trato de calidad y eficiencia en el servicio; por el contrario, es mucho el esfuerzo que se hace a diario en estos establecimientos sanitarios para paliar las necesidades de la población.

- En último aspecto, es la huelga de algunos sectores profesionales de salud; el hecho que los médicos hagan huelgas, los procedimientos lejos de prolongar más las estancias, hace que la atención colapse, se sature cada vez más, y desde luego, vea el hospital como alternativa dar de alta a la mayoría de pacientes; en consecuencia, acrecienta los problemas sociales de la población. No obstante, la gestión debe negociar con estos profesionales, sin embargo, dentro del hospital es muy débil la respuesta por parte de los gestores, tal como se ha logrado evidenciar.

V. Discusión

De acuerdo a la teoría de Seligman (2003) basada en la elección sin coerción, comprende tres elementos fundamentales: contribuye al bienestar, son las mismas personas quienes la buscan, siendo el bienestar independiente de otras variables. Siendo así, su propuesta, las personas sean pacientes y/o familiares experimentan emociones positivas y negativas, así como también las generadas por los profesionales de la salud cuando se involucran en el problema en la etapa recuperativa de los pacientes con insuficiencia cardíaca y torácica. Las relaciones positivas generan soporte emocional, crea sentido y significado de la vida en los momentos más críticas antes y después de la operación. Por otro lado, la estancia hospitalaria para un paciente con enfermedades cardíacas y pulmonares, según un estudio realizado por Suasnabar (2018) está entre los 22.4 días; adicional a estos se pueden prolongar hasta 5 días aproximadamente para los controles posoperatorios. Al respecto, Horta (2014) propuso un modelo que calcula la estancia prolongada basada en factores de riesgo, con un promedio de 14 días de hospitalización. Sin embargo, en la práctica la estancia se prolonga más de lo debido, de acuerdo a los hallazgos encontrados de 2 a 3 meses respectivamente, sin contabilizar los días para la recuperación posoperatoria. Ante ello, existe diversos factores que intervienen en la estancia prolongada en un hospital de alta complejidad que a diario se atienden entre 300 a 400 pacientes por especialidad, y 12 pacientes por día en el departamento de cirugía torácica y cardiovascular.

Respecto al objetivo general, los factores asociados a estancia prolongada de pacientes en el departamento de cirugía de torácica y cardiovascular se logran conocer tres principales: procedimientos en la atención asistencial tanto en las complicaciones posoperatorias comunes como en el trato indiferente de algunos profesionales de la salud; tal como lo sustenta el estudio de Nunes *et al.* (2014) las razones de la estancia prolongada fueron los atrasos o cancelaciones de los procedimientos quirúrgicos, la inestabilidad clínica, espera de la estabilización del cuadro clínico de los pacientes y la terapia antibiótica. Asimismo, el estudio de Lozano (2015) concluyó que los factores predisponentes en la atención a pacientes con insuficiencia cardíaca, los enfermeros señalaron que la hipertensión arterial es la patología común (complicaciones comunes), sobre los síntomas clínicos se señaló que los edemas se manifiestan en los miembros inferiores, en cuanto a

exámenes son los electrocardiogramas, a estimulantes o agentes tóxicos fue el exceso de sal y azúcar.

Los factores socioculturales también se pudieron observar en el comportamiento fenomenológico en tres casos específicos Lucio, César y Mercedes; ante ello, el estudio de Gutierrez (2016) sustentó que el rol emocional, dolor corporal, además del impacto generado por las características demográficas y aspectos culturales se relacionan directamente con los aspectos sociales independientemente al deterioro físico y emocional. Y por último están los factores insitucionales y/o administrativos; frente a ello, el estudio de Ceballos, Velasquez y Jaén (2014) propuso que el problema de la estancia prolongada hospitalaria se debe a un “ajuste por riesgo” en la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención en otro nivel de complejidad, situación sociofamiliar y la edad del paciente. Por último, la propuesta de Fernández (2018) identificó factores de riesgo (edad y sexo) asociadas a estancia prolongada debido a las comorbilidades que se presentaron en personas con neumonía; llegando a determinar que el sexo femenino como factor protector.

En relación al objetivo específico 1: descripción de los procedimientos de la atención asistencial en el departamento de tórax y cardiovascular durante la estancia prolongada del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, los hallazgos demuestran que existe indolencia médica en el trato hacia los pacientes. Ante ello, Bermejo (2012) discute la razón por la cual, los pacientes se convierten en víctimas de la deshumanización de la salud, haciendo de ella, un problema social que repercute no solo en el paciente, sino también en la familia. Por otro lado, la propuesta de Bueno *et al* (2014) señaló varios aspectos asociados a ello, como la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, insuficiente respeto a la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, y la pérdida de humanismo. En este aspecto, Gámez *et al.* (2018) sustentó que la estancia prolongada está relacionada estrechamente con la atención asistencial por parte de los profesionales de salud, aplicando así seguridad y eficacia al tratamiento ambulatorio de los pacientes. Desde este punto de vista, los hallazgos encontrados en el caso de César, demuestran que a mayor prolongación de la estadia

hospitalaria, mayor es el impacto, a veces, de algunos profesionales de la salud, frente a la insistencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca y/o enfermedades torácicas que están a la espera de una intervención quirúrgica: *“pese a la insistencia, los doctores demoraron para programar mi operación”* (César, 71 años, HNHU, 2016)

