



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES
CON ESTANCIA PROLONGADA, SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:
BACH. OSCAR OMAR SANTAMARÍA OJEDA**

ASESOR:

**METODOLÓGICO Y TEMÁTICO:
Dr. JULIO PATAZCA ULFE**

**LAMBAYEQUE – PERÚ
2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES
CON ESTANCIA PROLONGADA, SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Bach. Oscar Omar Santamaria Ojeda

AUTOR

Dr. Julio Patazca Ulfe

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES
CON ESTANCIA PROLONGADA, SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO 2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR EL JURADO:

**Dr. NESTOR RODRIGUEZ ALAYO
PRESIDENTE**

**Dr. JOE LOPEZ DIAZ
SECRETARIO**

**Dr JOSE CARRASCO BARBOZA
VOCAL**

**Dr JORGE MONTENEGRO PEREZ
SUPLENTE**

DEDICATORIA

A **Dios** por permitirme tener a los seres que más quiero aún conmigo, mi familia, el motivo por el cual empecé esta hermosa carrera, en especial a mi madre **Nélida Ojeda**, la persona más luchadora que existe, siempre me ha demostrado que con sacrificio y perseverancia se consiguen grandes cosas, a mi padre **Oscar Santamaría** que siempre estuvo con nosotros, mi hermanito y futuro colega **Wilmer Santamaría**, mis primos, tías, tíos, abuelos, que desde el cielo aún me guían, a personas que no siendo de mi familia se han convertido en seres muy especiales para mí, todo lo poco que voy logrando va para ustedes, porque sin ustedes todo este largo y sacrificado camino hubiera sido aún más difícil, los quiero...

Oscar Omar

AGRADECIMIENTO

A DIOS por guiar mi vida.

Al **Dr. Julio Patazca Ulfe**, asesor, por su orientación metodológica en el proceso de investigación.

Al **Dr. Cristian Díaz Vélez**, por su orientación temática en el proceso de investigación.

A mis **DOCENTES Y MAESTROS** de la facultad de Medicina UNPRG, por sus valiosos conocimientos y consejos

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Oscar Omar Santamaría Ojeda

INDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTO.....	05
RESUMEN.....	07
ABSTRACT.....	08
I. INTRODUCCIÓN.....	09
II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.....	13
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
IV. RESULTADOS.....	26
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	37
VII. RECOMENDACIONES.....	39
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	44
ANEXO N° 01. Ficha de Instrumento de Recolección de Datos.....	44
ANEXO N° 02. Información complementaria detallada.....	46
ANEXO N° 03. Criterios de estancia prolongada en el servicio de emergencia....	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia, identificando sexo y edad del paciente, especialidad con mayor demanda, día de la semana y mes del año más frecuente.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo en 67,890 (promedio de 186 por día), pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante el 2017 en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Se revisó el total de atenciones y el reporte diario de los pacientes con estancia en emergencia. Se consideró estancia prolongada mayor de 12 horas.

Resultados: Del total de pacientes, a sala de observación ingresaron 7,161(4.3%), correspondiendo a más de 12 horas 2,907 pacientes (40.6%) con promedio de 8 por día. Las características epidemiológicas predominantes fueron: 52.1% varones, 35% de demanda en especialidades quirúrgicas, siendo mayor en traumatología con 16.1%. Los días de la semana con mayor afluencia fueron lunes y martes, y los de menor afluencia sábados y domingos. Los meses del año con mayor afluencia fueron marzo (10.3%) y abril (9.3%), y con menor afluencia los de julio (7.1%) y diciembre (6.7%). El 72.3% permaneció en sala de observación entre 2 a 5 días, el 21.8% entre 6 a 10 días y el 1.3% permaneció un día.

Conclusión: El servicio de emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo tuvo una importante cantidad de pacientes con estancia prolongada en el año 2017 implicando a especialidades, días y meses específicos.

Palabras Clave: Estancia prolongada, Servicio de Emergencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological characteristics of patients with prolonged stay in the emergency service, identifying sex and age of the patient, specialty with the highest demand, day of the week and month of the most frequent year.

Method: Retrospective descriptive study in 67,890 (average of 186 per day), patients attended in the emergency service during 2017 in the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital. The total of attentions and the daily report of the patients with emergency stay were reviewed. An extended stay of more than 12 hours was considered.

Results: Of the total number of patients, 7,161 (4.3%) entered the observation room, 2,907 patients (40.6%) with an average of 8 per day corresponding to more than 12 hours. The predominant epidemiological characteristics were: 52.1% males, 35% of demand in surgical specialties, being higher in traumatology with 16.1%. The days of the week with the most affluence were Monday and Tuesday, and the least busy days were Saturdays and Sundays. The months of the year with greater affluence were March (10.3%) and April (9.3%), and with less affluence those of July (7.1%) and December (6.7%). 72.3% remained in observation room between 2 to 5 days, 21.8% between 6 to 10 days and 1.3% remained one day.

Conclusion: The emergency service of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital had a significant number of patients with prolonged stay in 2017 involving specific specialties, days and months.

Keywords: Extended stay, Emergency Service

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

El servicio de emergencia es el órgano encargado de proporcionar atención médica o médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud o su vida(1). A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria a la población, se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal, y su reconocimiento profesional y académico. En el servicio de emergencia hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, por tanto no modificables y que es preciso asumir, y en contraposición, existe un conjunto de aspectos extrínsecos o circunstanciales, no propios de la urgencia como tal, sino asociados históricamente a ella, y por consiguiente potencialmente modificables, los cuales cabe replantear(2).

En Latinoamérica la desproporción entre oferta y demanda de los servicios de salud es muy alta, más aún en los servicios de emergencia, siendo esta área la principal puerta de entrada a hospitalización, es común que cuando los pacientes lleguen a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad y se dan secuelas irreparables que se pueden evitar(3). En varios países la estancia prolongada de pacientes en hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadoras de servicios de salud, a aseguradoras y a pacientes porque limita la capacidad de los hospitales, incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos, afecta la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente(3).

Según estándares nacionales un paciente no debe permanecer por un tiempo mayor de 12 horas en el servicio de emergencia, luego del cual deberá definirse su destino, el paciente que amerita observación de más tiempo, representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en consumo de recursos(4).

