

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS  
CON ESTANCIA PROLONGADA ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL BASE  
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO (HBAAA) DURANTE  
LOS MESES DE FEBRERO Y MARZO DEL AÑO 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA**

DIALY YSABEL KARIN CHERO FARRO

ANGELLA DANAE CABANILLAS OLIVARES

**Chiclayo, 15 de Marzo del 2019**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS  
CON ESTANCIA PROLONGADA ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL BASE  
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO (HBAAA) DURANTE  
LOS MESES DE FEBRERO Y MARZO DEL AÑO 2016**

**Por**

**Bachilleres en Medicina Humana**

**DIALY YSABEL KARIN CHERO FARRO  
ANGELLA DANAE CABANILLAS OLIVARES**

**Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio  
de Mogrovejo, para optar el Título de:**

**Médico Cirujano**

**APROBADA POR**

---

**Méd. Flores Tucto Marco  
Presidente del Jurado**

---

**Méd. Vásquez Bueno Juan  
Secretario del Jurado**

---

**Méd. Gonzales Mauricio, Pablo  
Vocal del Jurado**

**Chiclayo, 13 de febrero de 2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por guiarnos y brindarnos la fortaleza  
necesaria que se requiere tener en una  
profesión donde prevalece el sacrificio y la  
caridad.

A nuestros padres y hermanos, por ser el  
hombro en quienes nos respaldamos durante  
los años de estudios.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y a nuestros padres por darnos la fortaleza y perseverancia para culminar esta investigación que significó días de arduo trabajo que se ven reflejados en el contenido de este proyecto; asimismo por acompañarnos hasta esta meta que se veía tan lejana y que ahora nos llena de orgullo y felicidad haberla concluido.

A nuestros padres que nos acompañaron y guiaron durante todo el camino de este proyecto. Gracias por su dedicación, paciencia y por estar constantemente para nosotros.

Al Dr. Jorge Fernández, quien fue nuestro asesor al inicio de este proyecto y a la ayuda técnica del Sr. Arcimiro Yangua por su apoyo y facilitación de información que necesitábamos para realizar este proyecto.

## ÍNDICE

|  | <b>Pag.</b> |
|--|-------------|
| RESUMEN Y ABSTRACT                     |             |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>                 | 01          |
| <b>II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>    | 03          |
| <b>1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</b>    |             |
| <b>2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS</b>  |             |
| <b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>       | 08          |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                  | 10          |
| <b>V. DISCUSIÓN</b>                    | 13          |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b>                | 16          |
| <b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> | 17          |
| <b>VIII. ANEXOS</b>                    | 21          |

## **RESUMEN**

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes adultos con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo entre el 05 de febrero y el 11 marzo del 2016, donde se evaluaron 250 historias clínicas de pacientes con estancia prolongada por medio de una ficha de recolección de datos. Se llevó a cabo un análisis univariado y bivariado con el uso del programa Stata® y Excel®.

**Resultados:** La recolección de datos de los 250 pacientes que incluye nuestra muestra se llevó a cabo en 36 días, en la cual se obtuvo que dentro de las características sociodemográficas la edad promedio de los 250 pacientes estudiados fue de  $65 \pm 17$  años; además, se observó que la mayoría (84.8%) procedía de la región Lambayeque. El 50% de pacientes con estancia prolongada ingresaron con una enfermedad catalogada como urgencia. Del total de pacientes 188 presentaban antecedentes patológicos de importancia, siendo la más frecuente hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). Además, la patología diagnosticada con más frecuencia fue enfermedad cerebrovascular (ECV) (15%). El promedio de interconsultas por paciente fue de 1.26 interconsultas, con un rango mínimo de 1 y máximo de 4 interconsultas. Las

especialidades más solicitadas fueron gastroenterología, geriatría y neurología. También se encontró que el tiempo de respuesta a una interconsulta era mayor, si esta se realizaba de noche, en comparación con las realizadas por la mañana. **Conclusiones:** El perfil del paciente con estancia prolongada es aquel con una edad promedio de 65 años, de sexo masculino con diagnóstico de ECV y antecedentes de HTA y DM; con una interconsulta nocturna y solicitud de exámenes de laboratorio y de imágenes.

**Palabras clave:** Estancia prolongada, Servicio de emergencia, enfermedades crónicas

### **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the characteristics of adult patients with long length stay admitted to the emergency room in Hospital National Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA).

**Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted between February 5th and March 11th, 2016, where 250 clinical records of patients with long length stay were evaluated by means of a data collection sheet. The univariate and bivariate analysis was performed with Stata and Excel programs.