En cuanto al objetivo específico 2: se identificó los factores socioculturales asociados a estancia prolongada en el departamento de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima. De acuerdo a los hallazgos encontrados se pudo observar que factores como la religión, la economía emocional, la religión, las reacciones familiares, y los trámites de la demora, repercute en el estado emocional del paciente en la estancia prolongada. Al respecto, Pérez y Vivar (2012) evidenciaron los factores identificados en relación con las diversas experiencias de las familias para con sus pacientes con IC. determinándose a la calidad de vida del cuidador, síntomas depresivos, desgaste, predictores del bienestar del familiar (género, edad, soporte emocional, situación laboral y económica, aspectos religiosos y culturales y salud del cuidador) y el manejo de la IC. Sin embargo, no se debe dejar de lado, el comportamiento de cada paciente frente a prácticas domésticas de tabaquismo u otro estimulante; al respecto, Alcalá, García, Villaseñor y Reynoso (2015) el consumo de tabaco repercute en la insuficiencia cardíaca y con ello en la estancia prolongada hospitalarias, porque su estado empeora.

En relación al objetivo específico 3 identificar los factores institucionales asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima. De acuerdo a los cinco casos, se encontraron los siguientes hallazgos: Demora en los trámites dentro del hospital para la adquisición de materiales quirúrgicos, aun cuando sea subsidiados por el SIS, aun cuando éste tenga deudas exorbitantes para con el hospital; luego se evidenció las demoras en la compra de los insumos quirúrgicos en entidades estatales. A su vez, el estudio de Nunes *et al.* (2014) estos factores contribuyen para aumentar la media de la estancia hospitalaria, aumentando los costos hospitalarios y disminuyendo la rotación de camas. Este estudio consideró como

estancia prolongada si un paciente permanecía hospitalizado por más de 30 días. Por otro lado, Calle (2016) y Ceballos *et al.* (2014) los factores predisponentes en la atención asistencial a pacientes en el departamento de cardiología se deben, no solo a las complicaciones comunes, sino también a los síntomas clínicos (edemas de miembros inferiores, hipertensión arterial) y otros estimulantes o agentes tóxicos (Sánchez *et al.*, 2015). Asimismo, está la compra por parte del hospital del material quirúrgico, las demoras en los trámites logísticos, el subsidio del SIS como también el bajo presupuesto asignado anualmente. Al respecto, Ruiz (2016) sugiere que dichos factores sean modificables, con ello mejoraría la calidad de atención hacia el paciente, disminuyendo los costos para el hospital.

VI. Conclusiones

Primero: De acuerdo a los hallazgos encontrados en los cinco casos estudiados, se pudo evidenciar tres principales factores que la estancia hospitalaria sea prolongada en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular: Atención asistencial manifestado en el caso de César (deshumanización de la salud); factores socioculturales evidenciados en los casos de Lucio (aspecto religioso), Mercedes (reacciones familiares) Fernando (soporte emocional); y los factores de gestión administrativa, expresado en el caso de Carlos (demora en la gestión de adquisición de insumos).

Segundo: En la atención asistencial, se evidenció que en la mayoría de pacientes presentaron complicaciones comunes debido a comorbilidades y/o virus hospitalarios, además un “trato indiferente” por parte de algunos profesionales hacia los pacientes; tal como se observa en el caso de César, además de las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización del personal de salud, el insuficiente respeto a la autonomía y capacidad de decisión de los enfermos, la pérdida de humanismo, prioriza el ingreso económico o considera al paciente como un objeto carente de valores y sentimientos.

Tercero: Con respecto a los factores socioculturales, los hallazgos evidenciaron que estos factores pueden manifestarse de múltiples maneras; el caso más representativo de Lucio, pone en tela de juicio la necesidad del hombre ante el dolor, aferrarse a la religión, no solo como refugio de bienestar, sino de sosiego y esperanza es una fortaleza, que favorece la recuperación de los enfermos. En el caso de Mercedes, es oportuno afirmar que las reacciones familiares en cierto modo tienen ventajas, pero también grandes desventajas, puesto que influye directamente en el estado emocional del enfermo. Sin embargo, en el caso de Fernando se logró consolidar como una terapia emocional, se trató de una economía emocional que permitió que el paciente se recupere en pocos días y sea dado de alta, lastimosamente, al poco tiempo, el paciente falleció.

Cuarto: En cuanto a los factores institucionales y/o administrativos, en primer

lugar, se denota la demora en los trámites del SIS para la compra de los insumos; en segundo lugar, está la demanda de casos para operar en el hospital y las largas esperas en la programación quirúrgica en el servicio de cirugía de Torax y Cardiovascular; y como ultimo punto, la capacidad de albergue en la hospitalización (70 camas). La demora en la adquisición de insumos, se debe, en cierta manera, a temas de gestión, a deudas del SIS para con el hospital, a la creciente demanda de pacientes, y en algunos casos, a las huelgas de los profesionales de la salud.