Los servicios de emergencia hoy son de primera importancia en el enfoque de gestión en salud. La necesidad de una atención oportuna, el recibir en dicha atención rápidamente elementos diagnósticos y terapéuticos, ha sido uno de los determinantes por los que el uso de emergencia se incrementa de manera

importante(5–8). Ello, aunado al uso inadecuado de las emergencias en la seguridad social y especialmente en los hospitales nacionales de referencia, se refleja al determinar un incremento constante en la demanda de atención en el servicio de emergencia(7–9).

Actualmente en la valoración del proceso asistencial la satisfacción percibida por los usuarios de una institución o servicio sanitario es uno de los indicadores de calidad(10). Este concepto de satisfacción hace referencia a las expectativas de los pacientes con la percepción final del servicio sanitario recibido, y puede estar influida por el estado de salud previo, las variables sociodemográficas (la edad, el sexo, el nivel cultural, el estado civil, la situación laboral), las características del proveedor de salud (la calidad efectiva, la cantidad de información, la habilidad técnica, la accesibilidad, etc.) o el tiempo de espera(11).

En el flujo de pacientes en los servicios de emergencia están presentes los factores de entrada (casos no urgentes), factores de rendimiento (falta de personal) y factores de salida (pacientes con estancia prolongada y escasez de camas de hospitalización). No se han encontrado datos de antecedentes sobre la realidad de la estancia prolongada en el servicio de emergencia en el país. (12) El presente estudio busca determinar las características de los pacientes con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia durante el año 2017, describir el perfil de la población que demanda atención médica, identificando género del paciente, servicio o especialidad con mayor demanda, día de la semana, mes del año y tiempo en observación con y sin orden de hospitalización.

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La estancia prolongada de pacientes en hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadoras de servicios de salud, a aseguradoras y a pacientes porque:

- Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una adecuada atención en emergencias. Al presentarse mayor estancia, hay menor disponibilidad de cama y mayor saturación en los servicios de urgencias por la espera de pacientes por cama.

- Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia prolongada implica un desperdicio o mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva a costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital.
- Afecta la calidad de la atención, en términos de 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.

PROBLEMA.

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas más determinantes para la estancia prolongada en el servicio de emergencia de los pacientes ingresados en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2017?

OBJETIVO GENERAL.

Conocer las características epidemiológicas de pacientes ingresados con estancia prolongada en el servicio de emergencia del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2017

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Determinar el género de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia.
- b) Determinar la frecuencia según el día de la semana de ingreso de pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia.
- c) Establecer la frecuencia según mes del año de pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia.
- d) Identificar la especialidad de más demanda con pacientes con estancia prolongada.

II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.

II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.

ANTECEDENTES

Cevallos T, (3) Colombia- 2014, reporta las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia y las metodologías de logística hospitalaria más aplicadas para su estudio y mejoramiento, esta revisión se realizó a través de buscadores genéricos de Internet y bases de datos bibliográficos. Para la metodología de búsqueda de factores de prolongación de la estancia hospitalaria se utilizaron trabajos que cumplieran dos requisitos fundamentales: 1) que plantearan problemas de tiempos de estancia o flujo de pacientes en hospitales, 2) que los estudios identificaran y concluyeran las variables y factores relevantes del problema, utilizando 34 artículos que cumplieron con los criterios de selección, publicados entre los años 1984 y 2013, en diferentes países.

En los resultados obtenidos del trabajo se encontró que las estancias prolongadas en los hospitales son a causa de factores derivados de los 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 del sistema, pero en global, los factores más encontrados en la literatura juntando estos 4 actores del sistema son: demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos atribución de la administración hospitalaria, necesidad de atención en hospital de otro nivel de complejidad atribución entre entidades de la red de atención, situación socio-familiar y edad del paciente atribuciones del paciente.

“La relación de este antecedente con el presente trabajo es la muestra que la estancia hospitalaria es un problema complejo, de ahí que los hospitales y los sistemas de salud nacionales e internacionales lo consideran un problema de estudio de amplio interés.”

Tineo A. (19) Perú – 2012, publicaron una investigación donde determinan el porcentaje de pacientes con readmisión frecuente, categorizarlos según tiempo, describir factores relacionados y determinar la mortalidad hospitalaria. Éste trabajo fue un estudio prospectivo en pacientes admitidos en sala de observación de emergencia adultos entre enero y diciembre del 2012. Evaluando variables sociodemográficas y motivo de ingreso del sistema estadístico institucional. Los

resultados fueron los siguientes: ingresaron 17 550 pacientes y 20.82% tuvo más de una admisión en el año. El 0.65% tuvo readmisión frecuente (116 pacientes) presentando entre 5 y 15 admisiones al año, de los cuales 55.4% fue readmitido antes de los 30 días después del egreso hospitalario. Las readmisiones frecuentes fueron mayores en otoño e invierno ($p<0.05$), estancia hospitalaria 3.1 días ($p<0.05$), siendo los principales motivos de readmisión: encefalopatía, ascitis e insuficiencia renal, cardíaca y respiratoria; la tasa de mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes fue de 33.3%. las conclusiones fueron una elevada tasa de readmisión en el servicio de emergencia. El 55.4% de los pacientes con readmisión frecuente regresa a ala emergencia antes de los 30 días del alta previa. Son factores relacionados a readmisión frecuente: estación del año, estancia hospitalaria y enfermedades crónicas descompensadas. Existe elevada mortalidad intrahospitalaria en estos pacientes. (19)

Ponce V. (12) Perú – 2017, en Anales de Facultad de Medicina del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen publicó un artículo de revisión donde determinan que están presentes los factores de entrada (casos no urgentes), factores de rendimiento (falta de personal) y factores de salida (pacientes con estancia prolongada y escasez de camas de hospitalización). No se cuenta con estudios ni datos oficiales sobre los efectos del hacinamiento del SE sobre los pacientes, ni el personal de servicio en hospitales nacionales, así como tampoco tenemos publicaciones sobre soluciones para tratar el hacinamiento de los SE.

Tenemos en mano un tema tan importante como desafiante para investigación que interesa sobre manera a los principales prestadores de servicios públicos de salud. Tienen un compromiso con la sociedad en sincerar públicamente ese como otros problemas de gestión, a fin de enfocar las más adecuadas soluciones a corto y mediano plazo con los recursos disponibles, con metas en la mejora continua de la calidad de atención de los pacientes, así como de los ambientes de trabajo para el personal de los SE.

Velasco D. (5) España – 2005, en la Revista Española de Salud Pública publicaron una investigación donde los resultados ponen de manifiesto que los ingresos innecesarios tienen un fuerte impacto sobre las estancias hospitalarias, ya que generan tres veces más estancias inadecuadas que los ingresos

necesarios. Se observa además que algunos factores, como ingresar en los servicios de cardiología y neurología, la procedencia de las consultas externas del propio hospital, la hora del ingreso y la experiencia previa de ingresos hospitalarios se asocian a la necesidad del ingreso.

La edad y el diagnóstico, que en otros estudios se asocian a la inadecuación del ingreso, no se asocian en éste, aunque hay otros estudios en los que tampoco se asocia la edad^{13,22} a la hospitalización inadecuada. Esta disparidad podría estar relacionada con la metodología del estudio (muestreo), los grupos de pacientes incluidos o las clasificaciones del diagnóstico de ingreso utilizadas.

Los ingresos hospitalarios previos y la comorbilidad (más de una patología crónica) podrían estar relacionados probablemente con la mayor intensidad del tratamiento de estos pacientes, aunque en otros estudios estos factores no se asocian a la hospitalización inadecuada. Por su parte las diferencias entre servicios en los ingresos inadecuados podrían estar relacionadas con la especialidad médica y el tipo de pacientes que atienden, pero sobre todo con las características de los médicos, estilo de práctica, pautas diagnósticas y de tratamiento, la organización interna, y su relación con el resto de los servicios hospitalarios.

BASE TEORICA.

En los últimos años hemos asistido al despliegue de diferentes medidas de desarrollo de los servicios de urgencia hospitalarios SUH, pero a pesar de ello los episodios de saturación siguen sucediéndose y el debate en cuanto a sus causas y posibles soluciones sigue abierto. Se trata de un problema universal y en el momento actual las circunstancias socioeconómicas comportan un replanteamiento del sistema sanitario, en el que los SUH tendrán un papel crucial.

Recientemente se han consensuado los criterios concretos que definen una situación de saturación en los SUH. Las causas de la saturación son diversas e implican aspectos tanto externos a los SUH como intrínsecos a la propia unidad. Pero los más determinantes son propios de la dinámica hospitalaria,

fundamentalmente la dificultad en adjudicación de cama para ingreso y en su disponibilidad real. Esta saturación se asocia a un descenso de la mayoría de indicadores de calidad. Así mismo, se incrementan el número de pacientes que esperan ser atendidos, el tiempo de espera para el inicio de la asistencia y el tiempo de actuación médico-enfermería. Además, conlleva un alto riesgo de peores resultados clínicos.

Esta situación conduce a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario y a deterioro de aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad. Las propuestas de mejora pasan por asegurar unos mínimos recursos estructurales y de personal, y agilizar algunas exploraciones complementarias, así como implementar áreas de observación y unidades de corta estancia. La respuesta de los centros a los SUH debería incluir alternativas a la hospitalización convencional con dispositivos de diagnóstico rápido, hospitales de día y hospitalización domiciliaria, así como acciones de respuesta bien definidas a las necesidades de ingreso hospitalario, con agilización de la disponibilidad real de camas.

El sistema sanitario por su parte debería mejorar el control de los pacientes crónicos para reducir las necesidades de ingreso, y adecuar la oferta a las necesidades reales de atención socio sanitaria (AU)(2). Existe un crecimiento del número de visitas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con una elevada proporción de utilización inapropiada. Los métodos empleados para identificar el uso inadecuado basados en criterios implícitos limitan las comparaciones entre hospitales. Es necesario conocer la proporción de visitas inadecuadas en un SUH y sus factores asociados, utilizando un método objetivo.(13)

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación (14). En el caso de Colombia, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes (15). 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. (16).

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 (17).

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 (17).

La estancia prolongada de pacientes en hospitalización es un problema que afecta a instituciones prestadoras de servicios de salud (ips), a aseguradoras y a pacientes porque:

- a) Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una cama hospitalaria. Al presentarse mayor estancia, hay menor disponibilidad de cama y mayor saturación en los servicios de urgencias por la espera de pacientes por cama. Se suma a esta situación el déficit de camas, un problema común en la capacidad de atención de los hospitales en países como Colombia, Argentina, Brasil y México, según la encuesta del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial del 2007.
- b) Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos. La estancia prolongada implica un desperdicio o mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva a costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital.

- c) Afecta la calidad de la atención, en términos de 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. 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, como se muestra en la tabla 1. Entonces, para un hospital de trescientas camas (en promedio), 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. Dado este contexto, se hace pertinente preguntar: ¿cuáles son los factores más frecuentemente identificados en la literatura que inciden en la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes?, ¿qué metodologías se han implementado para intervenirla? Y ¿qué resultados se han logrado con la aplicación de estas metodologías en los hospitales? El propósito del presente trabajo consiste en responder a estas preguntas, a partir de una revisión de la literatura. En la siguiente sección se presentará la metodología empleada para la búsqueda de los artículos que permitan analizar la estancia hospitalaria. Posteriormente, se presentan los resultados de la investigación donde se identifican factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria, aspectos que se deben tener en cuenta para analizar la estancia y las metodologías con las que se ha intervenido. Finalmente, se establece la discusión y las conclusiones de la investigación(3).

Hasta el 2014 dentro de los indicadores de salud hospitalarios según la DIRECTIVA SANITARIA N° MINSA/DGSP-V.01 los estándares del “porcentaje

de pacientes en sala de observación con estancias iguales o mayores a 24 horas” eran por nivel de hospital: HOSPITAL I-1: 5%, HOSPITAL II-2: 8% y HOSPITAL III-1: 10%, pero en la guía actual se tienen otros estándares donde lo más resaltante es que cualquier sea el nivel de hospital, el estándar actualmente es 0%

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

1. Tipo de Estudio.

Descriptivo, retrospectivo.

2. Diseño de contrastación de Hipótesis

Diseño no experimental.

3. Población y muestra

La población está constituida por los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia entre el 01 de enero y 31 de diciembre del 2017 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (Chiclayo, Lambayeque, Perú), hospital referencial de la Macroregión norte de EsSalud; que corresponde a 67,890. El servicio de emergencia cuenta con 5 áreas de observación, 41 camas y 8 camillas.

Criterios de Inclusión:

Pacientes que permanecieron más de 12 horas en observación del servicio de emergencia y fueron registrados en el reporte diario de los pacientes con estancia en emergencia del Sistema Estadístico Hospitalario del HNAAA.

Criterios de Exclusión:

Pacientes fallecidos.

4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.1. Técnica.

Del acopio de información.

4.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos que contiene todos los indicadores de estudio.

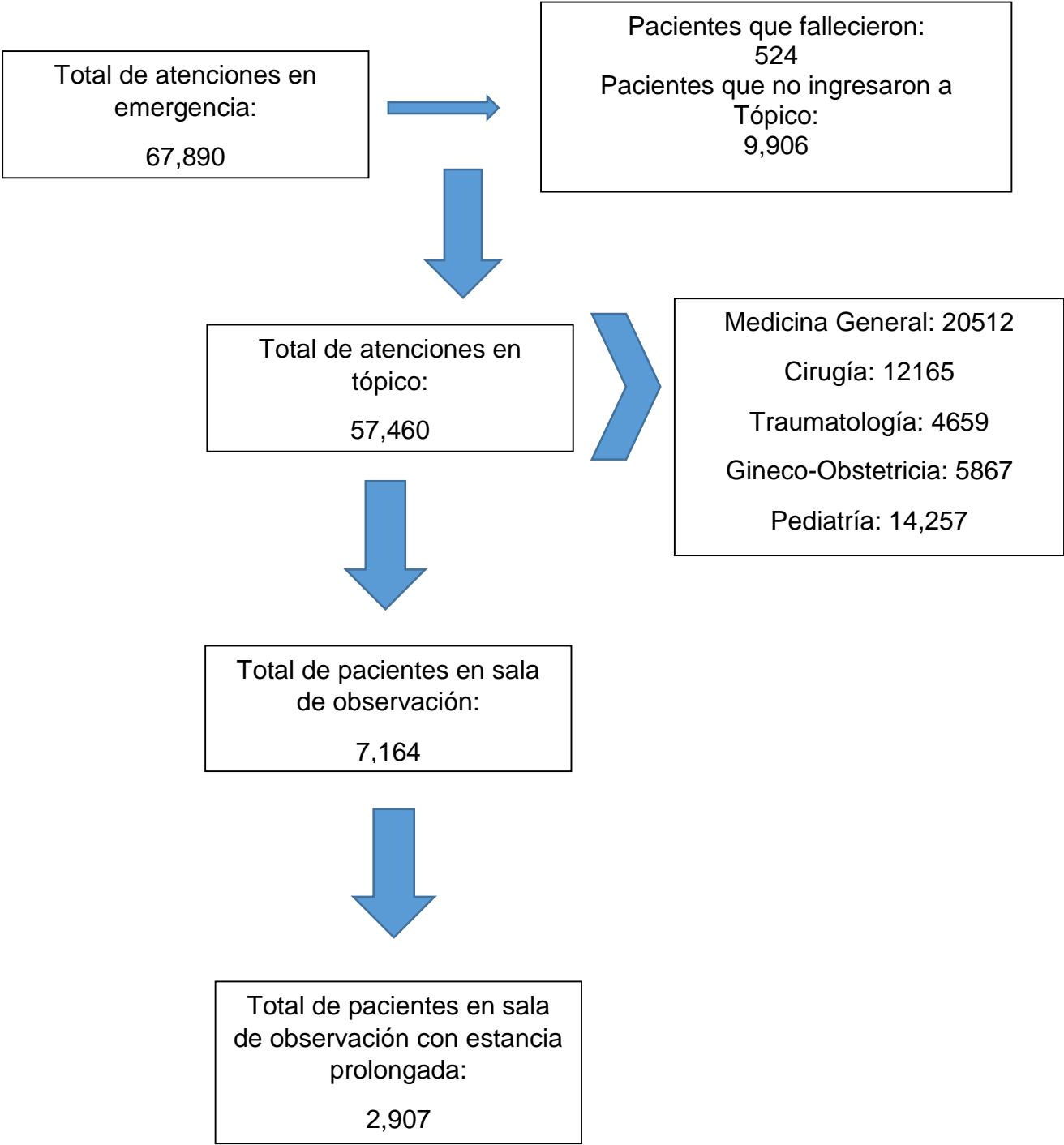
4.3. Aplicación del instrumento

- a) Trámite administrativo, mediante una carta de nuestra facultad a la Gerencia del HNAAA para solicitar el permiso y el compromiso del y así

disponer de las facilidades para acceder a las diferentes fuentes de información.

- b) Se revisará el listado de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia, información emitida por el servicio de emergencia y el reporte diario de los pacientes con estancia en emergencia, información emitida por el Sistema Estadístico Hospitalario del HNAAA entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2017.
- c) Llenar las fichas de recolección de datos.
- d) Ingreso de datos a una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010 para el procesamiento de la información y análisis estadístico.

FLUJOGRAMA:



5. Análisis estadístico de datos

Mediante el programa SPSS versión 23, se elaboraron tablas de frecuencia de doble entrada.

6. Consideraciones Éticas

Para la ejecución del estudio se solicitó la respectiva autorización a la Gerencia, quien derivó a capacitación y al servicio de estadística hospitalaria, al servicio de epidemiología y ética del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo ya que se accedió a su base de datos para la realización de este estudio.

IV. RESULTADOS.

IV. RESULTADOS.

TABLA N° 01: Distribución mensual de pacientes con y sin estancia prolongada, servicio de Emergencia HNAAA - 2017.

Mes	Con Estancia Prolongada en Observación		Sin estancia Prolongada en Observación		TOTAL
	N	%	N	%	
Enero	219	41.7	306	58.3	525
Febrero	227	55.4	183	44.6	410
Marzo	299	72.9	111	27.1	410
Abril	270	39.6	412	60.4	682
Mayo	251	50.7	244	49.3	495
Junio	239	48.3	256	51.7	495
Julio	207	40.9	299	59.1	506
Agosto	237	34.5	452	65.6	689
Setiembre	254	35.6	462	64.5	716
Octubre	256	32.1	541	67.9	797
Noviembre	253	44.6	314	55.4	567
Diciembre	195	24.2	611	75.8	806
Total	2,907	40.58	4,257	59.42	7164

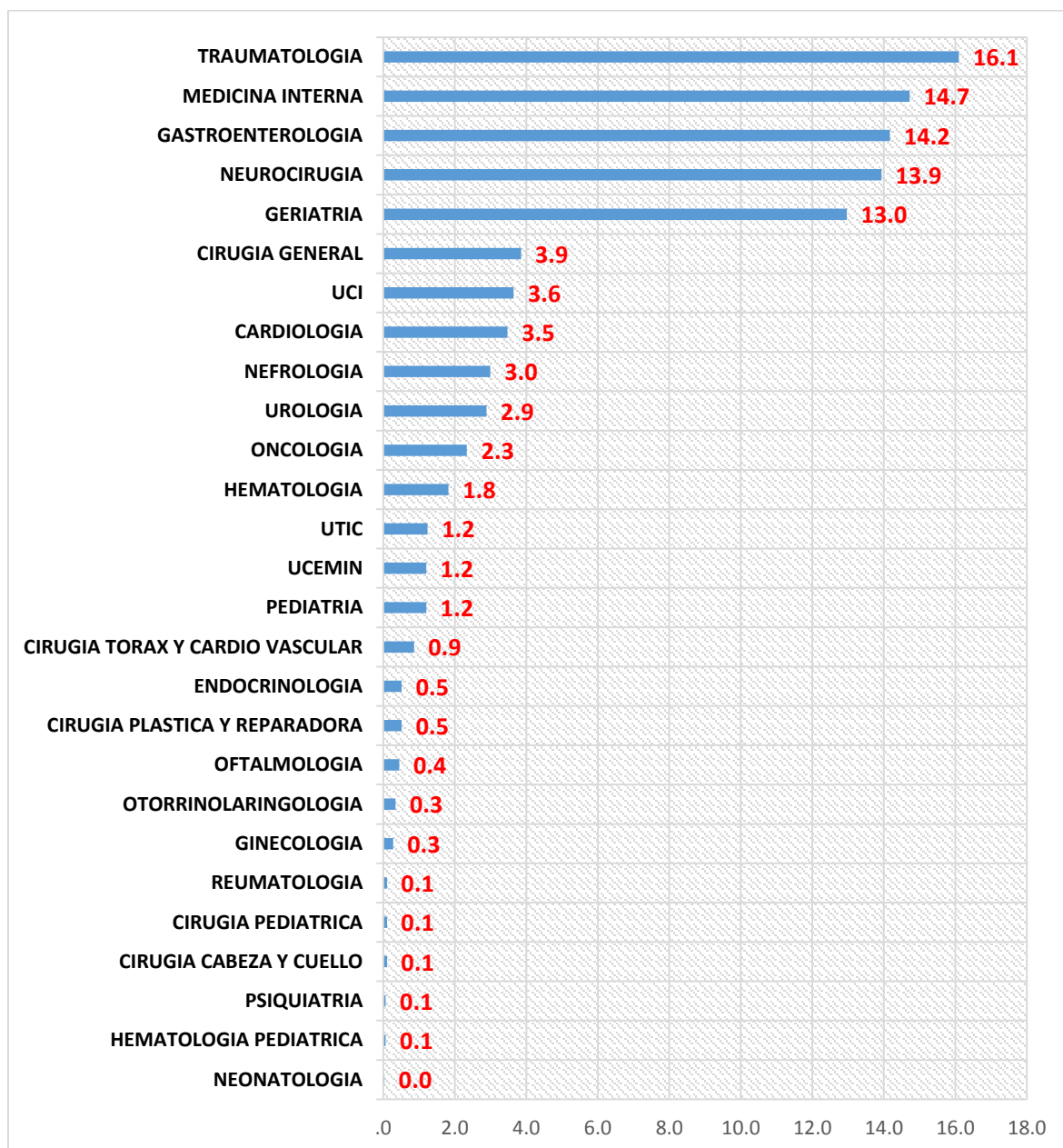
Fuente: Servicio de estadística del HNAAA

TABLA N° 02: Característica Epidemiológica predominantes en pacientes con estancia prolongada, servicio de emergencia HNAAA - 2017

Característica Epidemiológica		n	%
Estancia hospitalaria	Más de 12 horas	2,907	40.6
	Menos de 12 horas	4,257	59.4
Sexo	Masculino	1,5134	52.1
	Femenino	1,393	47.9
Especialidad	Traumatología	468	16.1
	Medicina Interna	428	14.7
	Gastroenterología	412	14.2
	Neurocirugía	405	13.9
	Geriatría	377	13.0
Día de la semana	Lunes	548	18.9
	Martes	441	15.2
Meses del año	Marzo	299	10.3
	Abril	270	9.3
Días en sala de observación	2 a 5 Días	2101	72.3

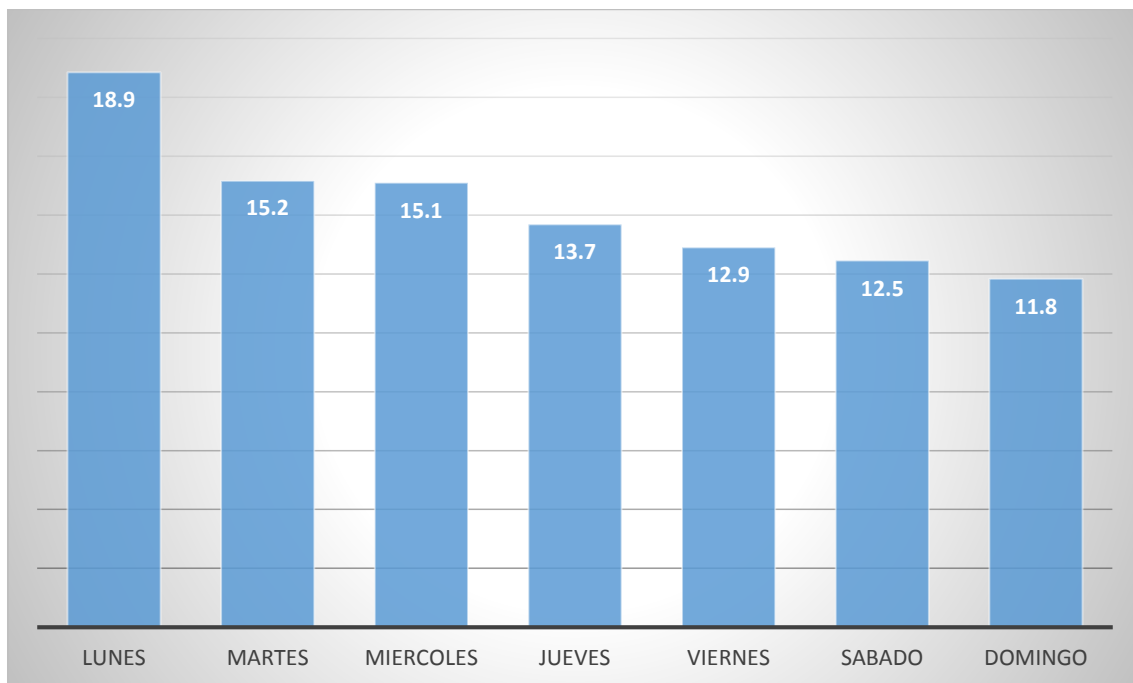
Fuente: Servicio de estadística del HNAAA

GRÁFICO N° 01: Distribución de los pacientes con estancia prolongada según especialidades atendidas, servicio de Emergencia HNAAA - 2017.



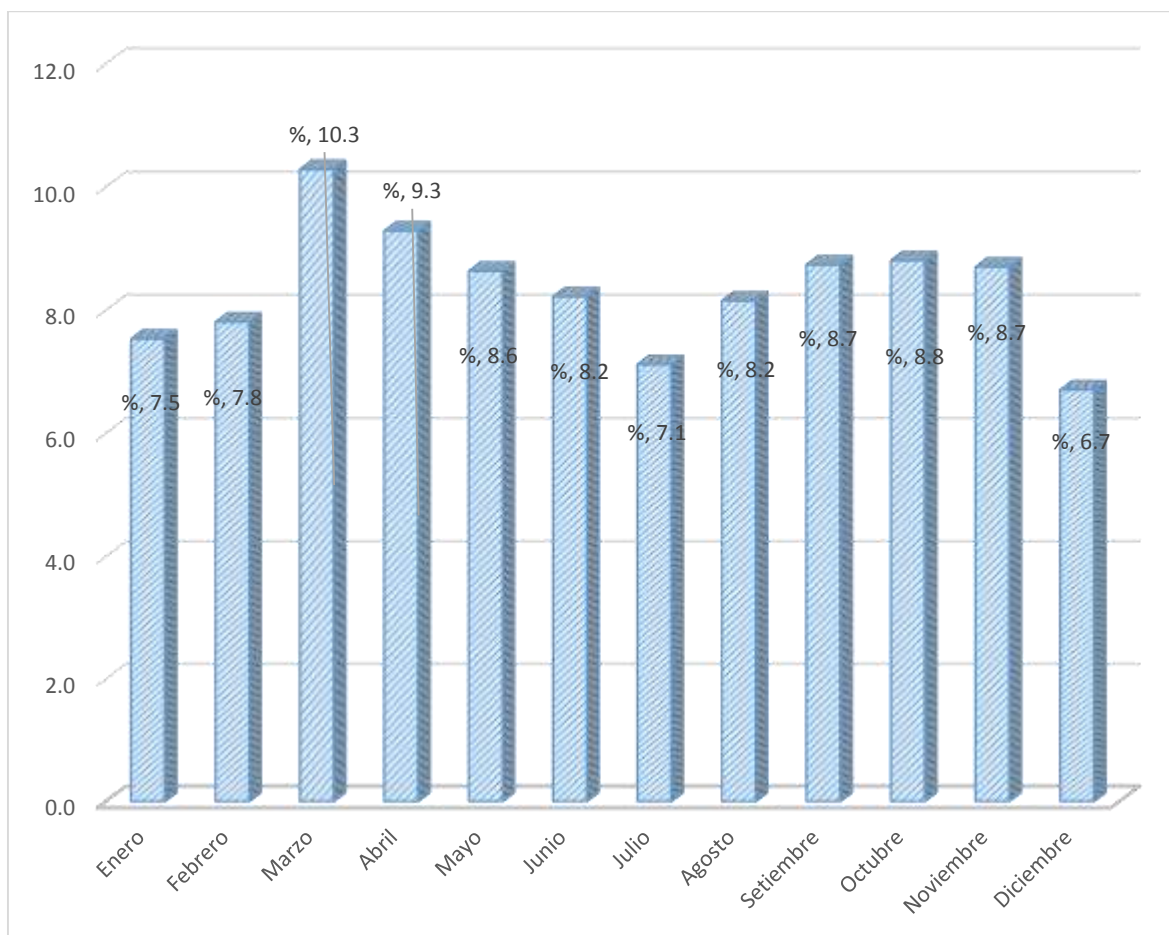
Fuente: Servicio de estadística del HNAAA

GRÁFICO N° 02: Frecuencia de ingreso según día de la semana de pacientes con estancia prolongada, servicio emergencia. HNAAA - 2017.



Fuente: Servicio de estadística del HNAAA

GRÁFICO N° 03: Frecuencia de ingreso según mes del año en pacientes con estancia prolongada en servicio de emergencia, HNAAA- 2017.



Fuente: Servicio de estadística del HNAAA

TABLA N° 03: Tiempo de espera de la orden de hospitalización de los pacientes con estancia prolongada, servicio de emergencia, HNAAA- 2017.

Tiempo de espera	n	%
El Mismo Día	1080	37.2
1 Día	1014	34.9
2 Días	417	14.3
3 Días	191	6.6
4 Días	98	3.4
Más de 5 Días	107	3.7
Total	2907	100.0

TABLA N° 04: Tiempo de espera en servicio de emergencia desde la orden de Hospitalización hasta su cumplimiento, HNAAA - 2017.

Tiempo de estancia	N	%
Menos de 24 horas	310	10.7
1 a 3 Días	1993	68.6
4 a 7 Días	528	18.2
Más de una Semana	76	2.6
Total	2907	100.0

V. DISCUSIÓN.

V. DISCUSIÓN.

El análisis e interpretación de los resultados serán presentados en base a los objetivos propuestos, los cuales han sido logrados y están representados en las tablas y gráficos respectivos.

Se registraron 67,890 atenciones en emergencia (promedio de 186 por día), durante el año 2017, a sala de observación general ingresaron 7,164 pacientes, de los cuales permanecieron con más de 12 horas 2,907 pacientes (40,58%) con un promedio de 8 pacientes por día.(Tabla 01).

En la Tabla 02, se presenta el predominio de las características epidemiológicas, correspondiendo a 52.1% de sexo masculino, las especialidades con mayor demanda fueron: Traumatología (16,1%), Medicina Interna (14,7%), Gastroenterología (14,2%), Neurocirugía (13,9%) y Geriátrica (13%). Los días de la semana con mayor afluencia fueron: Lunes con 548 pacientes (18,9%), Martes 441 pacientes (15,2%). Y los de menos afluencia fueron: Sábados con 362 pacientes (12,5%) y Domingo 344 pacientes (11,8%). Los meses del año con mayor afluencia fueron: Marzo (10.3%) y Abril (9.3%) y los de menor afluencia: Julio (7.1%) y Diciembre (6.7%).

En la Tabla 01, también se observa que, del total de pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia, el 72.3% permaneció entre 2 a 5 días, el 21.8% entre 6 a 10 días y el 1.3 % permaneció un día (Anexo 2).

Referente al tiempo de espera de la orden de hospitalización, según la Tabla 03, se observa que, el 37.2% obtuvo el mismo día que ingresó, el 34.2 esperó un día, el 14.3% 2 días, el 6.6%ó 3 días y el 3.4 % 4 días. Después de recibir la orden de hospitalización, el 68.6% esperó entre 1 a 3 días para que fuera internado, el 18.2% esperó entre 4 a 7 días y el 10.7% fue internado el mismo día (Anexo 02).

No se han encontrado investigaciones que abordan la situación nacional sobre estancia prolongada en el servicio de emergencia de un hospital. Pero sí sobre el hacinamiento en los servicios de emergencia.(12) en el cual hacen referencia a publicaciones realizadas por la Contraloría General de la República y la

Defensoría del Pueblo en las que se concluyó que las prolongadas estancias en las salas de observación contribuye importantemente al hacinamiento en los servicios de emergencia. (12)

Similar a lo reportado en Europa(5,12) y Norteamérica(6,20), la demanda de atención médica en el servicio de emergencia se ha incrementado significativamente en la última década, en casi 50% de pacientes atendidos por día y más de 75% de amanecidos en salas de observaciones(8).

La mayoría de los pacientes con estancia prolongada fueron varones (52.1%) similar a lo reportado en México(20), donde también registran a los varones y pacientes de avanzada edad como pacientes con mayor morbilidad, esto último no se puede concluir en el presente estudio porque no se registraron edades ni comorbilidades de los pacientes.

Las especialidades de destino con más demanda de pacientes con estancia prolongada fueron Traumatología (16.1%), Medicina Interna (14.7%), Gastroenterología (14.2%), sumaron 45% coincidiendo parcialmente con un estudio realizado en nuestro medio, donde las especialidades con mayor demanda fueron medicina interna y alivio de patologías agudas(19), también en otras partes del mundo(21).

El día de mayor demanda fue el lunes, y los de menor demanda fueron sábados y domingos similar a lo publicado en Barcelona(5), esto coincide con los días laborales, notándose que la admisión del total de pacientes en el servicio no se altera. En cuanto a los meses de demanda hubo una disminución significativa dos veces en el año, durante los feriados de fiestas patrias (fin de mes de julio e inicios de mes de agosto) y durante los feriados de fin de año (fin de mes de diciembre e inicios de enero).

Del total de los pacientes con estancia prolongada, el 37.2% obtuvo el mismo día que ingresó su orden de hospitalización, el 34.2% esperó un día para tener su orden de hospitalización, pero el 68.6% teniendo la orden de hospitalización esperó entre 1 a 3 días para que fuera internado, esto da a entender que la demora de la hospitalización no estaría en el servicio de emergencia en sí, si no,

en los servicios de destino que no disponían de cama y/o espacios para internar a los pacientes que ya tenían destino fijo.

Una limitación del presente estudio fue que en el reporte que se obtuvo de la Oficina de Atención del Asegurado el registro de los pacientes se obtuvo cada 24 horas, tomándose cada registro como una estancia prolongada en sala de observación de emergencia del paciente, es así que queda un sesgo de los pacientes que permanecieron entre 12 y 24 horas, también siendo éstos pacientes con estancia prolongada en emergencia.

VI. CONCLUSIONES.

VI. CONCLUSIONES.

1. El servicio de emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo tuvo una importante cantidad de pacientes con estancia prolongada en el año 2017, no es infrecuente la permanencia por más de 48 horas.
2. El género de la población de pacientes con estancia prolongada en el servicio de emergencia fue predominantemente masculino.
3. La especialidad con mayor demanda de los pacientes con estancia prolongada fue el de traumatología.
4. Los días de la semana con menor afluencia de pacientes con estancia prolongada fueron los sábados y domingos.
5. Los meses de año con menor frecuencia de pacientes con estancia prolongada fueron los meses de julio y diciembre.

VII. RECOMENDACIONES.

VII. RECOMENDACIONES.

1. A la Oficina de Epidemiología, que diseñe, formule e implemente estrategias con la finalidad de optimizar e incrementar la capacidad de oferta de los servicios de salud de acuerdo a su complejidad, ampliando su capacidad resolutive para contener la demanda de baja y mediana complejidad que acude a los SE de los principales hospitales.
2. Que la Gerencia del hospital implemente planes de trabajo destinados a optimizar los procesos operativo-prestacionales (de contacto directo con el usuario) y de soporte (de apoyo a la ejecución de los procesos prestacionales) que se realizan en los SE, para garantizar la calidad de la atención y seguridad tanto de los pacientes como del personal de salud y administrativo, debiéndose priorizar los recursos necesarios.
3. Cada servicio o especialidad en el hospital debe trabajar en equipo en beneficio de los pacientes, disminuyendo tiempo en cumplir requisitos preoperatorios o procedimentales, aumentando el flujo de pacientes en hospitalización y en el servicio de emergencia.
4. Se necesita realizar más estudios para conocer y/o proyectar la brecha entre la oferta real de los servicios de salud y la demanda existente, estableciendo estrategias para superar las deficiencias existentes en recursos humanos, infraestructura y equipamiento

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ugarte C. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. Rev Medica Hered. julio de 2000;11(3):97-106.
2. Tudela M, Mòdol J. Urgencias hospitalarias. Med Clínica. 1 de enero de 2003;120(18):711-6.
3. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 26 de mayo de 2017];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11972>
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Reglamento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. 2014.
5. Torné E, Guarga A, Torras M, Pozuelo A, Pasarin M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. Aten Primaria. :423-4.
6. Trzeciak S, Rivers E. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J EMJ. septiembre de 2003;20(5):402-5.
7. Carret M, Fassa A, Domingues M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública. enero de 2009;25(1):7-28.
8. Alva R, Tineo J, Calderón F, Velásquez R, Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An Fac Med. 16 de diciembre de 2016;77(4):379-85.
9. Pascasie K, Mtshali N. descriptive analysis of Emergency Department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. Afr J Emerg Med. 1 de diciembre de 2014;4(4):178-83.
10. Asencio J. Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias. 2001;13(1):1–3.
11. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calid Asist. 2002;17(1):22–29.
12. Ponce T. Hacinamiento en los servicios de emergencia. An Fac Med. abril de 2017;78(2):218-23.
13. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit. 1 de enero de 1999;13(5):361-70.

14. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2002;18(4):905-25.
15. Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario : Detalle blog - Inalde [Internet]. [citado 26 de mayo de 2017]. 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/>
16. Escrivá Quijada R, Perales Pardo R, Amores Laserna P, Pastor Toledo A, Alvarruiz Picazo J, Carrilero C, et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Emerg St Vicenç Horts*. 2004;111-5.
17. Paneque J, E R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cuba Salud Pública*. marzo de 2004;30(1):0-0.
18. Angulo IJG, González G del CR, Cedano AR, Gómez BC. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Rev Conamed*. 2009;14(4):21–24
19. Tineo A, Percy J, Madueño P, Nathaly A, Vásquez Alva R, Pastrana H, et al. Readmision frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario de Lima-Perú, 2012. *Rev Soc Peru Med Interna*. 201512;28(4):153-7.
20. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(3):261-73.
21. Sánchez J, Delgado A, Muñoz H, Jiménez J, Bueno A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario.Circuitos de atención. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg* ISSN 1137-6821 Vol 17 N° 2 2005 Pags 52-61. 26 de octubre de 2017
22. Velasco Díaz L, García Ríos S, Oterino de la Fuente D, Suárez García F, Diego Roza S, Fernández Alonso R. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Pública*. octubre de 2005;79(5):541-9.

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES CON ESTANCIA
PROLONGADA, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, CHICLAYO -2017

DATOS DEL PACIENTE

1. Edad: años
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Hora de ingreso.....
4. Día de ingreso.....
5. Hora de egreso.....
6. Día de egreso.....
7. Mes.....
8. Especialidad.....

ANEXO N° 02

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DETALLADA

ANEXO N° 01. Género de los pacientes con estancia prolongada que ingresaron a Emergencia del HNAAA durante el 2017.

Genero	N	%
Masculino	1514	52.1
Femenino	1393	47.9
Total	2907	100.0

ANEXO N° 02. Distribución de los pacientes con estancia prolongada según servicios o especialidades de destino del HNAAA durante el 2017.

Servicio	N	%
TRAUMATOLOGIA	468	16.1
MEDICINA INTERNA	428	14.7
GASTROENTEROLOGIA	412	14.2
NEUROCIRUGIA	405	13.9
GERIATRIA	377	13.0
CIRUGIA GENERAL	112	3.9
UCI	106	3.6
CARDIOLOGIA	101	3.5
NEFROLOGIA	87	3.0
UROLOGIA	84	2.9
ONCOLOGIA	68	2.3
HEMATOLOGIA	53	1.8
UTIC	36	1.2
PEDIATRIA	35	1.2
UCEMIN	35	1.2
CIRUGIA TORAX Y CARDIO VASCULAR	25	.9
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	15	.5
ENDOCRINOLOGIA	15	.5
OFTALMOLOGIA	13	.4
OTORRINOLARINGOLOGIA	10	.3
GINECOLOGIA	8	.3
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	3	.1
CIRUGIA PEDIATRICA	3	.1
REUMATOLOGIA	3	.1
HEMATOLOGIA PEDIATRICA	2	.1
PSIQUIATRIA	2	.1
NEONATOLOGIA	1	.0
Total	2907	100.0

ANEXO N° 03. Distribución de los pacientes con estancia prolongada según días de la semana de ingreso del HNAAA durante el 2017.

Día	N	%
Lunes	548	18.9
Martes	441	15.2
Miercoles	439	15.1
Jueves	398	13.7
Viernes	375	12.9
Sabado	362	12.5
Domingo	344	11.8
Total	2907	100.0

ANEXO N° 04. Distribución de los pacientes con estancia prolongada según meses del año de ingreso del HNAAA durante el 2017.

Mes	N	%
Enero	219	7.5
Febrero	227	7.8
Marzo	299	10.3
Abril	270	9.3
Mayo	251	8.6
Junio	239	8.2
Julio	207	7.1
Agosto	237	8.2
Setiembre	254	8.7
Octubre	256	8.8
Noviembre	253	8.7
Diciembre	195	6.7
Total	2907	100.0

ANEXO N° 05. Tiempo de estancia en sala de observación de Emergencia de los pacientes del HNAAA durante el 2017.

Tiempo de estancia total	N	%
1 Día	38	1.3
2 a 5 Días	2101	72.3
6 a 10 Días	633	21.8
Mas de 10 Días	135	4.6
Total	2907	100.0

ANEXO N° 06. Tiempo de espera de la orden de hospitalización de los pacientes con estancia hospitalaria, servicio de emergencia, HNAAA- 2017.

Tiempo de espera	N	%
El Mismo Día	1080	37.2
1 Día	1014	34.9
2 Días	417	14.3
3 Días	191	6.6
4 Días	98	3.4
Más de 5 Días	107	3.7
Total	2907	100.0

ANEXO N° 03:

CRITERIOS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

12. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN CON ESTANCIA MAYOR A 12 HORAS	
CONCEPTO	Permite evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación, así como la disponibilidad de camas en Sala de Observación de Emergencia.
OBJETIVO	Evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación de Emergencia.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Estancias en Sala de Observación mayores a 12 horas}}{\text{Nº Pacientes en Sala de Observación}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias. Denominador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de pacientes con estancia mayor a 12 horas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 0% INSTITUTO: 0%