**Results:** The 50% of patients with prolonged stay were admitted with a disease cataloged as an emergency. Of the total of patients, 188 experienced an important pathological medical history, the most frequent being arterial hypertension (HTA) and Diabetes Mellitus (DM). In addition, the pathology diagnosed most frequently was cerebrovascular disease. The average of inter-consultations per patients is 1,26 inter-

consultation, with a minimum range of 1 and a maximum of 4 inter-consultations. The most required specialties were gastroenterology, geriatrics and neurology. It was also found that the response time of an inter-consultation was higher, if it was done at night, compared to that done in the morning.

**Conclusions:** The profile of the patient with a long length stay is with an average age of 65 years, male with a diagnosis of CVD and a history of HT and DM; with 1-night interconsultation and laboratory and image tests.

**Keywords:** Long length stay, Emergency service, chronic diseases

## INTRODUCCIÓN

El servicio de emergencia es la puerta de entrada al servicio hospitalario de la mayoría de pacientes, siendo el área funcional de un establecimiento de salud de segundo y tercer nivel de atención, destinada a resolver problemas de salud agudos, de inicio súbito, que ponen en riesgo la vida de las personas o que pueden conducir a secuelas invalidantes de no ser atendidos con prontitud.<sup>1,2</sup>

Los conceptos de eficiencia y competitividad en los hospitales han sido introducidos en las últimas décadas y una forma de medirlos es por medio de indicadores, con lo cual se genera la implementación de procesos para que la gestión de los recursos tenga una evaluación constante. La estancia hospitalaria es uno de los indicadores de la calidad que se mide en la atención. Su prolongación incrementa la morbimortalidad, disminuye la disponibilidad de camas y aumenta los costos para la organización hospitalaria.<sup>3</sup>

A la estancia hospitalaria prolongada (EHP) se le han atribuido múltiples causas de tipos sociales, asociadas con el prestador y de planificación y gestión hospitalaria, entre las cuales están la funcionalidad familiar del paciente, la existencia o no de cuidador, red de apoyo social, ubicación geográfica, sitio de vivienda y la capacidad cognitiva adecuada o alterada. Entre las causas relacionadas por el prestador se encuentran la infección nosocomial, aplazamiento de procedimientos quirúrgicos, disponibilidad de materiales e insumos para su atención, manejo por personal en entrenamiento o estudiantes y no adherencia a protocolos institucionales.<sup>4</sup>

La EHP se encuentra asociada con los riesgos de infección, eventos adversos, fatiga del cuidador, trastornos psicológicos en el paciente, solvencia del sistema de salud y eficiencia de las instituciones, por lo que una buena gestión redundará en una mejor calidad del sistema de salud.<sup>5</sup>

En el Perú, según los Lineamientos de programación de prestaciones del Seguro Social de Salud del Perú, se define estancia prolongada en el servicio de emergencia cuando el paciente permanece por más de 24 horas en las áreas de observación y por más de 12 horas en el área de trauma shock, este indicador permite evaluar la eficacia y calidad de la atención, así como la interrelación con los servicios de apoyo al diagnóstico y hospitalización.<sup>6</sup>

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En México, en el año 2000, en un estudio descriptivo observacional, se analizaron variables del paciente, médico y dinámica asistencial, y se obtuvo que los pacientes con 65 años o más (58,7%) presentan tiempos de estancia significativamente más largos, el paciente permanece el 48,7% del tiempo esperando resultados de pruebas complementarias, la gestión de la cama demora aproximadamente 126,4 minutos en los pacientes de Medicina Interna, 90,4 minutos para los de Cirugía y 42,5 para los de urología.<sup>7</sup>

En México, en el año 2005, en un estudio transversal retrospectivo donde se analizó los expedientes de 3122 pacientes mayores de 17 años ingresados en el servicio de urgencias durante un periodo de 7 meses, el tiempo medio de estancia en el servicio fue de 19.37 horas. El 59% de los pacientes tuvieron una estancia mayor de 6 horas y el 43.48% estuvieron más de 24 horas en el servicio. Los factores predictivos a esta estancia fueron edad, patologías cardiovasculares, requerir ingreso a hospitalización y necesidad de valoración por subespecialista.<sup>8</sup>

En Perú, en el año 2006, se realizó un estudio en el hospital de policía nacional del Perú donde se encontraron factores causantes de estancia prolongada como: recurso humano insuficiente, infecciones intrahospitalarias, falta de insumos. Los pacientes del grupo etario de 45 a 64 años tienen mayor predisposición a estancia prolongada.<sup>9</sup>

En Colombia, en el 2014, en un estudio descriptivo observacional, se analizó las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia hospitalaria, y se obtuvo que los factores causales de estancias prolongadas más frecuentes son: demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención en otro nivel de complejidad, situación socio - familiar y edad del paciente.<sup>10</sup> Otros estudios mencionan a factores como recurso humano insuficiente, infecciones intrahospitalarias, falta de insumos.