Quinto: En concreto, el hospital gasta más cuando los pacientes prolongan su estancia; esto refleja ineficiencia en la gestión por parte de la institución, reflejado en las tres categorías analizadas mediante los cinco casos.

VII. Recomendaciones

Primera: Si bien, es cierto el aspecto religioso es un factor determinante para el momento recuperativo, lo cierto es que comprende un estado cultural, en cierto sentido un refugio emocional ante la desesperación y demora de los materiales de la operación quirúrgica. Ante ello, se debe trabajar con el paciente para que entienda que la religión no está en contra de la medicina, todo lo contrario, se logran complementar. Aun cuando el hospital tenga un capellán católico, es importante considerar la apertura a otras confesiones religiosas, fortaleciendo sus capacidades en la búsqueda de acompañamiento al paciente.

Segunda: La sensibilización a todos los profesionales de salud sobre el tema de la deshumanización que pasa desapercibida en nuestro país y la capacitación sobre la humanización en el campo de salud y relación profesional de salud - paciente en el campo de salud por el área gestión de la calidad de todas las instituciones privadas y pública.

Tercera: Acompañar a los familiares por un psicólogo, asimismo hacerles entender que el hospital tiene muchas necesidades, pero al mismo tiempo procesos que se deben respetar aún cuando no se esté de acuerdo. Para ello, el hospital debe comprometerse a todas estas reacciones, sin olvidar que sus gestores son personas que están al servicio de los enfermos.

Cuarta: La Jefatura del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular deberá de realizar acciones decididas de coordinación con las oficinas del SIS, Logística y el Servicio de Farmacia, a fin de asegurar la compra a la brevedad posible de los materiales quirúrgicos y su verificación de su presencia en el stock para evitar hospitalizar pacientes con materiales incompletos, principal causa de la prolongación de la estancia hospitalaria demostrada por el estudio

Quinta: En vista de la presencia de la deshumanización en estos cinco casos relatados, se debería ampliar más investigaciones cualitativas sobre este

tema en nuestro país, ya que no se encuentra mucha información disponible.

VIII. Referencias

- Afanador G. (2010) *Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario*. Revista Inalde (on line). (Citado 20 de abril del 2016). Disponible en: <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle-blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/>
- Aguirre G., García M. y Garibaldo Z. (2001) *Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel*. Gac Med Mex.; Vol. 133 (2): 70-74
- Alcalá-Salgado M, García-Chávez J, Villaseñor-Gómez S, Reynoso-Marengo MT. (2015) *Factores de riesgo asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada*. Rev Esp Méd Quir; 20:24-30.
- Alfaro L. (2008) *Redefinición de estándares de las estancias promedio hospitalarias según complejidad de la morbilidad en los servicios de medicina y cirugía del hospital San Rafael de Alajuela, análisis de causas de incumplimiento y planteamiento de mejoras*. Tesis de especialización en Administración de Servicios de Salud. San José-Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), Costa Rica.
- Almeida A, Serraqueiro Z, y Rogeiro A. (2006) *Protocolo de revisão de utilização de recursos num hospital público português*. Acta Med Port.; 19: 381-5.
- Angeles-Garay, U Velasquez-Chavez, Y.; Molina-Ramos, F.; Anaya-Flores, V.; Uribe-Márquez, S. (2009). *Estimación de la estancia adicional en pacientes con infección hospitalaria*. México: Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 47 (4): 387-392
- Bastero C, Martínez L, y Olivé M. (2009) *La optimización de los circuitos hospitalarios en la gestión de camas*. Trabajo en Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
- Benavides Zúñiga A, Castillo Franco G, Landauro Gallardo M, y Vásquez Ruiz G. (2006) *Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz*. Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma; 6(2): 3-12

- Bermejo, JC (2013) *Humanizar la Salud. Counselling en salud. Archivos de la Memoria, 10 (1)*. Internet (consultado el 19 de febrero de 2018). Recuperado de: <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>
- Bueno M, Girón M, Mesa C y Moscote D. (2014) *¿Qué favorece la no humanización en nuestro sistema de salud?* Documento de trabajo. Cali: Universidad atómica de Manizales, Valle del Cauca, Colombia.
- Calle Suarez, M. (2016) *Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbaciones agudas en el hospital San Francisco de Quito IESS*. Tesis para la obtención de título de especialista en medicina interna. Quito: Pontificia Universidad Católica de Quito.
- Camacho Mera.ME. (2009) *Estancia hospitalaria prolongada de pacientes post-operados*. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. Lima, Perú; 2(2): 15-23
- Caminiti C, Meschi T, Braglia L, Diodati F, Iezzi E, Marcomini B, & et al. (2013) *Reducing Unnecessary Hospital Days to Improve Quality of Care through Physician Accountability: A Cluster Randomised Trial*. BioMed Central Health Services Research.; 13.
- Carey M, Heena S, y Scott R. (2005) *Un estudio prospectivo de motivos de hospitalizaciones prolongadas en un servicio de medicina general docente*. J Gen Intern Med.; 20 (2): 108-15.
- Ceballos A., Velásquez R., y Jaén P. (2014) *Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención*. Rev. Gerenc. Polít. Salud; 13(27): 274-295. (Citado 5 de mayo del 2016). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- Domingo C. et al. (2018) *Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca (ProMIC)*. Aten Primaria. 30(20): 1-11.
- Diez-Villanueva, P.; Albert; M.; Losada, A.; Martínez, M. (2017) *Cuestiones éticas en los cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardíaca*. Rev. Med. Paliat, 25 (1): 17-21.
- Elorza M, Vanina N, Cruciani F, Moscoso N, Gullacei M. (2009) *Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria*.

- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) de Argentina, Universidad Nacional del Sur, Argentina.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue (2016) *Marquesinas del Departamento*. Lima-Perú: Estadísticas del Departamento de Cirugía de Tórax y cardiovascular.
- Fernández Gonzales, W. (2018) *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Militar Central del 2007-2016*. Tesis para optar el grado de maestro en medicina. Lima, Universidad Ricardo Palma.
- Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: ediciones Morata.
- Gámez-López, A.; Bonilla-Palomas, J.; López-Ibañez.; Moreno-Conde, M.; Ráez-Ruiz, R.; Batres-Sicilia, J.; Ruiz-Quiros, R.; Herrador-Fuentes, B.; Gómez-Cano, S. (2018) *Comparación del tratamiento ambulatorio frente al tratamiento hospitalario en el paciente con insuficiencia cardiaca aguda*. *CardiCore* 53 (2): 73-78.
- García A, Ramos I, García J, &Gálvez A. (2010) *El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba*. (on line) Escuela Nacional de Salud Pública; 2009-2010. (Citado 25 de abril del 2016). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1211/infid061211.htm>
- García T.JM, Moreno E, Sánchez M.I, & Lea MC. (2011) *Factores asociados a las estancias anormalmente prolongadas en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en España*. *An. Sist. Sanit. Navar*; 34 (2): 203-217
- García Torrecillas, J. (2013) *La hospitalización por insuficiencia cardiaca en España 1997-2007: Magnitud, características clínicas y tendencia*. Granada: Universidad de Granada.
- García, J.; Martínez, E.; Muñoz, C.; Benaiges, P. Dominguez, M. (2016) *Tratado de Geriatría para residentes*. Documento de trabajo.
- García V.C, Carratalá J, Díaz V, Dorca J, Verdaguer R, Manresa F, y Gudiol F. (2009) *Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 27(3):160–164

- González V, & Maciá S. (2011) *Grupos de pacientes relacionados por el diagnóstico (GRD) en los hospitales generales españoles: variabilidad en la estancia media y el coste medio por proceso*. Revista Enfermería Global.; 24: 126-43.
- Gutierrez Velasco, L. (2016) *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: factores influyentes*. Tesis doctoral. Lisboa: Universidad de León.
- Horta G. (2014) *Posibles factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con fractura de cadera*. Madrid-España: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia.
- Irfan S. (2010) *Hospitalist: Long Hospital Stays Are often Due to Poor Planning*. Kevin MD (on line). 2010. (citado 3 de mayo del 2016). Disponible en: <http://www.kevinmd.com/blog/2010/09/hospitalist-long-hospital-stays-due-poor-planning.html>.
- Isherwood J, Howard D, Saunders R, Jabri Y, Phillips D, McWhinnie D. (2013) *What Factors Are Associated with Prolonged Hospital Stay Following Planned Day-Case. Laparoscopic Cholecystectomy? Ambulatory Surgery.*; 19 (1).
- Jiménez R. (2004) *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Revista Cubana Salud Pública.; 30 (1).
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997) *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo. México: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Lozano, F. (2015) *El proceso enfermero y los factores predisponentes que influyen la insuficiencia cardíaca en pacientes adultos mayores en el Hospital Luis Uria de la Oliva, en la gestión 2013*. Tesis para optar el grado de magister en ciencias de enfermería. La Paz: Universidad mayor San Andrés.
- Mann, D. (2009) *Insuficiencia cardíaca y cor pulmonale*. In: Fauci, A. Kasper, D.; Longo, D, Braunwald, E; Hauser, S.; Jameson, L. eds. Tratado de cardiología texto de medicina cardiovascular
- Martín S., Carbajosa V, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Pérez D, Alonso H, Torres Murillo JM, Garrido M, López-Grima ML, Piñera P, Epelde F, Alquezar A, Fernandez C, & Miro O. (2014) *Estancia prolongada en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda en la unidad de corta estancia (estudio EPICA-UCE): factores asociados*. Medicina clínica;143(6):245-251.

- Martin S.F.J. (2013) *Estancia prolongada en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en la Unidad de Corta Estancia (estudio EPICA-UCE): factores asociados. Med Clin (Barc).*
- Martín V.C, Domínguez C.I, San Román C.J, Fernández P.ME, Tapia R.M, & Pomar B.P. (2004) *Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Nutr. Hosp; XVIII (3) 150-153*
- Mould J, García C, Contreras I, Juárez T, Espinel C, Morales G, & et al. (2009) *Direct Costs Associated with the Appropriateness of Hospital Stay in Elderly Population. (on line) BMC Health Services Research.; 9 (citado 3 de mayo del 2016). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/151>*
- Nunes S.AM, Días S.EF, De Andrade B.TL, De Oliveira S.CS, & Gomes LM.X. (2014) *Factores que contribuem para o tempo de internacao prolongada no ambiente hospitalar. J. Res. Fundam.care.online; 6(4): 1590-1600*
- Oblitas Guadalupe, L. (2008) *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. Rev. Psicol. 16 (1) Unife.*
- Pérez P. y Vivar C. (2012). *Experiencias de los familiares de paciente con insuficiencia cardiaca crónica: una revisión narrativa. Rev. en Cardiología N° 55 (1): 53-60*
- Pérez A, Santos S, Luquero F, Tamames S, Cantón B, & Castrodeza J. (2007) *Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. An Sist Sanit Navar.; 7(1):30*
- Perú/MINSA/OGE 01-004 (2001) *serie de herramientas metodológicas en epidemiología y salud pública. Lima, Minsa*
- Ríos J, Fazzari P, & Lugano I. (2002) *Utilización hospitalaria inadecuada en servicios clínicos. Una experiencia con el AEP en un Hospital Universitario de la República Argentina*
- San Román J, Luquero F, Fuente L, Pérez A, Tamames S, Fernández F, & Castrodeza J. (2009) *Evaluación de las estancias inadecuadas en un servicio de cardiología. Revista Española de Cardiología.; 62 (2): 211-5.*
- Rizzi, M. (2016) *Delirium en apcientes atendidos por insuficiencia cardica descompensada en urgencias: características clínicas y evolución. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.*

- Ruíz Semba, E. (2016) *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2016*. Tesis para optar el grado de maestro en medicina. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Sánchez Rojas CV, Callejo Hurtado V, Bernal Morell E, Martínez Martínez M, Muñoz Pérez E, Cano Sánchez A, Medina Tovar B, y De la Rosa Valero V. (2015) *Factores asociados con estancia media prolongada en pacientes ingresados por tuberculosis en un hospital de segundo nivel*. Rev Clin Esp.;215(Espec Congr):487
- Seligman, M. (2003) *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B
- Silber JH, Rosenbaum P, Rosen A, Romano P, Itani K, Cen L, & et al. (2009) *Prolonged Hospital Stay and the Resident Duty Hour Rules of 2003*. Med Care.; 47 (12): 1191-00.
- Stake, R. (1994) *Investigación con estudio de casos*. Madrid: ediciones Morata.
- Taylor, S. (2007) *Psicología de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill
- Toshikazu A, Yasuharu T, Stein G, Ishimatsu S, & Birrer R. (2008) *Risk Factors Associated with Prolonged Hospital Stay in Admitted Patients with Psychotropic Drug Overdose*. The Open Critical Care Medicine Journal.; 1: 12-16.
- Suasnabar Dávila, J. (2018) *Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes posoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope, 2016*. Tesis para obtener el título de médico. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Valles V, Neptalí F, Hernández V, Galaviz E, & Castello R. (2003) *Causas de estancia hospitalaria prolongada en el hospital general zona 4. Colombia, 2002*. Rervista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Vilaróa J, Yáñez A, Casadevalla J, Sanclementea C, Parceta A, Barconsa M, & et al. (2003) *Adecuación de la estancia hospitalaria en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal*. Revista Calidad Asistencial.; 18 (8): 625-627.
- Zambrana J, Delgado M, Cruz G, Martín M, Díez F, & Ruiz M. (2001) *Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna*. Medicina Clínica.; 117 (3).

Zonana A, Baldenebro R, Felix G, & Gutiérrez P. (2011) *Tiempo de estancia en medicina interna: Función del médico hospitalista*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.; 49 (5): 527-31.

IX. Anexos

Anexo 1

Matriz de categorización

Unidad Temático	Problema de investigación	Objetivos de investigación	Categoría	Sub categoría	Fuente (informante)	Técnica	Instrumento
Factores asociados a estancia prolongada hospitalaria	Problema General ¿Cuáles son los factores asociados a estancia prolongada en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima?	Objetivo General Conocer los factores asociados a estancia prolongada de pacientes en el Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.	Atención Asistencial	Caso Lucio Caso César Caso Mercedes Caso Fernando Caso Carlos	Historias clínicas		Guía de preguntas
	Problemas específicos ¿Cómo es la atención asistencial en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular durante la estancia prolongada del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima?	Objetivos específicos Describir los procedimientos de la atención asistencial en el departamento de tórax y cardiovascular durante la estancia prolongada del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.	Factores socioculturales	Aspectos sociales Economía emocional Aspectos culturales Creencias religiosas	Documentos de gestión	Entrevista a profundidad	Guía de análisis documentario
	¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a estancia prolongada en el Departamento de cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue?	Identificar los factores socioculturales asociados a estancia prolongada en el departamento de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.	Factores institucionales	Aspectos administrativos Demora en la estancia Coberturas del SIS Procesos de gestión Calidad de atención Estrategias gerenciales	Pacientes	Análisis documentario	
	¿Cuáles son los factores institucionales asociados	Identificar los factores institucionales asociados a estancia prolongada en el			Familiares	Observación	Guía de observación
					Profesionales de la salud		

	a estancia prolongada en el Departamento de cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue?	Departamento de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.					
--	--	---	--	--	--	--	--