Por tanto, resulta importante conocer las características de los pacientes con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia, para acercarnos a la realidad local del funcionamiento del sistema de salud incidiendo en el servicio de emergencia, que como ya se ha mencionado es el principal y primer lugar de contacto entre el paciente y el sistema de salud, identificando la problemática y así generar la información necesaria para la implementación de estrategias de mejora en el adecuado flujo de pacientes. El objetivo del presente estudio fue describir las características de los pacientes adultos con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia del HNAAA en el año 2016.

## 2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

El servicio de emergencia es el área funcional de un establecimiento de salud de segundo y tercer nivel de atención, destinada a resolver problemas de salud agudos, de inicio súbito, que ponen en riesgo la vida de las personas o que pueden conducir a secuelas invalidantes de no ser atendidos con prontitud.<sup>1</sup> Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.<sup>11</sup>

Las áreas de observación son aquellas áreas de corta estancia en emergencia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes, que no debe exceder de 12 horas para pacientes con prioridad I y de 24 horas para prioridad II y III.<sup>12</sup>

Emergencia de prioridad I son las atenciones otorgadas en la unidad de shock trauma, a los pacientes en riesgo inminente de muerte. Emergencia de prioridad II es la atención que se brinda en la unidad de shock trauma o en el tópico de emergencia cuya atención debe realizarse de preferencia en un tiempo de espera no mayor o igual a 10 minutos desde su ingreso. Emergencia de prioridad III es la atención que se brinda en el tópico del servicio de emergencia a pacientes que no presentan riesgo de muerte ni riesgo de secuelas invalidantes inmediatas.<sup>12</sup>

Se define estancia prolongada en el servicio de emergencia cuando el paciente permanece por más de 24 horas en las áreas de observación y por más de 12 horas en el área trauma shock según los lineamientos de programación de prestaciones de salud 2014, este indicador permite

evaluar la eficacia y calidad de la atención, así como la interrelación con los servicios de apoyo al diagnóstico y hospitalización.<sup>12</sup> Se entiende como calidad de atención el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".<sup>1,13</sup>

Actualmente la demanda de los servicios de emergencia ha experimentado un importante incremento debido a múltiples factores como la mayor esperanza de vida (incremento de eventos agudos en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas) o el aumento de las lesiones por agentes externos.<sup>14,15</sup>

Frente a esta masificación de la demanda, la respuesta de la oferta no ha sido proporcional, lo que hace suponer que existe algún grado de ineficiencia de los recursos. Esta ineficiencia muchas veces se manifiesta en la duración de la estancia del paciente en servicios de emergencia u hospitalización. Por tanto, el flujo y la permanencia en este servicio de emergencia son fundamentales no sólo por el tiempo que necesita la estabilización del paciente sino, porque afecta la oportunidad de atención de otros pacientes en espera.<sup>16, 17</sup>

Uno de los problemas más críticos que afectan la prestación de los servicios de salud en el área de emergencia es el hacinamiento; que se ha definido como un estado en el cual la demanda de atención es mayor que los recursos accesibles. El hacinamiento se asocia con procesos de atención deteriorados y resultados negativos en los pacientes, tales como retrasos en el tratamiento y un aumento del riesgo para los resultados adversos. El hacinamiento en el servicio

de emergencia a menudo resulta de la insuficiente capacidad de hospitalización, reflejándose en la duración de la estancia en este servicio.<sup>8, 17</sup>

Como se desprende de los debates actuales sobre el uso adecuado de estudios de imágenes, existe una preocupación con respecto al aumento dramático de su utilización en el servicio de emergencia y los pocos cambios en la disposición final del paciente y sin un aumento equivalente de la tasa de diagnóstico de la patología, dando lugar a un aumento de los costos del cuidado de la salud, así como el daño al paciente a través de exposición a la radiación, sobrediagnóstico y sobretratamiento.<sup>9</sup>

Dentro de la atención de emergencia, la calidad de la atención y la atención oportuna están estrechamente relacionadas. El retraso en la iniciación de los tratamientos apropiados conlleva a un mayor riesgo de resultados adversos.<sup>10,12</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio piloto realizada por los autores en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, donde se llenó 50 cuestionarios de pacientes durante 15 días, con la finalidad de conocer más el perfil del paciente con estancia prolongada.

Estudio descriptivo transversal prospectivo. Se recolectaron datos de 250 pacientes adultos con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia de lunes a domingo desde el 05 de febrero hasta el 11 de marzo del 2016 ubicados en cinco áreas del servicio de emergencia: observación mujeres, observación varones, observación III, trauma shock y un área virtual ubicada en el pasillo del servicio a la que se denominara por efectos del trabajo como área V; exceptuando las áreas de ginecología y pediatría del servicio.

La recolección de datos inició con la revisión de la hora y fecha de ingreso de todas las historias clínicas, posteriormente se seleccionaron aquellas que cumplieron con la definición de estancia prolongada en emergencia ( $>24h$  a partir de su hora de ingreso) y finalmente se procedió a llenar la ficha de recolección de datos.