Anexo 2
Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio
in situ

Carta de autorización

CARTA N°002-2018

Dr. Robert Torrejon Cachay

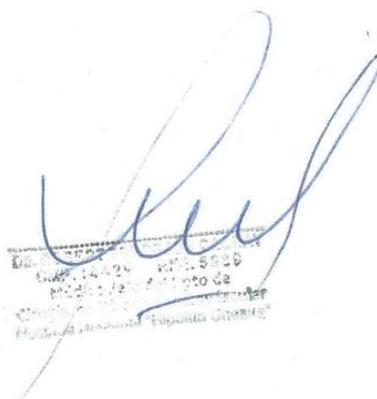
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORÁXICA Y CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE -LIMA**

Presente.

Es grato dirigirme a Usted y a la vez saludarle cordialmente, y al mismo tiempo manifestarle que se le autoriza la ejecución de la investigación titulada "Factores asociados a la estancia prologada en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Estudio de casos", permitiéndole la toma de datos que Ud. requiera para la culminación exitosa del mismo.

Sin otra particularidad es propicia la ocasión para felicitarle por esta iniciativa y desearle muchos éxitos.

ATENTAMENTE.



Dr. Robert Torrejon Cachay
CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - LIMA

Anexo 3

Instrumento

Cuestionario

Nº	Ítems	Respuestas
1	¿Cuántos días estás hospitalizado?	
2	¿Cuántos años tienes? ¿Tienes algún motivo aún por cumplir?	
3	¿Cómo te sientes con tu sexo?	
4	¿Te visita continuamente tus familiares a este hospital?	
5	¿Tuviste problemas con la donación de sangre que te solicitaron para tu cirugía?	
6	¿Cuál es la razón por la que te hospitalizaron?	
7	¿Sabes de qué te van o te han operado?	
8	¿Tienes confianza en que te recuperarás con la operación que te realizarán? / ¿Te has recuperado con la operación que te han realizado?	
9	¿En algún momento has ingresado a una sala para pacientes graves o críticos?	
10	¿Tienes miedo a que se complique tu cirugía? / ¿Tuviste complicaciones en la operación?	
11	¿Te parece que tu operación va ser larga por ser complicada? / ¿Demoró mucho tiempo tu operación, sabes por qué?	
12	¿Se ha infectado tu herida operatoria?	
13	¿Has tenido una neumonía en esta hospitalización?	
14	¿Te volvieron a operar, sabes la razón?	
15	¿Tuviste alguna complicación de tu salud en esta hospitalización? / ¿Viste complicaciones en la salud de otros pacientes?	
16	¿Se demoran o demoraron mucho tiempo para hacerte los exámenes prequirúrgicos?	
17	¿Sabes que cirugía te van hacer o te han hecho?	
18	¿Crees que se demoraron mucho en solicitar los materiales para tu operación? ¿Quién crees que fue el responsable?	
19	¿Postergaron tu operación por problemas en tu salud?	
20	¿Te demoraste en hacer los exámenes o estudios que no cubría el SIS?	
21	¿Qué te parece la solicitud que hacen a otros médicos especialistas para que completen tu estudio? Notaste que se demoran mucho?	
22	¿Alguna vez te suspendieron la operación porque no había sala de operaciones? Qué opinas?	
23	¿Sabes si la farmacia del hospital demoró mucho tiempo para comprar tus materiales quirúrgicos?	
24	¿Cuál es tu opinión sobre los trámites del SIS para comprar tus materiales necesarios para tu operación?	
25	¿Te parece bien que se demoren en los procedimientos para completar el estudio de tu caso?	
26	¿Te cansaste de esperar un turno para que te hagan los exámenes de radiografías?	
27	¿En tu caso, los resultados de laboratorio clínico del hospital los entregaron rápido? Porque crees que se demoran tanto?	

Anexo 4**Carta de consentimiento informado**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: *Factores asociados a estancia prolongada en el Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular de un hospital público de Lima.*

Habiendo sido informada (o) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención: además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

La investigadora del proyecto para el cual Ud., ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente

.....
Dra. Karla Bautista
(investigadora)

.....
Nombre y Firma paciente:
N° DNI:

Anexo 2

Otros

Entrevistas a los protagonistas

Entrevista a Lucio

Paciente de sexo masculino, hospitalizado 120 días, ingresó con diagnóstico de estenosis aórtica e insuficiencia mitral, fue sometido a doble cambio valvular. Identificó como causas de su estadía hospitalaria prolongada a las siguientes razones:

“Presenté mis papeles al SIS en el mes de febrero del 2016, y fui a preguntar cada semana a las oficinas de Logística y Farmacia, donde me dijeron que aún no tenían mis materiales completos porque el Hospital tenía una deuda muy alta con las casas comerciales y no les aceptaban hacer compras individuales.”

“Me hospitalizaron sin tener mis materiales operatorios completos, luego dijeron que estaban completos, pero faltaban las válvulas.”

“Mis familiares tuvieron que presionar para la compra de mis materiales sino se dormían mis documentos, incluso presentamos una queja a la SUNASA por la compra.”

“Los problemas administrativos me provocó una alteración psicológica al no ver que compraban mis materiales. Con tanta presión, recién a los dos meses hicieron la compra de las válvulas y me operaron bien, aunque fue muy larga, duró como 10 horas.”

“Aún no me dan de alta porque no tengo la anticoagulación ideal.”

“Los médicos se demoraron mucho en solicitar los materiales para mi cirugía, así como también el SIS demoró en tramitar la compra de los materiales operatorios y también la Farmacia, como dos meses.”

“Me citaron para dentro de un mes el estudio con eco-doppler de los miembros inferiores, y gracias a los doctores me adelantaron a tanta insistencia.”

“Presenté infección de la herida operatoria, por lo que me quedé más días. Lo pude soportar porque ya no tenía el dolor, para mí, mientras más tiempo el dolor va curar.”

“Me siento agradecido por todo el apoyo de los médicos y porque el dolor desapareció, que era lo que más me molestaba.”

Entrevista a César

Paciente de sexo masculino, hospitalizado 87 días, ingresado por presentar fistula broncopulmonar y empiema secundaria a fibrocavitación tuberculosa, fue sometido a lobectomía superior derecho y decorticación. Paciente fue transferido del Servicio de Neumología. Identificó como causas de su estadía hospitalaria prolongada a las siguientes razones:

“Hubo demora en la compra de mis materiales quirúrgicos en el Servicio de Farmacia, incluso me dicen los doctores que tubieron que usar materiales de otros pacientes para operarme.”

“Demoraron mucho tiempo para hacerme la tomografía de tórax, la que fue en otro hospital.”

“El empiema demoró en resolverse muchos días.”

“Quería que solo me opere el Dr. Torrejón por ser el Jefe del Departamento pensé que era el mejor, y lo tuve que esperar a que regrese de sus vacaciones, así que para que no me operen antes, presenté una solicitud.”

“Mi operación fue complicada y demoró mucho, después hice una infección de la herida operatorial.”

“Me siento muy agradecido por la atención y esperaré paciente a que se resuelva la infección operatorial.”

“Me suspendieron la operación porque hice broncoespasmo cuando ingresé a la sala de operaciones. Los médicos me llamaron la atención porque no sabía usar los inhaladores y cuando me insistían me estresaba. Me sentí incomprendida.”

“Primero me querían hacer una lobectomía, pero cuando me suspendieron la operación hicieron junta médica y decidieron cambiar la cirugía y me hicieron una quistectomía para poder resistir la operación.”

Entrevista a Mercedes

Paciente de sexo femenino, hospitalizada 67 días, ingresó con diagnóstico de estenosis mitral, fue sometida a cambio valvular. Identificó como causas de su estadía hospitalaria prolongada a las siguientes razones:

“Me hicieron el diagnóstico de mi enfermedad el año 2012, y porque tuve complicaciones presenté mis documentos al SIS en setiembre del 2015.”

“Hicieron hasta tres juntas médicas porque el cardiólogo no daba toda la información para que decidan la operación que me iban a hacer. Me dijeron que ya todo está conforme y que esperara. Pero sucede que el cardiólogo no había recogido la solicitud para la compra de medicamentos. Perdí mucho tiempo por culpa del cardiólogo.”

“El Departamento de cirugía de Tórax y cardiovascular me apoyaron para presentar al SIS la compra de los materiales operatorios por cobertura extraordinaria, ese trámite demoró como dos meses, luego pasó a Logística donde me citaron para volver en un mes para ver si lo habían comprado, y avanzaban comprando poco a poco, siempre me decían que no había mucho presupuesto y que tenía que esperar. Me dijeron que el hospital debería de comprar estos materiales y tenerlos en stock porque es lo mismo con otros casos de alto costo. Pero en la oficina del SIS me decían que las compras son hacían por paciente y no en grupo.”

“Se demoraron casi un año en comprar todos mis materiales operatorios. Y me hospitalizaron para operarme, pero cuando revisan lo que me entregaron, faltaba la válvula. Se demoraron casi mes y medio en conseguir una nueva válvula y después me operaron.”

“Después de la operación tuvieron que hacerme dos toracocentesis porque encontraron derrames pleurales de hasta 1300 cc, pero me recuperé rápido.”

“En todo momento estuve tranquila porque mi enfermedad no estaba complicada, y aquí los médicos son muy buenos y si se tenía que tener paciencia, por algo será.”

“El SIS y Farmacia no han comprado aún mis materiales operatorios, en especial, la prótesis de aorta, dicen que no hay dinero y el Hospital debe a los proveedores los que sólo darán más materiales si primero pagan. Estoy esperando desde agosto de este año. Mi familia se ha quejado incluso a la SUNASA y la Dirección del Hospital, pero no hay ninguna respuesta.”