Se utilizó una ficha de recolección de datos con 15 variables divididas en factores del paciente (edad, sexo y antecedentes patológicos, diagnóstico, prioridad de atención, procedencia) y

factores administrativos (día de ingreso, turno, área de observación, orden de hospitalización, solicitud de interconsultas, solicitud de exámenes de imagen y exámenes de laboratorio)

El servicio de emergencia tiene aproximadamente un ingreso 500 pacientes al mes; por tanto, al no contarse con una estimación acerca de la frecuencia esperada de estancia prolongada en la población, se calculó el tamaño de muestra utilizando una relación p: q de 1: 1, esto es, valor de  $p = 0,5$  y de  $q = 0,5$ , lo que equivale una prevalencia del 50% en la población. Obteniéndose como tamaño muestral 250 pacientes.

## RESULTADOS

La recolección de datos de los 250 pacientes que incluye nuestra muestra se llevó a cabo en 36 días, de ella se pudo obtener las características sociodemográficas en las que encontramos que la edad media de los pacientes con estancia prolongada que acuden al servicio de emergencia del HNAAA fue de 65 años ( $\pm 17$  años), como se menciona en la Tabla N°2

En cuanto a la distribución de la muestra por sexos, 121 pacientes (51,81%) fueron varones y 129 (48,69%) fueron mujeres. Los pacientes ingresados en el estudio provenían con mayor frecuencia del departamento de Lambayeque con 212 pacientes (84,80%) seguido de Piura con 13 pacientes (5,20%), como se observa en la Tabla N°2.

Como se describe en la Tabla N°3, de los 250 pacientes ingresados en el estudio, 142 pacientes (56,80%), ingresaron al servicio de Emergencia, con una enfermedad catalogada como Urgencia, solo 37 pacientes (14,80%) ingresaron con categoría de Emergencia, y en otros 71 pacientes (28,40%), la dolencia no fue catalogada; así también, se observó, que, del total de pacientes, 96 (38,4%) ingresaron en el turno de la mañana y 86 (35,2%) ingresaron en el turno tarde.

Hubo 188 (75,20%) pacientes con antecedentes patológicos de importancia al ingreso, de estos, el que se encontró con mayor frecuencia, fue el antecedente de hipertensión arterial, que estuvo presente en 108 pacientes (43.2%); así también, diabetes mellitus, en 48 pacientes (19.2%), y enfermedad renal crónica, en 19 pacientes (7.6%) Ver tabla N°4.

Con respecto a las variables administrativas, el área de observación mujeres, y en observación varones, en donde se encontró, con mayor frecuencia, pacientes con estancia prolongada, siendo estos, 73 (29,2%) y 72 (28,8%) pacientes respectivamente.

Dentro de otras variables que pudieron afectar la duración de la estancia destaca la importancia de haber requerido o no de interconsulta y el tiempo que demoró en ser respondida. Del total de pacientes, 218 (87,20%) requirieron interconsultas; de ellos, 145 (58%) tuvieron una interconsulta; 56 (22,4%) pacientes tuvieron dos interconsultas, 17 (6,8%) pacientes tuvieron tres o más interconsultas. Las especialidades más solicitadas fueron gastroenterología con 51 interconsultas, geriatría con 37 interconsultas y neurología con 27. La especialidad con mayor tiempo en responder una interconsulta fue hematología con un promedio de 14,9hrs (R: 2,9 – 45 hrs) seguida de urología con un promedio de 12,8 hrs (R: 0,8 – 29,1 hrs). Ver tabla N° 5 y gráfica N°1.

Se realizó un análisis bivariado entre el número de interconsultas y el turno en que estas fueron solicitadas, encontrando que la demora para responder una interconsulta fue mucho mayor en la noche, lo que puede tener relación con el menor personal de salud en ese momento Ver tabla N°6.

De los 250 pacientes con estancia prolongada 247 (98,8%) pacientes requirieron exámenes de laboratorio y 201 (80,4%) pacientes requirieron de exámenes de imagen. Los servicios más solicitados para hospitalización fueron: traumatología y gastroenterología. Ver gráfico N°2

## DISCUSIÓN

En nuestra muestra de pacientes con estancia prolongada, la edad promedio fue de  $65 \pm 17$  años, similar a lo reportado por otras revisiones. En un trabajo realizado por Benavides en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú se realizó un estudio descriptivo-transversal en el 2006 donde se entrevistaron pacientes y profesionales de salud encontrando que los pacientes del grupo etáreo de 45 a 64 años tienen mayor predisposición a una estancia mayor a nueve días.<sup>9</sup> Así mismo, los trabajos realizados en España por Llorente en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel en Asturias en el 2000, se precisó conocer las características de la población atendida y analizar los momentos del proceso asistencial que son responsables potenciales de demora, observando que la edad media es de 63 años, lo que puede ser explicado por la mayor cantidad de enfermedades crónico- degenerativas de esta población.<sup>10</sup>

Las personas ancianas que son hospitalizadas por enfermedades agudas presentan con frecuencia deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas a la enfermedad de ingreso, este grupo de personas son las que predominan en la afluencia al servicio de emergencia.<sup>3</sup> Según Merino Ronald, en su estudio prospectivo llevado a cabo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Perú) en 1991, con una población de 71 pacientes menciona que el 84.5% de los pacientes ingresaron por emergencia (54), de igual forma en un estudio en España en el Complejo Hospitalario de Jaén del Servicio Andaluz de Salud (2010) con 190 pacientes se determinó que el 95,2% de los adultos mayores que ingresaron a Medicina Interna provino del servicio de urgencias (60). Es en el servicio de Urgencias donde se brinda la primera

evaluación y es en donde deberían existir médicos especializados en Geriátría, para que desde un inicio el paciente geriátrico reciba un manejo adecuado, siendo hospitalizados sólo si es necesario, esto con el fin de evitar los posibles efectos adversos (deterioro funcional) de la hospitalización de estos pacientes en unidades que no cuenten con el personal especializado.<sup>13,</sup>

18

Dentro de los Diagnósticos de ingreso a emergencia es la enfermedad cerebrovascular (ECV) la que predomina y forma parte del perfil del paciente con estancia prolongada, así mismo este diagnóstico es incluido en el trabajo realizado en un hospital de México, donde se diseñó un estudio transversal, documental, aleatorio, de 219 expedientes de pacientes hospitalizados, teniendo entre sus cinco diagnósticos que prolongan la estancia hospitalaria traumatismos (fracturas prioritariamente), afecciones perinatales, afecciones cerebrovasculares, tumores malignos y diabetes.<sup>19</sup>

La duración de la estancia se ve afectada por características del paciente y factores externos; siendo uno de los factores más frecuentes el tiempo que transcurrió para responder una interconsulta. De los 250 pacientes a 218 se les solicitó al menos una interconsulta siendo las especialidades más solicitadas la de gastroenterología, geriatría y neurología, obteniéndose una media en el tiempo de respuesta de 480 min (8h). Además, la demora para responder una interconsulta fue mucho mayor en la noche al igual que otros estudios.<sup>20</sup> Con respecto a otros estudios, se halló que el tiempo de respuesta a una interconsulta puede influir en una mayor

estancia del paciente coincidiendo que entre las especialidades que demoran más en responder son hematología y gastroenterología como en nuestra investigación.<sup>21</sup>

Si bien es cierto no se puede atribuir como causa de estancia prolongada la lenta movilización de pacientes en los diferentes servicios de hospitalización, muchos estudios corroboran su participación directa en este problema con similar o diferente realidad a nuestro país, así pues, en una revisión sobre la validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo de evaluación de idoneidad en un área de observación de emergencia realizado en Barcelona por Ferrer J. en el año 2002. Los motivos de inadecuación (entendiendo como tales aquellos servicios que pudieran haber sido prestados en un recurso asistencial de nivel inferior) de la estancia más frecuentes fueron la falta de disponibilidad de camas en el Hospital para el drenaje de los casos desde área de observación del servicio de urgencias (75,8%).<sup>22</sup> Así mismo, un estudio realizado en Canadá en el 2003 concluye que cuando la ocupación hospitalaria aumenta en un 10%, la mediana de estancia prolongada en emergencia aumenta en 18 minutos.<sup>23</sup>

## CONCLUSIONES

Dentro de las características sociodemográficas, los pacientes presentaron un promedio de edad de 65 años, siendo los pacientes de sexo masculino los que más acudieron al servicio de emergencia.

La mayoría de pacientes con estancia prolongada que ingresaron al servicio de emergencia procedían de la región Lambayeque, el turno de ingreso con mayor frecuencia fue de mañana y el 50% de los pacientes tuvieron una prioridad de atención tipo urgencia.

La Hipertensión arterial fue el antecedente patológico más frecuente hallado en los pacientes con estancia prolongada que ingresaron al servicio de emergencia. Así mismo, se obtuvo que el principal motivo de ingreso fueron patologías cerebrovasculares, seguidas de fracturas de cadera.

Del total de pacientes a 218 se les solicitó al menos una interconsulta siendo las especialidades más solicitadas la de gastroenterología, geriatría y neurología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud -Dirección general de Epidemiología. Carga de Enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: MINSA; 2014.
2. Mora SL, Barreto CA, García LR. procesos médico–administrativos en hospitalizados y prolongación de la estancia. *Repert.med.cir.*2015;24(4): 284-293
3. Mayorga Jaramillo M, Benavides Álvarez J. Evaluación del tiempo de hospitalización mediante el uso de la valoración geriátrica integral, en pacientes mayores desde 75 años que son hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Enrique Garcés y el servicio de geriatría del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional, comprendido entre el período de noviembre del 2015 a febrero del año 2016 [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2016.
4. González I. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista Conamed.* 2009; 14 (4): 21-24.
5. Pérez-Rubio A, Santos S, Luquero FJ, Tamames S, Cantón B, Castrodeza JJ. Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2007;30:29-36.
6. Aguirre H, García M, Garibaldi J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac. méd. Méx;* mar.-abr. 1997; 133(2):71-7.

7. Llorente S, Arcos M, Alonso M. Factores que influyen en la demora de un enfermo en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2000; 12: 164-171.
8. Loría Castellanos, J. and Ortiz Díaz, P. (2014). estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México. *Rev Cub Med Int Emerg* 2005;5(1).
9. Benavides A, Castillo G, Landauro M, Vásquez G. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. *Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma* 2006, 6 (2): 3-12.
10. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2014;13(27):274-95.
11. Briceño F. evaluación de la estancia prolongada del área de observación del departamento de emergencia IESN, nov. - dic. - 2005 [Doctorado]. Universidad Ricardo Palma; 2006.
12. Gerencia central de prestaciones de salud, (2016). Lineamientos de programación de prestaciones de salud 2014. Lima: EsSalud, pp.37, 38.

13. Gamarra P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2001; 14 (2).
14. Camacho M. Factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada de pacientes postoperados en el hospital de emergencias pediátricas de lima en 2009. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2011;4(1).
15. Luquero FJ, Santos S, Pérez A, Tamames S, Cantón M, Castrodeza J. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. Gac Sanit. 2008;22:48-51.
16. Frías Orozco J, Leemow Buendía J, Pascuales Romero Y. Causas de estancia prolongada en el área de hospitalización de la clínica Higea IPS SA en el año 2012 [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad de Cartagena;2013
17. Eslava J, Gaitan H, Prada L, Alfonso C, Otalora W. Factores asociados a la estancia hospitalaria en instituciones de segundo y tercer nivel de Santa Fe de Bogotá, 1998. Investig. segur. soc. salud. 2001; 3: 7-44.
18. Tello T, Varela L, Ortiz J y Chávez H. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. Rev. Med. Hered. 2011; 22(1): 23-28.

19. González Angulo I. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista Conamed*. 2009; 14(4).
20. Ye L, Zhou G, He X, Shen W, Gan J, Zhang M. Prolonged length of stay in the emergency department in high-acuity patients at a Chinese tertiary hospital. *Emerg Med Australas*. 2012 Dec;24(6):634-40.
21. Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust*. 2003 Nov 17;179(10):524-6.
22. Ferrer Tarres JM. Revisión de la utilización en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Salut Pública; 2003
23. Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med*. 2003 Feb;10(2):127-33.

## ANEXOS

| Tabla N° 01:                             |                       | Operacionalización de variables |  |
|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| Nombre de variable                       | Tipo de variable      | Escala de medición              | Valores  |
| Edad                                     | Cuantitativa discreta | Razón                           | En Años  |
| Sexo                                     | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Femenino<br>1: Masculino  |
| Procedencia                              | Categórica Politómica | Nominal                         | 0: Lambayeque<br>1: Amazonas<br>2: Piura<br>3: San Martín<br>4: Otros                      |
| Prioridad de atención                    | Categórica Politómica | Nominal                         | 0: Urgencia<br>1: Emergencia<br>2: No Registrado   |
| Área de Permanencia                      | Categórica Politómica | Nominal                         | 0: Obs. Mujeres<br>1: Obs. Varones<br>2: Obs. Mixto (III)<br>3: Trauma-shock<br>4: Pasillo |
| Día de Ingreso                           | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Lunes a Viernes<br>1: Sábado o Domingo  |
| Turno de Ingreso                         | Categórica Politómica | Nominal                         | 0: Mañana<br>1: Tarde<br>2: Noche  |
| Antecedentes Patológicos de Importancia  | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Si<br>1: No   |
| Requerimiento de Interconsultas          | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Si<br>1: No   |
| Orden de Hospitalización                 | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Si<br>1: No   |
| Requerimiento de Exámenes de Laboratorio | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Si<br>1: No   |
| Requerimiento de Exámenes Imagenológicos | Categórica dicotómica | Nominal                         | 0: Si<br>1: No   |

| Tabla N° 02: Características sociodemográficas de pacientes con estancia prolongada |     |       |
|---|-----|-------|
|   | N   | %     |
| Edad  | 65* | ±17** |
| Sexo  |     |       |
| Masculino   | 129 | 51,81 |
| Femenino  | 121 | 48,59 |
| Procedencia   |     |       |
| Lambayeque  | 212 | 84,80 |
| Piura   | 13  | 5,20  |
| Amazonas  | 10  | 4,00  |
| San Martín  | 7   | 2,80  |
| Otros   | 8   | 3,20  |

\* Edad promedio del total de pacientes

\*\* Desviación estándar de edad.

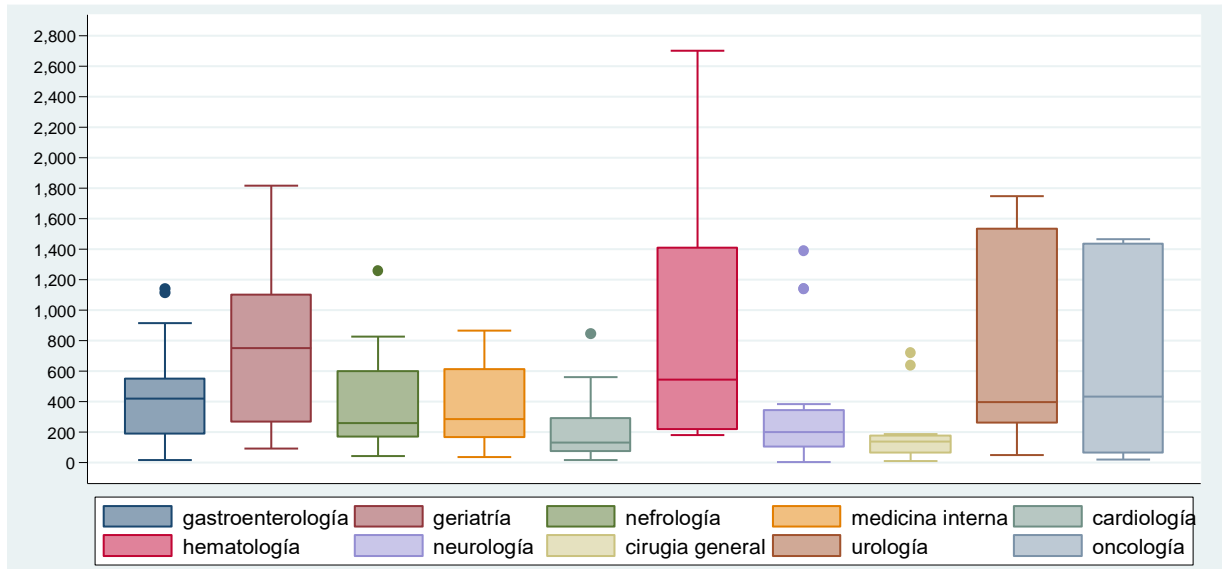
| Tabla N° 03: Características generales al ingreso de pacientes con estancia prolongada |     |       |
|--|-----|-------|
|  | N   | %     |
| Prioridad de atención  |     |       |
| Urgencia   | 142 | 56,80 |
| Emergencia   | 37  | 14,80 |
| No Registrado  | 71  | 28,40 |
| Área de Permanencia  |     |       |
| Obs. Mujeres   | 73  | 29,20 |
| Obs. Varones   | 72  | 28,80 |
| Obs. Mixto (III)   | 30  | 12,00 |
| Trauma-shock   | 5   | 2,00  |
| Pasillo  | 70  | 28,00 |
| Día de Ingreso   |     |       |
| Día de Semana  | 176 | 70,40 |
| Fin de Semana  | 74  | 29,60 |
| Turno de Ingreso   |     |       |
| Mañana   | 96  | 38,40 |
| Tarde  | 88  | 35,20 |
| Noche  | 66  | 26,40 |
| Antecedentes Patológicos de Importancia  |     |       |
| Si   | 188 | 75,20 |
| No   | 62  | 24,80 |
| Requerimiento de Interconsultas  |     |       |
| Si   | 218 | 87,20 |
| No   | 32  | 12,80 |
| Orden de Hospitalización   |     |       |
| Si   | 111 | 44,40 |
| No   | 139 | 55,60 |
| Requerimiento de Exámenes de Laboratorio   |     |       |
| Si   | 247 | 98,80 |
| No   | 3   | 1,20  |
| Requerimiento de Exámenes Imagenológicos   |     |       |
| Si   | 201 | 80,40 |
| No   | 49  | 19,60 |

|                             | N   | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| Hipertensión arterial       | 108 | 43,2 |
| Diabetes Mellitus           | 48  | 19,2 |
| Enfermedad renal crónica    | 19  | 7,6  |
| Enfermedad cerebro vascular | 18  | 7,2  |
| OTROS                       | 97  | 38,8 |

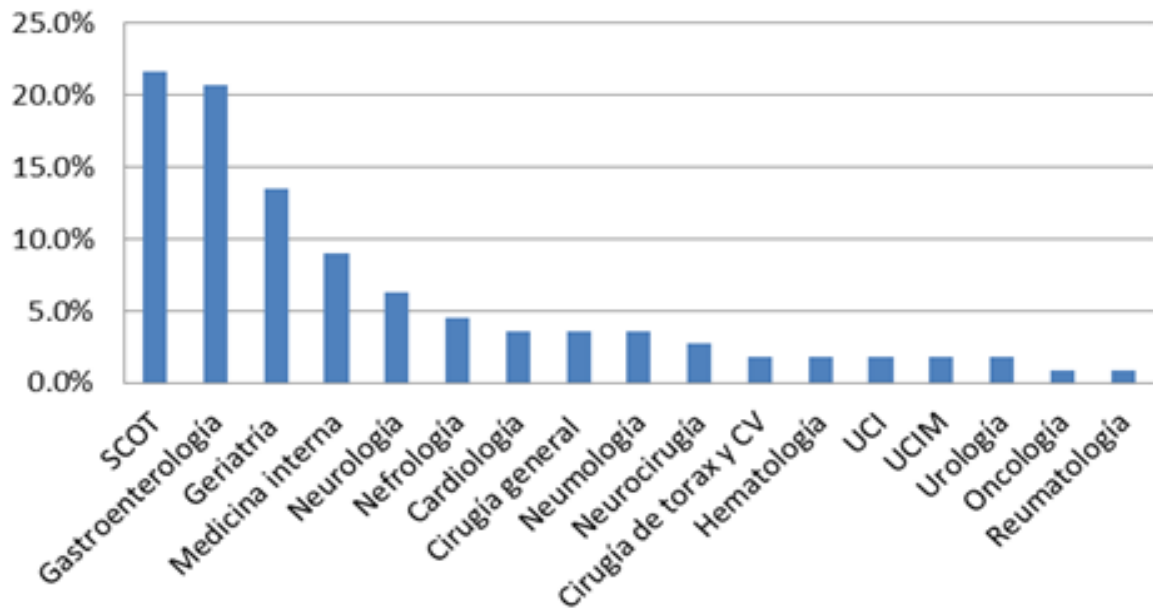
| Especialidad      | Mediana (Hrs) | Media (Hrs) | Rango (Hrs)    |
|-------------------|---------------|-------------|----------------|
| Hematología       | 8,7 hrs       | 14,9 hrs    | 2,9 - 45,0 hrs |
| Urología          | 6,6 hrs       | 12,8 hrs    | 0,8 - 29,1 hrs |
| Geriatría         | 12,5 hrs      | 12,9 hrs    | 1,5 - 30,3 hrs |
| Oncología         | 7,2 hrs       | 11,9 hrs    | 0,3 - 24,4 hrs |
| Gastroenterología | 7,0 hrs       | 7,0 hrs     | 0,3 - 19,0 hrs |

| Turno  | Mediana (Hrs) | Rango (Hrs)    |
|--------|---------------|----------------|
| Mañana | 4,7 hrs       | 0,5 - 25,1 hrs |
| Tarde  | 5,4 hrs       | 0,1 - 45,0 hrs |
| Noche  | 7,1 hrs       | 0,3 - 30,2 hrs |

Grafica 1.- Tiempo promedio en responder una interconsulta según especialidad



Grafica 2.- Distribución de pacientes según servicio de hospitalización



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON ESTANCIA PROLONGADA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2016"

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- |   |  |
|---|--|
| 1) EDAD: _____  | 9) INTERCONSULTAS<br>a) No<br>b) Si<br>- Servicio: _____                             |
| 2) SEXO<br>a) Femenino<br>b) Masculino  | 10) TIEMPO DE RESPONDER LAS INTERCONSULTAS: _____                                    |
| 3) PROCEDENCIA: _____<br>_____  | 11) EXÁMENES DE LABORATORIO<br>a) No<br>b) Si  |
| 4) PRIORIDAD DE ATENCIÓN<br>a) Urgencia<br>b) Emergencia<br>c) No Registrado  | 12) EXAMENES DE IMÁGENES<br>a) No<br>b) Si   |
| 5) ÁREA DE OBSERVACIÓN<br>a) Mujeres<br>b) Varones<br>c) Trauma shock<br>d) Mixto (III)<br>e) Pasillo   | 13) ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN:<br>a) No<br>b) Si                                      |
| 6) DÍA DE INGRESO<br>a) Día de semana<br>b) Fin de semana   | 14) ESPERA DE CAMA EN EL SERVICIO DE DESTINO:<br>a) No<br>b) Si<br>- Servicio: _____ |
| 7) TURNO<br>a) Mañana (6:00 am - 12pm)<br>b) Tarde (12:00 pm - 6:00 pm)<br>c) Noche (6:00pm - 6:00 am)  |  |
| 8) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA<br>a) Hipertensión arterial<br>b) Diabetes Mellitus 2<br>c) Enfermedad Renal Crónica<br>d) Accidente Cerebo-vascular<br>e) Otros |  |