“También se han demorado en hacerme la resonancia magnética que los cirujanos pidieron porque la disección habría aumentado.”

“Me siento desesperada y aburrida, muy molesta porque no me operan, y deseo irme a mi casa, ya que, si en 120 días no ha pasado nada, no creo que me pase después.”

Entrevista a Fernando

Paciente de sexo masculino, hospitalizada 39 días, ingresó con diagnóstico de aneurisma toracoabdominal y aorta disecante, fue sometida a cura quirúrgica de aneurisma aórtico y colocación de injerto con derivación atrio femoral. Identificó como causas de su estadía hospitalaria prolongada a las siguientes razones:

“Hubo demora en la compra del material quirúrgico tanto por el SIS como por la Dirección del Hospital a pesar de que mi caso era una emergencia nadie hacía nada para avanzar. Mi familia y los médicos presionaron a las autoridades para que puedan comprar mis materiales.”

“También demoraron mucho en hacerme los estudios de tomografía y ecocardiografía, dicen que el SIS no cubría estos estudios y mis familiares tuvieron que pagar para que no demoren más mi operación.”

“La operación fue muy larga, duró 14 horas y después se complicó con infección de la herida operatoria, la cual me hicieron cura quirúrgica. También hice neumonía y complicaciones metabólicas”

Entrevista a Carlos

Paciente de sexo masculino, con tiempo de hospitalización de 131 días, diagnóstico de ingreso Empiema + pulmón atrapado, se le practicó una decorticación pleural

incompleta. Identificó como causas de su estadía hospitalaria prolongada a las siguientes razones:

“Perdieron mis documentos en la oficina del SIS, mis familiares tuvieron que presentar nuevas copias para que puedan pasarlo a la oficina de Logística y Adquisiciones. A veces me dió ganas de comprar mis medicamentos y materiales, pero no me dejan hacerlo porque el SIS cubre todo.”

“Presenté complicaciones durante la operación y no quedé bien, aún no se ha resuelto el empiema y sigo recibiendo antibióticos.”

“A pesar de todo, tengo que tener paciencia hasta que mejore y me vuelvan a operar.”

“El SIS se demora mucho en comprar los materiales para la operación y ya sabemos que tenemos que comprar algunos para no esperar más a pesar que dicen que el SIS nos va a dar todo.”

“Cuando me hospitalizaron, no había anestesiólogo porque dicen que no pagaban al personal de terceros y tuve que esperar mes y medio para que me programen la operación.”

“Después de mi operación hice una complicación, tuve fiebre todos los días y me dijeron que era porque había una fistula broncopleural, y que también había formado un empiema, así que me dieron tratamiento antibiótico. Ya no hay empiema ahora, pero sigue la fistula.”

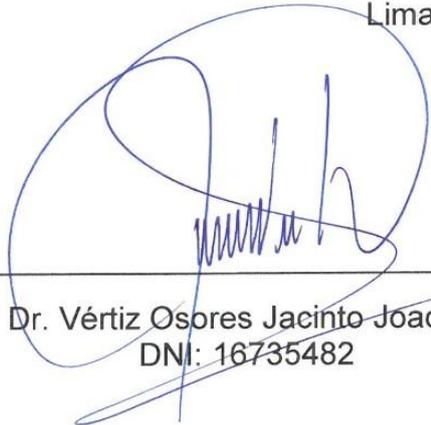
“Aún no han hecho la junta médica para decidir si cierran la fistula en otra operación (toracoplastía + mioplastía), por lo que, me siento asustado y pienso que va saldré mal de esta nueva operación. Me siento encerrado por tanta espera debido a los problemas del hospital.”

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vértiz Osores Jacinto Joaquín, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado “Factores asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular de un Hospital público de Lima. Estudio de casos.”; de la estudiante Bautista Casas, Karla Milagros; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 25% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 11 de noviembre de 2018



Dr. Vértiz Osores Jacinto Joaquín
DNI: 16735482



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

..... BAUTISTA CASAS KALA MILAGROS

D.N.I. : 10247612

Domicilio : PROLG. PUQUINOS 118, SALAMANCA - ATE - LIMA

Teléfono : Fijo : Móvil : 996570301

E-mail : KARLIN.HADOC@YAHOO.ES

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA

Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

..... BAUTISTA

..... CASAS

..... KARLA MILAGROS

Título de la tesis:

..... FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA PROLONGADA EN EL

..... DEPARTAMENTO DE TORAX Y CARDIOVASCULAR DE UN HOSPITAL

..... PUBLICO DE LIMA, ESTUDIO CASOS.

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : 

Fecha : 28-02-2019



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

KARLA MILAGROS BAUTISTA CASAS

INFORME TITULADO:

FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA PROLONGADA

EN EL DEPARTAMENTO DE TORAX Y CARDIOVASCULAR DE
UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA. ESTUDIO DE CASOS

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

SUSTENTADO EN FECHA: 04 NOVIEMBRE 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR UNANIMIDAD.



[Signature]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN