



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Factores asociados al tiempo de internamiento del paciente del servicio  
de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACÁDEMICO DE:**

**Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

**Crisanto Barzola, Jhon Alexander (ORCID: 0000-0002-5111-3676)**

**ASESOR:**

**Dr. Sosa Aparicio, Luis Alberto (ORCID: 0000-0002-5903-4577)**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Calidad de las prestaciones asistenciales y Gestión del riesgo en salud.**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2021**

## **Dedicatoria**

El presente está dedicado a mis padres, mi hermana y sobrinas, quienes son motivo de inspiración y de seguir creciendo profesionalmente.

A mis compañeros y amigos del programa de maestría, con quienes comparto logros y anhelos en común.

A mí mismo, pues es sinónimo de esfuerzo, perseverancia y mucha dedicación.

Jhon Alexander

### **Agradecimiento**

A Dios, por guiar mi camino y proceder, por permitirme culminar con éxito el grado de maestrante.

Al Hospital La Caleta, por brindarme las facilidades necesarias para realizar la presente investigación.

A mis amigas y colegas enfermeras del Hospital La Caleta y en especial al servicio de emergencia, por su consideración y apoyo en el desarrollo de mi investigación.

A mi estimado profesor y asesor, por su acompañamiento durante todo el proceso de investigación, quien con sus sugerencias han enriquecido la presente investigación.

El autor

## Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vii
Abstrac	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	26
3.1. Tipo y diseño de investigación	26
3.2. Variables y operacionalización	27
3.3. Población, muestra y muestreo	40
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.5. Procedimientos	44
3.6. Método de análisis de datos	44
3.7. Aspectos éticos	45
IV. RESULTADOS	47
V. DISCUSIÓN	62
VI. CONCLUSIONES	73
VII. RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS	75
ANEXOS	

## Índice de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	47
Tabla 2. Especialidad de Atención asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	49
Tabla 3. Grado de Dependencia del paciente asociado su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	50
Tabla 4. Índice de Comorbilidad según Charlson asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	51
Tabla 5. Estimación de Mortalidad según Charlson asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	52
Tabla 6. Condición de egreso del paciente asociado al tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	53
Tabla 7. Concordancia diagnóstica de ingreso y egreso asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	54
Tabla 8. Indicación de hospitalización asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	55

Tabla 9.	Tiempo de elaboración de la historia clínica asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	56
Tabla 10.	Tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	57
Tabla 11.	Disponibilidad de exámenes de laboratorio asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	58
Tabla 12.	Disponibilidad de imágenes diagnósticas asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	59
Tabla 13.	Disponibilidad de camas en hospitalización asociado al tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	60
Tabla 14.	Tiempo de efectivización de interconsultas asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.	61

## RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad determinar los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021. El estudio es de tipo cuantitativo, correlacional, de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 292 expedientes clínicos de pacientes que se encontraban en observación de emergencia. La técnica empleada fue de registros y documentos, y el instrumento de recolección de datos fue una ficha de registro de información. Se utilizó la prueba de V. de Aiken dicotómica y el coeficiente de Alpha para la validez y confiabilidad del instrumento, asimismo se utilizó la prueba de Chi cuadrado y coeficiente de contingencia para la correlación de variables. Los resultados fueron que la especialidad de atención ( $p=0.000$ ), el grado de dependencia ( $p=0.000$ ), el índice de comorbilidad ( $p=0.000$ ), la estimación de mortalidad ( $p=0.000$ ), la condición de egreso ( $p=0.001$ ), la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente ( $p=0.000$ ), la indicación de hospitalización ( $p=0.000$ ), el tiempo de elaboración de la historia clínica ( $p=0.000$ ), el tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización ( $p=0.000$ ), la disponibilidad de imágenes diagnósticas ( $p=0.000$ ), la disponibilidad de camas en hospitalización ( $p=0.000$ ) y el tiempo de efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ) presentaron una asociación con el tiempo de internamiento del paciente. La conclusión principal fue que existe relación significativa entre los factores del paciente, del personal de salud y de la administración hospitalaria con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

**Palabras clave:** Factores asociados, tiempo de internamiento, paciente en emergencia.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the factors associated with the length of stay of the patient in the emergency service of Hospital La Caleta, 2021. The study is quantitative, correlational, cross-sectional, whose sample consisted of 292 clinical records of patients who were under emergency observation. The technique used was records and documents, and the data collection instrument was an information record sheet. The dichotomous V. de Aiken test and the Alpha coefficient were used for the validity and reliability of the instrument, as well as the Chi-square test and the contingency coefficient for the correlation of variables. The results were that the specialty of care ( $p = 0.000$ ), the degree of dependence ( $p = 0.000$ ), the comorbidity index ( $p = 0.000$ ), the mortality estimate ( $p = 0.000$ ), the discharge condition ( $p = 0.001$ ), the diagnostic concordance between the admission and discharge of the patient ( $p = 0.000$ ), the indication for hospitalization ( $p = 0.000$ ), the time of preparation of the clinical history ( $p = 0.000$ ), the time of acceptance of admission A hospitalization ( $p = 0.000$ ), the availability of diagnostic images ( $p = 0.000$ ), the availability of beds in hospitalization ( $p = 0.000$ ) and the time of making interconsultations ( $p = 0.000$ ) showed an association with the length of hospitalization of the patient. The main conclusion was that there is a significant relationship between the factors of the patient, the health personnel and the hospital administration with the length of stay of the patient in the emergency service.

**Keywords:** Associated factors, length of stay, patient in emergency.



## I. INTRODUCCIÓN

La estancia hospitalaria prolongada (EHP) en la actualidad es una preocupación en todos los países del mundo debido a las diversas consecuencias negativas que presenta para el sistema de salud, entre ellos tenemos al incremento en los gastos sanitarios, insuficiente acceso a servicios de internamiento, congestión de las unidades de emergencias, así mismo un incremento del riesgo de eventos adversos para el paciente, que empeorarían su estado de salud (Ceballos, Velásquez y Jaén, 2014). Sánchez y Reyes (2014) sostienen que el hecho que el usuario se quede internado por un tiempo mayor al que corresponde, significa un indicador negativo de eficiencia hospitalaria por las consecuencias antes mencionadas, sumado a un incremento de la letalidad en un 10%.

De igual forma, Gálvez et al (2011) considera que el internamiento prolongado altera la salud pública puesto que genera inconvenientes en áreas o unidades de gran relevancia como es la unidad de emergencia provocando un desbalance entre la oferta de prestaciones de servicios de salud y la demanda de atención de los pacientes, generando un estancamiento y hacinamiento en los servicios de emergencia (SE), ocasionando que muchas personas que requieran de una asistencia de emergencia, no puedan recibir una atención de calidad debido a la indisponibilidad de camas. Por su parte Wachtel y Elalouf (2020), mencionan que la EHP y el hacinamiento en los SE son problemas graves pero comunes en todas las instituciones de salud del mundo, donde muy frecuente los medios de comunicación publican artículos sobre el hacinamiento en los SE, informando una ocupación de pacientes de más del 200% de la capacidad.

Aguilar (2020) sostiene que el tiempo prolongado de internamiento es un indicador para evaluar la eficacia de los servicios proporcionados a los pacientes que están hospitalizados en una Institución de salud, así mismo manifiesta que la EHP de los pacientes se debe a prácticas asistenciales inadecuadas (inapropiado tratamiento e intervenciones tardías), demostrándose una desorganización en la atención medica prestada, teniéndose como causas una inadecuada gestión administrativa, escases de medicamentos indispensables para la recuperación temprana del paciente y la ausencia de procedimientos que contribuyan a un diagnóstico oportuno.

Este incremento de pacientes en las salas de observación de las unidades de emergencia antes mencionados, actualmente ha generado que la EHP sea un tema de mucha envergadura para muchos nosocomios, quienes deberían prestar su atención en mejorar el requerimiento de Servicios de Hospitalización, Unidades de cuidados Intensivos (UCI) o Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI), áreas que debería ser proactivos en el ingreso de pacientes, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y posterior alta de los pacientes (Zapata, 2019).

Por su parte Pinto (2020), sostiene el desequilibrio entre el ofrecimiento y requerimiento de asistencias medica es un problema que debería alertar a los representantes que dirigen los nosocomios, la razón de este desequilibrio se debe a que la demanda de atención sanitaria se ha incrementado. La demanda de atención de emergencia, incluso en los países más desarrollados, ha crecido considerablemente, debido, al incremento de la perspectiva de vida, generando consecuentemente un predominio de enfermedades crónico degenerativas, a menudo exacerbadas, ante este exceso de carga, es difícil que los servicios de urgencias hospitalarios cumplan con su principal misión: brindar una atención en tiempo oportuno y con la calidad adecuada (Bittencourt et al., 2020).

En el último decenio, los costos asociados con el internamiento de los pacientes en los hospitales se han incrementado exponencialmente, haciendo necesario minimizar los días de los pacientes en el hospital se ha convertido en una política sanitaria para potenciar los recursos sanitarios en pacientes con estadía prolongada, lo que hace imperante y necesario una planificación adecuada de los procesos que se deben administrar (García, 2010). Del mismo modo, en los países latinoamericanos existe escasez de recursos tanto humanos como materiales y equipos biomédicos en los diferentes niveles de establecimientos de salud, por lo que esta falta de recursos para asistir a la población que necesita diversos servicios de salud, generaría posiblemente una alta congestión de los servicios sanitarios, creándose una responsabilidad administrativa el control de los pocos recursos asignados de forma eficiente (Ceballos, Jaén y Velásquez,2014). Ante ello, Castañón, Polanco y Camacho (2014) mencionan que, ante la sobresaturación de las unidades de emergencias, los pacientes tienen que esperar mucho tiempo para

ser hospitalizados y tratados, convirtiéndose de esta forma en una barrera que impide que muchas personas reciban los primeros auxilios a tiempo.

La Defensoría del Pueblo (2017) en su informe N° 161, menciona que el 58.4% de las instituciones de salud identifican como causa del retraso de atención al escaso número de personal para atender las emergencias, atenciones injustificadas en emergencias y escasez de recursos: camas y exámenes auxiliares; específicamente, el 27.5% no tenían servicios de laboratorios, el 19.5% no tenían atención en farmacias y el 40.9% no tenían servicios de rayos X.

Lo expuesto anteriormente, forma parte de la realidad del Hospital La Caleta, el cual está ubicado en el Distrito de Chimbote en el departamento de Ancash, cuyo nivel de complejidad es una Institución de Salud de Nivel II-2, contando con una unidad de emergencia, conformado por una Unidad de Trauma Shock con disponibilidad para dos camas, en donde se hallan los pacientes más críticos del servicio, así mismo cuenta con áreas de observación diferenciadas, el área de pediatría cuenta con 3 camas para niños menos de 15 años, el área de mujeres cuenta con 2 camas y 6 camillas, y la sala de varones que cuenta con 3 camas y 9 camillas; áreas donde todos los días se hallan pacientes con un tiempo de internamiento mayor a 24 horas, limitando en ocasiones el ingreso o admisión a pacientes que requieren de una atención de emergencia de calidad, por lo que son atendidos en silla de ruedas, ocasionando la insatisfacción del paciente y el familiar.

Esta permanencia prolongada en la unidad emergencia del Hospital La Caleta post estabilización, posiblemente se deba a diversos factores que se evidencia a diario, entre ellos tenemos la indeterminación del personal médico para hospitalizar a los pacientes, interconsultas no efectivizadas, indisponibilidad de exámenes de imagenología o laboratorio que retardan el diagnóstico definitivo del paciente, y el déficit de disponibilidad de camas en hospitalización y/o ambientes diferenciados para admitir al paciente de emergencia, quien por su condición requiere un tratamiento prolongado, pero que en ocasiones permanecen en emergencia hasta el alta médica. De ello, surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021?

La presente de investigación tendrá un impacto positivo sobre la calidad de la atención en el servicio de emergencias, pues de los resultados encontrados se podrá realizar estrategias de gestión dirigidas a modificar aquellos factores asociados al tiempo de Internamiento prolongado del paciente, como por ejemplo Gestión de flujo de pacientes, clasificación de riesgos, Gestión de camas, y establecimiento de indicadores (Jarvis, 2016); así mismo indirectamente reducirá las complicaciones intrahospitalarias secundarias a un internamiento prolongado y por ende disminuirá los gastos económicos de la Institución; del mismo modo, incrementará el conocimiento de los profesionales de la salud, debido a la riqueza de resultados que se halle en el presente, que servirá como fuente de estudio para futuras investigaciones; por último, beneficiará a la población de Chimbote y alrededores, puesto que, las jefaturas del servicio de emergencia y hospitalización podrían diseñar estrategias de intervención para optimar el flujo de pacientes, a fin disponer más camas en la unidad de emergencias.

Desde esa perspectiva, el Objetivo General que orienta la presente investigación es Determinar los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021. Específicamente se busca: 1) Asociar los factores del paciente: según la especialidad de atención y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 2) Asociar los factores del paciente: según el grado de dependencia y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 3) Asociar los factores del paciente: según índice de comorbilidad y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 4) Asociar los factores del paciente: según la estimación de mortalidad y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 5) Asociar los factores del paciente: según la condición de egreso y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021, 6) Asociar los factores del personal de salud: según la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 7) Asociar los factores del personal de salud: según la indicación de hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021;

8) Asociar los factores del personal de salud: según el tiempo de elaboración de la historia clínica de hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 9) Asociar los factores del personal de salud: según el tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 10) Asociar los factores de la Administración Hospitalaria: según la disponibilidad de exámenes de laboratorio y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 11) Asociar los factores de la Administración Hospitalaria: según la disponibilidad de imágenes diagnósticas y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; 12) Asociar los factores de la Administración Hospitalaria: según la disponibilidad de camas en hospitalización y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021; y 13) Asociar los factores de la Administración Hospitalaria: según el tiempo de efectivización de interconsultas y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021. La hipótesis planteada es la existencia de factores del paciente, del personal de salud y de la administración hospitalaria asociados al tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

Esta sección cubre y describe importantes informes empíricos internacionales y nacionales que favorecerán la interpretación, comprensión, y el análisis de las variables de investigación. En otras palabras, describe el estado del arte sobre los factores vinculados al tiempo de internamiento del paciente, así mismo se exponen el sustento teórico de las variables de investigación.

Entre las investigaciones internacionales tenemos la realizada por Ojeda, Palomino, Bejarano, Ocampo, y Reyes (2021); quienes propusieron analizar los factores asociados con EHP en una Unidad Geriátrica de agudos de un Hospital General, encontrando que el 21,1% de la población son mujeres, 82,3 años fue la edad promedio del total de la muestra; el tiempo de internamiento en el nosocomio era 14,7 días; el 50.6% tuvieron estancia prolongada, concluyendo que la úlcera por presión, la dependencia funcional, los bajos niveles séricos de albumina, las comorbilidades y el nivel elevado de PCR. que los factores que mayormente aumentan los tiempos de hospitalización.

De forma similar, Thiruvengadam, Laksmi y Ramanujam (2021), reconocieron a través de una investigación los factores que aumentan la estancia hospitalaria en paciente con COVID-19, reportando que la saturación de oxígeno ( $p < 0.001$ ), valores de dímero D ( $p = 0.002$ ) y presentar al menos dos patologías crónicas ( $p = 0.008$ ) eran factores que influían en aumentar el tiempo de internamiento del paciente, concluyendo que ante la evidencia de estos factores se debería implementar un sistema de planificación de camas.

Así mismo, Schneider, Denyer y Brown (2021), identificaron aquellos factores de riesgo que se encontraban asociados a la estadía hospitalaria en personas geriátricas posterior a un evento de fractura de cadera, encontrando que padecer de algunas enfermedades con HTA y diabetes ( $p < 0.001$ ), complicaciones intrahospitalarias ( $p < 0.001$ ), dependencia funcional ( $p < 0.001$ ) y el retraso de la intervención quirúrgica ( $p < 0.001$ ) aumentaron los días del paciente geriátrico en el hospital.

Gosaye y otros (2020), buscaron determinar los predictores de la estancia hospitalaria prolongada y la mortalidad hospitalaria en los pacientes adultos

ingresados a cirugía, donde hallaron que ser mujer ( $p=0.003$ ), ingresar por emergencia ( $p=0.015$ ), presentar septicemia ( $0.006$ ) fueron factores que influyen en la mortalidad hospitalaria y el ser mujer ( $p=0.026$ ), pacientes asegurados ( $p=0.007$ ), presentar cáncer ( $p=0.027$ ) y esperar una intervención quirúrgica por más de 7 días ( $p=0.001$ ) fueron factores que se asocian a una hospitalización prolongada. Concluyendo que existen predictores modificables tanto de mortalidad y estancia prolongada, que necesitan ser autoevaluadas para mejorar la atención.

Paling, Lambert, Clouting, González y Auterson (2020), describieron los tiempos de espera en las unidades de emergencia, reportando la existencia de una relación directa entre la disponibilidad de cama en hospitalización y el tiempo de espera del paciente en emergencia, es decir, que con una ocupación de camas del 100%, la proporción de pacientes que permanecieron en el servicio de urgencias durante más de 4 horas fue 9 puntos porcentuales más alta (IC del 95%: 7,5% a 11,1%) que con un nivel de ocupación del 85%.

De igual forma, Zapata (2019), se planteó establecer que factores conllevan al paciente del servicio de hospitalización a presentar estancia hospitalaria prolongada no justificada, encontrando que de los 549 pacientes con estancia hospitalaria prolongada, el 57% eran de sexo masculino, cuya edad promedio era 59 años, el 92.3% está afiliado al régimen contributivo y subsidiado, el 42.4% pertenecían a la especialidad de medicina interna, el 65.6% de la estancia prolongada no justificada se debía a factores administrativos y el 47.4% presento demora en los procesos de hospitalización, concluyendo que estos factores permiten desarrollar estrategias institucionales para minimizar los impactos negativos e influir en los niveles financieros, la protección del enfermo y la calidad de la asistencia médica.

Marfil y otros (2018), en su investigación retrospectiva sobre los factores de riesgo a la estancia hospitalaria, hallaron que la edad ( $p<0.001$ ), el tipo de ingreso ( $p<0.001$ ), la proporción médico-paciente ( $p=0.026$ ), el reingreso hospitalario ( $p<0.001$ ), el tipo de diagnóstico ( $p<0.001$ ) y la mortalidad ( $p<0.001$ ) fueron factores que influían que el paciente permanezca mayor tiempo en el hospital.

Por su parte, Hui Jin Toh y otros (2017), investigaron aquellos determinantes asociados al periodo de EHP de los pacientes seniles, donde encontraron que el 88,0% de los pacientes presentaban una edad por encima de los 80 años y los factores que demostraron asociación con la estadía prolongada fueron el padecimiento de demencia ( $p=0.013$ ), el estado funcional ( $p<0.001$ ) y el compromiso de la patología ( $p=0.001$ ).

Un estudio parecido es de Mohammad y otros (2017), quienes identificaron los determinantes de la EHP en el área de emergencias, hallando que ser adulto mayor ( $p=0.019$ ), no contar con ningún tipo de seguro ( $p=0.024$ ) y presentar mayor número de exámenes auxiliares ( $p=0.029$ ) son factores que se relacionaron significativamente con la EHP.

Caporaletti y otros (2017) indagaron sobre los determinantes del hacinamiento en el Servicio de Urgencia (SU) Italiano, reportando que, del total de profesionales sanitarios, el 80% menciona que los ingresos a observación de emergencias superan la oferta de camas asignadas y solo el 56% tiene conocimiento sobre el Plan de Gestión de Hacinamiento.

Del mismo modo, Sánchez y otros (2016), determinaron los factores que se encontraban asociados a la estadía hospitalaria en pacientes con tuberculosis, donde hallaron que la edad ( $p=0.007$ ), antecedentes patológicos ( $p=0.062$ ), gravedad de la enfermedad ( $p=0.012$ ), presencia de complicaciones ( $p<0.001$ ) y el diagnóstico retrasado ( $p=0.010$ ) presentaron una asociación con el tiempo de estancia hospitalaria, concluyendo que el factor de riesgo que podría modificarse es el diagnóstico tardío, con el que se sugiere la implementación de un sistema para mejorar esta cifra.

A nivel Nacional, tenemos la investigación de Conza y Loncone (2020), quienes decidieron evaluar los factores de riesgo asociados a la estadía del paciente en el Hospital Regional; la población del servicio de medicina incluyó a 1040 expedientes clínicos de pacientes ingresados en el 2018, cuya muestra fue de 654, de los cuales 327 historias clínicas de casos y 327 historias clínicas de control; el grupo de más de 60 años representó el 50,2%; en su mayoría mujeres (50,8%). Concluyendo que entre los principales factores de riesgo que incrementan



la estadía de hospitalización a largo plazo está la enfermedad concomitante ( $p=0.040$ ), el acatamiento del tratamiento ( $p=0.000$ ), la efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ) y la ejecución del examen por imágenes ( $p=0.000$ ).

En esta misma línea, Pinto (2020), pretendió determinar los factores relacionados a la estadía hospitalaria de los pacientes en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, cuya muestra estuvo conformada por 176 expedientes clínicos, encontrándose que el 74,4% de los pacientes tienen entre 40 y 50 años; el 53,4% correspondieron al sexo masculino; el 62,5 % tienen un grado de instrucción superior; el 38,1% presentaron un internamiento largo, el 44,3% presentaron un diagnóstico de ingreso presuntivo; el 69,3% presentaron demora en la efectivización de interconsultas solicitadas y en el 60,2% no se aplicaron protocolos de asistencia médica debido a su inexistencia. Concluyendo que la estadía de los pacientes en el hospital se encuentra asociada al diagnóstico de ingreso del paciente ( $p=0.003$ ) y a la existencia de protocolos de atención ( $p=0.000$ ).

Por su parte Aguilar (2020), en un estudio de investigación realizado cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados a la EHP en un Hospital de Lima, encontró cuatro factores que se relaciona estadísticamente con la estadía hospitalaria: el sexo ( $p= 0.036$ ), antecedente patológico ( $p=0.012$ ), padecer de diabetes mellitus ( $p= 0.03$ ) y la evaluación del estado nutricional ( $p = 0.012$ ).

De mismo modo, Vásquez (2020), quien proyectó determinar la relación entre el índice de enfermedad de Charlson y la permanencia en los servicios médicos en el Hospital Hipólito Unanue, encontró que el 29.73 % del total de 222 pacientes fueron hospitalizados a largo plazo, con una asociación significativa entre la permanencia hospitalaria y la relación entre hospitalización y hospitalización previa ( $p = 0,046$ ), utilización anticipada de antibióticos ( $p = 0,029$ ), seguro médico ( $p = 0,010$ ) y úlceras por presión ( $p = 0,045$ ), concluyendo que no existe relación entre índice de enfermedad de Charlson y el tiempo de hospitalización.

De modo similar, Ríos (2019), propone identificar aquellos factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en un servicio de hospitalización del Hospital Belén de Lambayeque, cuya muestra fue de 120 pacientes con una edad media de

60,33 años. El 75% presento una estancia hospitalaria de 8 días, el 79.2% de los pacientes tienen un índice de Charlson 3 (comorbilidad alta); así mismo un 82% muestran comorbilidades relacionadas con el diagnóstico principal de ingreso, el 59.2% no presentaron el mismo diagnóstico al ingreso y al alta, y el 100% de los pacientes con demora en la realización de pruebas diagnósticas presentaron estadía prolongada; concluyendo que los factores asociados más importantes a la estadía hospitalaria fue el índice de Charlson ( $p < 0.01$ ) y la existencia de alguna comorbilidad al ingreso ( $p < 0.01$ ), la similitud del diagnóstico de ingreso y egreso ( $p < 0.01$ ) y la demora de exámenes auxiliares ( $p < 0.05$ ).

Por su parte Oblitas y Siccha (2018) propusieron determinar la asociación entre la Administración Institucional y la estancia del paciente en el servicio de medicina del Hospital de la Alta Complejidad Virgen de la Puerta, cuya muestra fue de 238 pacientes dados de alta, encontrándose que el 57% representa una limitada administración, siendo las dimensiones con más proporción el inadecuado control de insumos con un 43% y el limitado control de presupuestos con un 31%. Concluyendo que la gestión del hospital tiene un impacto significativo en el tiempo de permanencia del paciente en el servicio de hospitalización de Medicina ( $p = 0.000$ ).

De igual manera, Soria (2018) buscó dilucidar aquellos factores relacionados a la hospitalización de larga duración en el Servicio de Hospitalización de Medicina del Hospital de Urgencias de Villa El Salvador, cuya muestra de estudio fue 339 expedientes clínicos de pacientes que se encontraban hospitalizados en medicina, hallando que el 46 % de las hospitalizaciones a largo plazo se dieron en adultos de 65 años o más, con una estadía promedio de 12.5 días; dentro de las principales causas para un internamiento prolongado según la administración del hospital se encuentra el retraso de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento (35,1%) y según las condición inherente del paciente esta su condición clínica (29.8%).

Por su parte, Abanto, Valdivieso, Arévalo y Orihuela (2018), identificaron las aquellas características que influyen en la EHP, encontrando que 45% de los pacientes eran adultos jóvenes, el 61% presento alguna comorbilidad, en el 92% de los casos, los gastos generados eran solventados por el SIS, concluyendo que

la estadía en el hospital se ve afectada por factores propios del paciente, es decir por su condición de ingreso al nosocomio.

Asimismo, Anyarin (2017) pretendió analizar los factores que influyen en la estadía del paciente en un servicio de hospitalización del Hospital Félix Torrealva de Ica, cuya muestra estuvo conformada por 30 pacientes dados de alta, hallando que el 40% fueron pacientes seniles, el 53.3% fueron mujeres, las principales causas de la estadía prolongada fue la condición de la enfermedad (50%) y los retrasos terapéuticos y apoyos diagnósticos (43.3%), es decir factores que influyen en la estadía en hospitalización son factores propios del paciente (50%) y a factores administrativos (33.3%), siendo la duración de la estadía hospitalaria de dos semanas con mayor frecuencia (63.3%).

En esta misma línea, Mamani (2017), se propuso Determinar los factores asociados a la EHP en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, cuya muestra estuvo conformada por 113 pacientes con estancia prolongada que cumplieron los criterios de selección, encontrándose que la mediana de la EHP fue de 11 días, el tipo de ingreso más frecuente fue por emergencia (97.3%), los diagnósticos más frecuentemente hallados fueron NAC (28.3%) e ITU (18.6%), las comorbilidades que se observaron fueron HTA (40.7%) y DM (27.4%). Los factores relacionados con la EHP son la NIH ( $p=0.001$ ), las complicaciones ( $p=0.025$ ), el tiempo de realización de procedimientos ( $p=0.000$ ) y la admisión inapropiada ( $p=0.002$ ).

Teniendo en cuenta los diferentes estudios mencionados, es preciso mencionar que los servicios o unidades de emergencia son áreas fundamentales en un nosocomio, donde su principal objetivo es salvaguardar la vida del paciente e impedir posibles secuelas, el mismo que presenta una operatividad de 24 horas diarias, es decir todos los días del año, donde los nosocomios con segundo y tercer nivel de complejidad cuentan con una mayor capacidad de resolución médica debido a los diferentes especialistas con los que cuenta, así como los recursos biomédicos que tienen (Taype et al., 2020).

Pero también es preciso mencionar que desde hace 20 años la demanda de los pacientes por una atención de emergencia se ha incrementado en todos los

principales nosocomios del Perú, donde la incorporación de camillas y sillas de ruedas en los pasadizos para la atención de los pacientes se ha convertido en una necesidad, prolongándose el tiempo de espera del paciente para tener acceso a un servicio de hospitalización, creando así el hacinamiento de los pacientes, siendo las causas de ello factores internos y externos al mismo servicio de emergencia; entre los factores externos al servicio de emergencia se distinguen la inadecuada atención médica del primer nivel de atención, la decisión del paciente para acudir al profesional médico, el inadecuado seguimiento de atención primaria y escases de insumos médicos, y entre los factores propios al servicio de emergencia están los retrasos de la asistencia médica, del apoyo diagnóstico y del tratamiento, así como la indisponibilidad de camas en la unidad de emergencia, por otro lado, también existen otros factores como la indisponibilidad de camas en una unidad de hospitalización tanto del mismo nosocomio como de otras instituciones de salud que son centros de referencia, y la disponibilidad del medio de transporte para el traslado del paciente (Taype et al., 2020).

Ahmed y otros (2020), sostienen que el tiempo de internamiento es la duración representado en horas o días, en cual inicia desde el ingreso del paciente a una unidad hasta el momento en que el paciente deja dicha unidad, ya sea por recibir alta, pasar a hospitalización, referido a otra institución o por fallecer; siendo utilizado como indicador para evaluar el funcionamiento y eficacia de los servicios de emergencias, e indirectamente valorara la calidad prestada por la unidad. Entre tanto, para Chung y otros (2016) sostienen que el egreso final del paciente en las salas de urgencias son el alta médica, el ingreso a hospitalización o el fallecimiento en urgencias.

Según la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 042-2007, menciona que el tiempo de permanencia del paciente cuya complejidad patológica sea de primer grado debería ser menor a doce horas en los Tópicos de medicina, al igual que en la sala de observación y para los pacientes con complejidad patológica de segundo grado el tiempo de estadía no debería exceder a las 24 horas. Pero lo dispuesto por la NTS es difícilmente ejecutable, debido a diversas circunstancias, entre ellos, un aumento considerable de la población geriátrica, los mismos que presentan comorbilidades crónicas y patologías que aumentan las tasas de mortalidad (infarto

cerebral y cardiaca) (Ofori et al., 2020). Así mismo, está el uso inadecuado de los servicios sanitarios, donde no existe coherencia entre el nivel de atención de un nosocomio con el grado de complejidad de la enfermedad del paciente que demanda de una atención, y por último esta la escasez de recursos por una ineficiencia administración hospitalaria, que en su conjunto aumentan los porcentajes de morbilidad y mortalidad, ineficiente calidad de prestación, incremento de complicaciones por alguna infección intrahospitalaria, etc. (León, Corrales y Arboleda, 2018).

Por su parte, López (2019) sostiene que el tiempo de permanencia de los pacientes en las unidades de emergencia de nosocomios de nivel 2, debería ser de 2 a 6 horas, de acuerdo con el estándar internacional, en consecuencia, si el paciente permaneciera por un tiempo mayor al establecido anteriormente, saturará las unidades de emergencia, ocasionando un inadecuado concepto o imagen de la asistencia médica. Así mismo, Bashkin et al., (2015) afirman que en comparación de los pacientes que permanecen en el SU de 4 a 8 horas, los que permanecen de 8 a 12 horas tienen un 20% más de probabilidades de quedarse más tiempo en el hospital. Además, este número se eleva al 50% si la duración del SU es superior a 12 h.

Este aumento del tiempo de internamiento tiene efectos no positivos, como lo menciona Hiu y otros (2017), quienes ponen su atención en la probabilidad de padecer de alguna infección adquirida asociada con la atención hospitalaria, en la interrupción del flujo de pacientes y la limitación de acceder a un servicio de calidad, como consecuencias de una EHP. Así mismo, Mc Kenna y otros (2019), sostienen que los pacientes con mayor estancia de internamiento congestionaran los servicios de urgencias, por lo tanto, con nuevos ingresos a salas de internamiento sobrepasara la capacidad del servicio, provocando una sobrecarga laboral en el personal asistencial.

Van Der Veen y otros (2018), afirman que una congestión en los SE aumentara la tasa de mortalidad de los pacientes, así como la EHP, bajo esta perspectiva, continúan alegando que el hacinamiento de enfermos internados en las unidades de urgencias, reducirán la calidad de prestación de servicios, así como

se incurrirá errores involuntarios u omisión de cuidados, este último debido a que el personal prioriza la atención de nuevos pacientes en emergencia.

Este aumento del tiempo de internamiento, no solo ocasionará la congestión del servicio de urgencia, sino también traerá consigo el hacinamiento de la misma unidad de emergencia, el cual es definido por Salway et al., (2017) como la situación en que no existe espacio para satisfacer las necesidades oportunas del próximo paciente que requiere de una asistencia de emergencia. Ante ello, cuando los SU están congestionados o hacinados, su capacidad para responder a emergencias y desastres comunitarios también puede verse comprometida (American College of Emergency Physicians, 2018). Por su parte, Donal y Rebeca Jeanmonod (2017) afirman que el hacinamiento no es simplemente una cuestión de que un servicio de urgencias no tenga los recursos adecuados para la demanda que le imponen los pacientes o la comunidad, sino una desproporción entre lo que es ofertado sobre lo que es demandado en relación a las necesidades de atención de la salud que ocasiona resultados indeseables para los pacientes.

Entre tanto Morley y otros (2018), afirman que el hacinamiento en las unidades de emergencia tendrá efectos negativos para los pacientes, para el personal que labora en dicha área, y para el mismo nosocomio; los efectos en los pacientes incluyeron retrasos en ser evaluados y recibir la atención requerida, mayor frecuencia de exposición error, incluidos errores de medicación, menor satisfacción del paciente, incremento del tiempo de internamiento hospitalario y peores resultados; este último incluyó un aumento de la mortalidad de los pacientes hospitalizados; los efectos negativos identificados en el personal incluyeron un mayor estrés, una mayor exposición a la violencia y el inadecuado cumplimiento de sus funciones y para la Institución de salud, una explotación desmedida de los recursos hospitalarios, aumentando de esta forma aún más el tiempo de internamiento del paciente no solo en las unidades de emergencias sino posteriormente en las unidades de hospitalización, convirtiéndose en un círculo vicioso entre causas y consecuencias.

Otra posición es la de Bashkin y otros (2015), quienes mencionan que este hacinamiento en los servicios de emergencia provocado por la EHP de los pacientes, disminuye la capacidad de las unidades de urgencias para gestionar y

proporcionar el acceso y la estabilización inmediata a los pacientes que tienen una afección médica de emergencia; añadiendo que existen tres factores principales que contribuían a ello: los factores de entrada reflejaban las fuentes y los aspectos de la afluencia de pacientes, los factores de rendimiento reflejaban los cuellos de botella dentro del servicio de urgencias y los factores de salida reflejaban los cuellos de botella en otras partes del sistema de salud que pueden afectar a la unidad de urgencias. Así mismo, Santos y Otros (2016) afirman la etiología del hacinamiento es multifactorial, siendo sus causas: una disminución de la capacidad hospitalaria, un aumento en los cierres de un número significativo de SU, un aumento en el volumen de pacientes en los SU, una escasez de personal sanitario, un aumento en la complejidad del manejo del paciente y la imposibilidad de trasladar a los pacientes del SU a las unidades de hospitalización.

En este sentido y dándole soporte a lo mencionado anteriormente, López (2019) menciona que la unidad de urgencias es uno de los principales medios de ingreso a hospitalización, representando un porcentaje de las tres cuartas partes del total, así mismo, menciona que existen diferentes factores que provocarían el retraso a las unidades de hospitalización desde urgencias, siendo las principales causas una infraestructura reducida en servicios de hospitalización no permitiendo el ingreso a toda la demanda de pacientes de urgencias, deficiente competencias para tomar decisiones, y escasos recursos tanto de medicamentos, equipos y personal; pero también existen otros factores que están asociados a los pacientes, como son su edad, siendo el grupo etario con mayor tiempo de internamiento los adultos mayores, como también está el tipo de patología con el que ingrese al servicio de emergencia y la presencia de alguna comorbilidad, que en conjunto ocasionarían la sobrecarga de los pacientes en los servicios de emergencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s/f) define al factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o determinante el cual influye sobre el estado de salud del ser humano o comunidad, es decir son las circunstancias que aumentan la posibilidad de enfermar o padecer un daño. De la Guardia y Ruvalcaba (2020) sostienen que existen diversos determinantes de la salud de una población, los mismos que se encontraron influenciados por cambios históricos en los seres humanos a lo largo del tiempo, estos determinantes incluyen factores ambientales,

biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales. Y, por supuesto, un factor importante en la actualidad, es la atención médica organizada socialmente y apoyada profesionalmente para prevenir enfermedades y restablecer el estado de salud.

Por su parte, Galli y otros (2017), sostienen que un determinante de la salud es aquella condición que predice y diagnostica el nivel del estado de salud de una población, concepción se ha visto influenciada por los diferentes hechos históricos ocurridos, pasando del siglo XIX donde se concebía al estado de salud en un modelo Biologista, al siglo XX con un modelo totalmente ecologista, y actualmente en el siglo XXI se amplía la concepción de los determinantes de la salud, afirmándose que el estado de salud está influenciada por el medio ambiente, los estilos de vida, la propia biología humana y los sistema de asistencia de salud, determinantes que fueron descritos muy bien por Marc Lalonde en 1974.

Villar (2011) afirma que existen responsabilidades atribuibles a estos factores o determinantes antes mencionados, dentro de ellos está la responsabilidad directamente del estado y sus sectores gubernamentales que enmarcan factores en el ámbito económico, político y social, y por otra parte está la responsabilidad directamente del sector salud, el mismo que enmarca el monitoreo, seguimiento y control de los agentes que podrían alterar la salud de la persona.

Estos determinantes o factores al influenciar sobre la salud de la persona o población, también influye indirectamente sobre el sistema de salud, pues al incrementarse el número de personas que padezcan de una enfermedad, incrementara la demanda de atención en los servicios de emergencias provocando un hacinamiento y un posterior acceso limitado de atención si es que no se cuenta con un adecuado flujo de pacientes. En este sentido, Espinal y otros (2018) sostienen que no solo los diferentes eventos que ponen en peligro la existencia de la persona como son infartos agudos, hemorragia masiva o accidentes en masa, provocaran el colapso de las unidades de emergencia, no obstante, la forma de acceder al servicio de asistencia médica también influenciara la sobresaturación te atención, evidenciándose en largos tiempos de espera, uso de silla de ruedas o superficies planas como camillas sin colchón incluyendo suelos del piso para atender la demanda de las emergencias, provocando indirectamente los retiros



voluntarios de los pacientes a otras instituciones de salud por la insatisfacción del mismo, así como también, provocan en el personal médico altos niveles de estrés.

Por su parte, Sánchez, Pérez, López, De la Torre y Vélez (2019) sostienen la existencia de factores que contribuyen una estancia hospitalaria del paciente, los mismos que son atribuibles al paciente, por su condición fisiopatológica que ponen en riesgo su vida, también se encuentran las que se atribuyen al profesional de salud, por no indicar el alta oportunamente y/o por el establecimiento de diagnósticos presuntivos o no concordantes; y por último están los factores atribuibles a la administración o gestión hospitalaria, por los procedimientos retrasados que incluyen los métodos de apoyo al diagnóstico y las intervenciones quirúrgicas.

Chen y otros (2017) sostienen que existen algunos factores propios del paciente que son incontrolables, dentro de ellos están la severidad de las enfermedades, el mismo que influye sobre el tiempo de estadía hospitalaria, pues requerirá mayor tiempo de tratamiento y estudios para su recuperación. Así mismo, está la presencia de complicaciones secundaria al cuadro clínico del paciente, que agravan aún más el estado de salud del enfermo y por ende sobre la EHP, incrementándose la probabilidad de fallecer en un futuro o reingresar a emergencias por un cuadro clínico similar, donde el grupo etario con mayor vulnerabilidad es el de los adultos mayores, quienes presentan mayor dependencia funcional (Jesús et al., 2019).

Del mismo modo, Chung y otros (2016), de su estudio destacan que los pacientes que mayor tiempo permanecieron en emergencia fueron los pacientes de la especialidad de medicina interna, argumentando que se debe a crecimiento de la población adulta mayor, donde predominan las complicaciones y/o la presencia de comorbilidades. Por su parte, Dinh y Berendsen (2020) manifiestan que el aumento del tiempo de los pacientes en el SE es consecuencia de un inadecuado flujo de pacientes, siendo las poblaciones con mayor ingreso a la unidad de urgencias los adultos mayores enfermos y los adultos jóvenes con problemas agudos de salud mental.

Siendo la presencia de comorbilidad del paciente, un factor que incrementa la EHP, Charlson, y otros (1987), crean un método para clasificar las comorbilidades del paciente según los antecedentes patológicos presentados, donde a cada categoría de comorbilidad se le otorga un puntaje asociado, la suma de todos los puntajes da como resultado una única puntuación de comorbilidad para el paciente. En esa situación, una puntuación general como el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) puede ser útil para estandarizar la evaluación de condiciones comórbidas, así mismo es un predictor bien establecido de mortalidad hospitalaria en pacientes no quirúrgicos y en aquellos con enfermedades específicas (Fuchs, Passamami y Costa, 2021).

Al igual que existen ciertas características del paciente que aumentan la probabilidad de un aumento de permanencia del paciente en las unidades de emergencia, también hay factores que relacionan al propio personal de dicha unidad como es explicado por Suasnabar (2018), quien pone su atención en los profesionales sanitarios, manifestando que el personal sanitario genera este tiempo prolongado hospitalario de forma consiente, sustentándose en los beneficios obtenidos al realizar un estudio cuya muestra sea los pacientes hospitalizados o por las prácticas universitarias, y por último se encuentran los beneficios económicos, al incrementarse los ingresos monetarios por los gastos generados por los pacientes que pagan por los servicios prestados.

Hui y otros (2017), describieron que el personal de salud debe tener las competencias necesarias para identificar aquellos casos que amerita su traslado a unidades de hospitalización o a otras instituciones de salud, así como debe empoderarse de criterios para brindar el alta al paciente lo más oportuno posible, y por ultimo sostienen que es responsabilidad del personal de salud el flujo de información y coordinación sobre el estado del paciente.

En relación a la entrega del reporte de los pacientes en las unidades de emergencia, Bashkin y otros (2015) afirman existe la posibilidad que un inadecuado sistema de información entre el personal médico y el personal de enfermería, aumente la estadía del paciente en unidades de emergencia, y ello radica a la evolución muy voluble del paciente en estas unidades, lo que amerita que el personal de turno entrante evalúe minuciosamente a cada uno de los pacientes

para determinar sus necesidades, incrementándose el tiempo para para tomar decisiones, tiempo que posiblemente sea menor si el flujo de información es el adecuado. Estos mismos autores, siguen justificando su posición al comparar el tipo de paciente en áreas de hospitalización y áreas de emergencia, donde mencionan que los médicos y enfermeras conocen las necesidades del paciente de hospitalización pues son personas con una evolución casi estacionaria, a diferencia del personal de emergencia, donde las necesidades de cuidado podrían variar en tiempos muy cortos.

Por su parte Marfil (2018) sostiene que el personal de salud no puede realizar a cabalidad sus funciones cuando existe una sobre demanda de pacientes en las unidades de emergencia, por lo que afirma que un aumento del recurso humano es indispensable para reducir la sobre congestión de pacientes y por ende el aumento de pacientes fallecidos. En esa misma línea, Ahmed y otros (2020) mencionan que el aumento de pacientes en las unidades de emergencia durante las noches y los fines de semana se debe a la indisponibilidad de médicos especialistas para contribuir en el diagnóstico y tratamiento del paciente, así como existe la posibilidad que no se cuente con personal que atiendan en centros de apoyo al diagnóstico.

Un factor principal es la indicación del alta del paciente, de ello Ofori y otros (2020) sustentan que un tiempo de internamiento injustificado genera la utilización de recursos inadecuadamente, por lo que, si se indicara oportunamente el alta al paciente, podría liberarse camas para atender a más pacientes, así como se brindaría una atención de calidad y por ende disminuir posiblemente las tasas de mortalidad. Ante ello, Mc Kenna y otros (2019) manifiestan que esta determinación temprana del alta médica, debería realizarse con criterios fundamentados, a fin de no provocar un daño sobre la seguridad del enfermo y los consecuentes reingresos a salas de urgencias.

Así mismo, Ahmed y otros (2020) indican que en ocasiones la capacidad del profesional médico es ineficiente debido al uso indiscriminado e injustificado de exámenes auxiliares (de laboratorio o imagenología), así como el tomar decisiones en la terapéutica del paciente y/o destino de cuidado, lo que generaría que el paciente permanezca más días de lo que debería en unidades de emergencia. Afirmando lo anterior, Morley y otros (2018) menciona que la incapacidad de

transferir a un paciente estable a un área de hospitalización es la principal causa de congestión del servicio de emergencia.

Entre tanto, Abir y otros (2019) sostienen que la decisión de la disposición de admitir o dar de alta a un paciente es considerada como una determinación importante que asume el médico de urgencias; por lo que admitir a un paciente que no necesita ser admitido lo expone a pruebas médicas, tratamientos y gastos innecesarios; sin embargo, una evaluación demasiado optimista del estado de un paciente y el alta posterior, pueden dar lugar a resultados clínicos negativos y demandas judiciales; esta decisión está influenciada por factores específicos del paciente (diagnóstico, condición médica, preferencia), factores específicos del médico (conocimiento, experiencia, umbrales de riesgo autodefinidos) y factores específicos del hospital (existentes protocolos de atención y recursos médicos).

De igual forma, están los factores institucionales u organizativos, que son características de estructura, de cultura y de política organizacional, ante un inadecuado proceso organizacional (planificación, intervención y control) existe una gran probabilidad de incurrir a errores internos, ocasionando escaso número de personal de salud y otros recursos indispensables para la atención oportuna del paciente (Bashkin et al., 2015).

León, Corrales y Arboleada (2018) sostienen que hay ocasiones en que las unidades de emergencia se convierten en salas de hospitalización, debido a que el paciente tiene que esperar que se efectivice ciertos exámenes auxiliares de imágenes (tomografías y resonancia magnética), así como la efectivización de interconsultas o algún procedimiento complejo. Así mismo Mentzoni, Tore y Wagar (2019), sostienen que la unidad de urgencias es utilizada como un área que amortigua la saturación de salas de hospitalización, ocasionando el agotamiento de los recursos disponibles en dicha área, y en consecuencia que la atención de los pacientes no sea la más adecuada, exponiéndolos eventos que afecten su seguridad.

Por su parte Chung y otros (2016) indican que la disponibilidad de recursos (medicamentos, pruebas diagnósticas, personal humano) aumentaría un adecuado flujo de pacientes, al ser diagnosticados y atendidos oportunamente. Continúa

describiendo que el hacinamiento de pacientes en los servicios de urgencias, no solo se debe a factores propios del paciente o a factores del servicio de urgencias, sino también al nivel de complejidad del nosocomio, es decir si un hospital cuenta con un mayor nivel, tendrá más centros especializados para tratar a los pacientes de las unidades de emergencias, como es el caso de UCIs, UVIs, etc.

Los hospitales de segundo nivel se encuentran en una posición desafiante en la jerarquía de atención médica, pues reciben pacientes derivados de hospitales a nivel de distrito, muchos de los cuales han tenido tiempos pre-hospitalarios prolongados, donde fueron tratados insuficientemente y llegan con una necesidad urgente de diagnóstico y tratamiento oportunos para advertir sobre la muerte y la discapacidad evitables; sin embargo, algunos elementos de diagnóstico avanzado y cuidados definitivos rara vez están disponibles en estas instalaciones (por ejemplo, tomografía computarizada, neurocirugía), lo que requiere una transferencia segura a niveles de atención más altos, siendo la respuesta de muchas instituciones que no cuentan con la disponibilidad de cama para recibir al paciente, quedándose por más tiempo en el SE (Japiont et al., 2016).

Un factor muy importante, es la disponibilidad de camas, como lo menciona Hui y otros (2017), quienes sostienen que la saturación de pacientes en las unidades de emergencia se debe a la limitación de camas en las áreas de hospitalización y deficiente procesos administrativos, que generan que los pacientes no sean admitidos en dichas áreas para continuar con su tratamiento. De ello, Tampubolón (2018) manifiesta que la cogestión de pacientes en áreas de urgencias se debe a la indisponibilidad de camas en hospitalización, generando que los pacientes permanezcan en urgencias, restringiendo de esta forma la atención de nuevos pacientes, creando discónfor en los pacientes, familiares y personal asistencial.

En los hospitales con disponibilidad insuficiente de camas para pacientes hospitalizados y el número de pacientes de emergencia que requieren ingreso pueden aumentar el tiempo de internamiento en unidades de urgencias, lo que provoca hacinamiento y compromete el rendimiento del personal sanitario; estos problemas también resultan en una mayor carga de cuidado de los pacientes en espera de ingreso, así como en tiempos de espera prolongados en el servicio de

urgencias, más pacientes que se van sin ser atendidos y bloqueo en el servicio de urgencias, en ese sentido, tales interrupciones en la atención oportuna de los servicios de urgencias pueden representar una amenaza para la seguridad del paciente (Mingchung et al., 2015).

La disponibilidad de cama hospitalaria es utilizada en el ámbito sanitario como indicador para medir la estructura organizacional, planificar y justificar el presupuesto, ponderar las funciones asistenciales, determinar los recursos medico estratégicos y no estratégicos prioritarios, y determinar el número de recurso humano necesario, es frecuente observar que la utilización de cama como un indicador de evaluación, midiéndose más en relación a la capacidad de atención que en relación a las actividades realizadas (Pérez, 2014). Por su parte, Bashkin y otros (2017), mencionan que el aumento del tiempo de internamiento del paciente en emergencia no solo se debe a la indisposición de camas hospitalarias en términos de cantidad, sino también en la cualidad espacial, es decir si se cuenta con las camas en el espacio adecuado para un determinado paciente en específico, dicha restricción se conoce como bloqueo de acceso.

Por su parte, Dinh y Berendsen (2020) mencionan que el flujo de pacientes puede darse en situaciones de alta demanda, siempre y cuando haya camas para pacientes hospitalizados disponibles, y a la inversa, el bloqueo de acceso puede ocurrir (y a menudo ocurre) en días con presentaciones de pacientes relativamente bajas, por supuesto, la clave es la disponibilidad de camas o la tasa de ocupación del hospital, en ese sentido, el flujo de pacientes desde el servicio de urgencias solo se producirá cuando haya camas disponibles para pacientes hospitalizados, pero, lograr esto de manera constante requiere un enfoque en todas las estrategias del hospital para mejorar la eficiencia del hospital, por lo que la simple creación de más camas para pacientes hospitalizados y la construcción de un SE más grande no creará necesariamente las condiciones necesarias para mejorar el flujo de pacientes, sino las estrategias a nivel institucional.

Por otro lado, Tampubolón (2018) afirman que el acceso a hospitalización se encuentra limitado al ingreso de pacientes provenientes de consultorios externos y de urgencias, creándose de esta forma una competencia entre los pacientes que

se encuentran en salas de urgencias con aquellos pacientes cuyo ingreso es planificado, creándose un bloqueo de acceso para el servicio de urgencias.

Otro de los factores que se asocian al tiempo de internamiento del paciente en los servicios de urgencias son el tiempo de retraso de las interconsultas y los resultados de exámenes que ayudan al diagnóstico, ello es debido a que no se cuenta con los especialistas las 24 horas del día durante los 7 días de la semana, por lo que el paciente debería esperar la evaluación del experto en su unidad, así como el inadecuado acceso a las diferentes pruebas diagnósticas, harán que el paciente permanezca mayor tiempo en urgencias esperando un diagnóstico definitivo (Ahmed et al., 2020).

La consulta de subespecialidades es un aspecto importante de la atención de emergencia, en ocasiones, la complejidad clínica del paciente puede requerir la participación de múltiples equipos para el asesoramiento y disposición del tratamiento; por lo que una respuesta ineficiente a estas consultas incrementa el tiempo de internamiento y frustración del médico / paciente (Akbar et al., 2015).

En consecuencia, a lo mencionado anteriormente Salway y otros (2017) concluyen la congestión de los servicios de emergencias no solo se debe a la deficiencia de la unidad de urgencias ni al limitado flujo de pacientes, sino es el resultado del hacinamiento a nivel del todo el hospital. Por su parte, Van der Linder (2016) sostiene que las causas del congestionamiento en los servicios de urgencias incluyen la falta de seguimiento adecuado para los pacientes dados de alta, la escasez de camas de cuidados intensivos, el tiempo prolongado necesario para trasladar a los pacientes a otros hospitales o residencias de ancianos y la falta de capacidad hospitalaria; por lo que concluye que en la mayoría de los hospitales, el hacinamiento en los servicios de urgencias es una consecuencia del bloqueo de salida, donde no hay capacidad suficiente dentro del hospital.

Un aspecto extra institucional, lo mencionado por Morley y otros (2018), quienes sostienen que un acceso deficiente a los servicios del primer nivel de atención provocaría un hacinamiento en los servicios de urgencias, debido por un incremento de pacientes que acuden a urgencias por dolencias que no ameritan ser atendidas en estas unidades, o por la llegada de pacientes en mal estado con

complicaciones que deberían ser prevenidas por el primer nivel de atención. En este contexto Rosma y otros (2015), afirman que tanto el paciente como el personal médico acuerdan un tiempo de internamiento prolongado para asegurar la continuidad del tratamiento, debido a las ineficiencias en el nivel primario, para hacerles seguimiento de su evolución.

De lo mencionado es que, el tiempo de internamiento en un hospital se utiliza como medida de control de calidad, integrando tres aspectos clásicos, en él van a influir recursos humanos y materiales existentes, y la organización del servicio, estos van a condicionar, no sólo la opinión del usuario, sino la imagen pública del hospital y del sistema sanitario en conjunto (García y Clavería, 2019). Del mismo modo, actualmente uno de los indicadores para valorar la eficiencia de la utilización de camas hospitalarias es el tiempo medio de estancia hospitalaria, siendo indirectamente también evaluado el flujo de pacientes por los diferentes servicios, siendo este tiempo oportuno cuando los días de internamiento son los indispensables para pertenecer en una determinada área, resultado prolongado si supera el tiempo promedio establecido (Sánchez et al., 2019).

En ese sentido, el MINSA (2013) como unidad orgánica del sector salud estable diversos indicadores de administración, los cuales sirven de instrumentos para valorar la gestión hospitalaria, así como el cumplimiento de un determinado objetivo institucional o un determinado estándar, siendo un indicador la proporción de pacientes que se encuentran internados en una unidad de emergencias por un tiempo superior de doce horas, evaluándose de esta forma no solo la estadía del paciente sino también disposición de camas libres en unidades de urgencias, estableciéndose que el Estándar porcentual para Hospitales debe ser igual a cero.

En los últimos años, los costes médicos han ido aumentando de forma constante y la reducción del tiempo de internamiento se considera una de las estrategias para optimizar la utilización de los recursos asignados a las instituciones médicas, siendo la duración de estancia hospitalaria uno de los indicadores frecuentemente utilizados para evaluar la utilización de recursos y para ponderar la calidad de la atención médica brindada (Taylor et al, 2017). En ese sentido, para reducir los tiempos prolongados en internamiento, Marfil (2018) sostiene que se debe de aprovechar al máximo el uso de los recursos con lo que cuenta el hospital,



es decir usar racionalmente los medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico y las indicaciones de hospitalización.

Por su parte, Salway y otros (2017) sostienen que para mejorar el flujo de pacientes en las unidades de emergencia es importante la optimización de recurso humano, es decir se asegure la distribución adecuada del personal para cada área específica, dicha optimización debe ir acorde a las necesidades médico-paciente; del mismo modo, sostienen que aumentar el número de camas o camillas en los servicios de urgencias no contribuiría en nada a reducir el tiempo de internamiento del paciente en esta unidad, por el contrario, aumentaría mayor número de ingresos a las salas de observación, generando mayor sobrecarga laboral. Así mismo, Mohammad, Rezaei, y Tavakoli (2017) afirman una estrategia para reducir la congestión de los servicios de urgencias es la utilización de un enfoque de alta temprana, el mismo que debería ser antes del mediodía, mejorando el flujo de pacientes, a fin de disponer muchas más camas para las atenciones posteriores.

Ante ello, León, Corrales y Arboleada (2018) sostienen que, utilizando sistemas de gestión de calidad adecuados y organizados, se reducirían el tiempo de internamiento de los pacientes en las unidades de emergencia, y, por ende, las congestiones provocadas por estas, así como mejorarían las atenciones de los pacientes. Así también, Ahmed y otros (2020) indican que los servicios de urgencias deberían ajustarse a un modelo de organización, donde se priorice los servicios de apoyo al diagnóstico, dotación de personal especializado y dotación de medicamentos.

Finalmente, Morley y otros (2018) afirman que para atenuar el hacinamiento de los servicios de emergencias provocadas por la congestión de pacientes y por su aumentado tiempo de internamiento, se debería abordar el problema con estrategias e intervenciones adaptables a sus causas identificadas. Ante ello, Kenna y otros (2019) mencionan que el problema se debería abordar a través de cuatro enfoques: ingresos electivos hospitalarios coordinados, alta médica temprana, alta los fines de semana y plan de capacidad completa.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

##### **Tipo de investigación:**

Es aplicada, pues pretende generar conocimientos a través de la resolución de un problema específico que presenta la sociedad, teniendo un impacto positivo al incrementar y enriquecer el desarrollo de los seres humanos (Lozada, 2014).

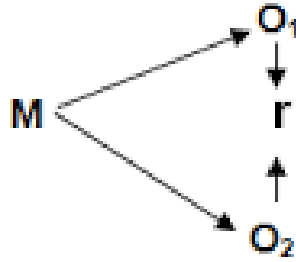
Es cuantitativa, porque utiliza diversas herramientas para plantear y comprobar hipótesis por medio de la utilización de métodos matemáticos y estadísticos, utilizando la deducción como método para confirmar o corroborar la hipótesis planteada, es decir toma teorías generales para obtener una conclusión específica (Mousalli, 2015).

##### **Diseño de investigación:**

Es no experimental, porque no se manipulo en ningún momento las variables de estudio, por el contrario, se observó los fenómenos en su forma natural para posteriormente analizar su interrelación (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

Es correlacional, porque mide la forma y el nivel de asociación de los diferentes factores con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia (Gómez, 2019).

Es de corte transversal, porque tiene el propósito de describir y analizar un evento en un determinado tiempo, es decir su objetivo es identificar la frecuencia, magnitud y distribución de un evento estudiado, así como explorara las asociaciones entre múltiples exposiciones y múltiples efectos (Rodriguez y Mendivelso, 2018).



Dónde:

M: Pacientes del servicio de emergencia del Hospital La Caleta.

O<sub>1</sub>: Factores asociados (del paciente, del personal de salud y de la administración hospitalaria).

O<sub>2</sub>: Tiempo de internamiento

r: Relación entre factores asociados a la estancia hospitalaria del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.

### 3.2. Variables y operacionalización

- **Variable 1:**

Factores asociados al tiempo de internamiento

**Definición conceptual:**

Son aquellas situaciones que influyen sobre el tiempo de internamiento del enfermo, los cuales no necesariamente son intrínsecas al paciente, sino por otras condiciones como la eficiencia del funcionar profesional que cuida al paciente y las condiciones institucionales donde se brinda la atención del paciente (Ceballos, Velásquez y Jaén, 2014).

Los Factores asociados se enmarcan en tres dimensiones, los cuales son:

- ✓ Factores del paciente:

Son aquellas circunstancias o condiciones propias o inherentes al paciente, los mismos que influyen sobre un evento específico (Recio, 2005). Dichos factores estarán constituidos por las siguientes sub dimensiones:

Especialidad de atención:

Es la atención médica diferenciada que recibe el paciente en emergencia de acuerdo a su dolencia. Los servicios de emergencia deben contar con un equipo básico de profesionales el cual está constituido por Médico Internista, Cirujano General, Gineco-obstetra, Pediatra y médico de otras especialidades según disponibilidad y complejidad del establecimiento (MINSA, 2007).

**Definición Operacional:**

La especialidad de atención se evaluará a través de la especialidad que se presta la atención principal del paciente en observación del servicio de emergencia.

**Indicadores:**

- Pediatría
- Medicina
- Cirugía

**Escala de medición:**

La especialidad de atención se midió a través de la escala nominal.

Grado de dependencia:

Es el grado de ausencia o restricción de alguna necesidad humana básica que presenta el paciente y que

depende del cuidado del profesional de enfermería, el cual debe brindar una asistencia individualizada, integral y sistemática de acuerdo a la necesidad del paciente (Paredes, 2017).

### **Definición Operacional:**

El grado de dependencia se evaluará a través del grado del grado de necesidad de cuidado del paciente de observación del Servicio de Emergencia.

### **Indicadores:**

- Grado II
- Grado III
- Grado IV

### **Escala de medición:**

El grado de dependencia se midió a través de la escala nominal.

### **Índice de Comorbilidad**

Es un instrumento que predice las complicaciones del paciente a través de la suma de 19 enfermedades, las mismas que tienen un puntaje determinado (Roy et al, 2019).

---

Puntuación asignada	Enfermedades comórbidas
1	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Infarto de miocardio</li><li>▪ Insuficiencia cardiaca congestiva</li><li>▪ Enfermedad vascular periférica</li><li>▪ Demencia</li><li>▪ Enfermedad pulmonar crónica</li></ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulcera gastrointestinal</li> <li>▪ Diabetes mellitus</li> <li>▪ Accidente cerebrovascular</li> <li>▪ Enfermedad de tejido conectivo</li> <li>▪ Enfermedad hepática</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemiplejia</li> <li>▪ Insuficiencia renal</li> <li>▪ Diabetes con alguna afección orgánica</li> <li>▪ Cáncer</li> <li>▪ Leucemia</li> <li>▪ Linfoma</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad hepática moderada o severa</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SIDA</li> <li>▪ Tumor metastásico</li> </ul>

### **Definición Operacional:**

El índice de comorbilidad se evaluará a través de la presencia de los antecedentes patológicos del paciente.

### **Indicadores:**

- Ausencia de Comorbilidad : 0 – 1 punto
- Comorbilidad Baja : 2 – 3 puntos
- Comorbilidad Alta : mayor a 3 puntos

### **Escala de medición:**

El índice de comorbilidades se midió a través de la escala nominal.

### **Estimación de Mortalidad**

Es la probabilidad de fallecer en un periodo de tiempo, el cual se asocia al padecimiento de ciertas patologías

indicadas en el índice de comorbilidad de Charlson (Chacón et al, 2020).

**Definición Operacional:**

La estimación de mortalidad se evaluó a través del puntaje obtenido según la presencia de comorbilidades del paciente, el cual se le otorgó un porcentaje de probabilidad de fallecimiento en tres años.

**Indicadores:**

- 12 % : 0 puntos
- 26 % : 1 – 2 puntos
- 52 % : 3-4 puntos
- 85 % : mayor a 4 puntos

**Escala de medición:**

La estimación de mortalidad se midió a través de la escala ordinal.

**Condición de egreso de emergencia**

Es aquella situación o estado en el que el paciente se retira del servicio de emergencia de un nosocomio, el cual se está influenciado por su evolución al presentar mejoría o la necesidad de recibir cuidados prolongados o cuidados especializados, clasificándose en primer lugar por la presencia de vida o muerte (MINSA, 2016).

**Definición Operacional:**

La condición de egreso se evaluará a través de la condición del retiro del paciente de observación de emergencia.

### **Indicadores:**

- Alta médica
- Hospitalizado
- Referido
- Retiro Voluntario
- Fallecido

### **Escala de medición:**

La condición de egreso del paciente se midió a través de la escala nominal.

#### ✓ Factores del personal de salud:

Son aquellas características o cualidades del ejercicio sanitario (cognitivo, afectivo y volitivo) que influyen sobre un determinado evento concerniente a la salud de una población específica (Espinoza et al., 2016). Los factores del personal de salud del servicio de emergencia estarán constituidos por las siguientes sub dimensiones:

Concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente:

Es considerada como la coincidencia o similitud de la conclusión diagnóstica médica tras la valoración y examinación del paciente, valiéndose de diferentes métodos de apoyo al diagnóstico (Pérez et al., 2016).

### **Definición Operacional:**

La concordancia diagnóstica se evaluó a través de la comparación del diagnóstico de egreso del paciente en relación al diagnóstico de ingreso del mismo, siendo



concordantes aquellos diagnósticos iguales o similares que involucren a un sistema específico y no concordantes aquellos que involucren a un sistema totalmente diferente.

**Indicadores:**

- Concordante
- No concordante

**Escala de medición:**

Se midió a través de la escala nominal.

**Indicación de hospitalización del paciente**

Procedimiento mediante el cual el médico indica que el paciente se encuentra en condiciones para ser hospitalizado, para que posteriormente el profesional de enfermería se encargue de la coordinación del ingreso del paciente a hospitalización (Hospital José Casimiro Ulloa, 2012).

**Definición Operacional:**

La indicación de hospitalización se evaluará a través del registro de la orden de hospitalización médica del paciente en el expediente clínico de emergencia o HCL, siendo oportuno (menor a 24 horas) cuando el paciente se encuentre estabilizado y necesite un tratamiento continuado para su mejoría, no oportuno (mayor a 24 horas) cuando el paciente se encuentre estabilizado y permanezca aun en observación de emergencia y no aplicable si el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable.

**Indicadores:**

- Oportuno

- No oportuno
- No aplicable

#### **Escala de medición:**

La indicación de hospitalización se midió a través de la escala nominal.

Tiempo de elaboración de la Historia Clínica de Hospitalización

Es el procedimiento mediante el cual el medico a cargo realiza la Historia Clínica de Hospitalización posterior a su indicación, el cual debe de contener la anamnesis del paciente, su evaluación y las ordenes médicas (Hospital José Casimiro Ulloa, 2012).

#### **Definición Operacional:**

La elaboración de la HLC de Hospitalización se evaluará a través de la elaboración física completa la HLC, siendo oportuno cuando la elaboración se realiza en un tiempo menor a 6 horas posterior a su indicación, no oportuno cuando la realización sea mayor a 6 horas y no aplicable cuando no halla registro de indicación de hospitalización del paciente.

#### **Indicadores:**

- Oportuno
- No oportuno
- No aplicable

#### **Escala de medición:**

La elaboración de la HLC de hospitalización se midió a través de la escala nominal.

Tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización

Considera el consentimiento de admisión a un área o espacio totalmente organizado, que presta cuidados continuados de recuperación al paciente que requiere permanecer en la institución por un tiempo mayor a las 24 horas (ESSALUD, 2007). Siendo el profesional de enfermería, quien coordina el ingreso y recibe al paciente que es admitido a su servicio, recibiendo principalmente la historia clínica de hospitalización (Hospital San Juan de Lurigancho, 2012).

#### **Definición Operacional:**

La aceptación del ingreso del paciente en hospitalización se evaluó a través del tiempo en que el profesional de enfermería de un área de hospitalización específico admite el ingreso del paciente a su servicio posterior a la coordinación desde el servicio de emergencia, siendo oportuno, cuando la aceptación es inmediatamente posterior a la coordinación, no oportuno cuando la aceptación es postergado para los próximos turnos, no aceptación cuando el paciente permanece en observación de emergencia hasta su alta aun cuando tenga indicación e HCL de hospitalización y no aplicable cuando el paciente no tiene indicación ni HCL de hospitalización.

#### **Indicadores:**

- Oportuno
- No oportuno
- No aceptación
- No Aplicable

### **Escala de medición:**

La aceptación del paciente al servicio de hospitalización se midió a través de la escala nominal.

#### ✓ Factores de la administración hospitalaria:

Son aquellas características o formas de gestión hospitalaria (administración de recursos económicos, organización de las áreas, etc.) que pueden influir positivamente o negativamente sobre la salud de las personas que se encuentran en una Institución hospitalaria específica (Perea y Rojas, 2019). Los factores de la administración hospitalaria estuvieron constituidos por las siguientes sub dimensiones:

#### Disponibilidad de exámenes de laboratorio

Es el acceso a los diferentes exámenes clínicos que son solicitados por el personal médico, que aportan un beneficio en la toma de decisiones sanitarias, pues contribuyen en el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento (Coronado et al., 2014).

#### **Definición Operacional:**

La disponibilidad de exámenes de laboratorio se evaluó a través la oferta de exámenes clínicos por el hospital en relación a los exámenes solicitados en las indicaciones médicas, siendo disponible aquellos exámenes que son realizados en el propio hospital y no disponibles aquellos exámenes donde no se cuenta con reactivos o exámenes que la institución no realiza, y no aplicable, cuando el

personal médico no solicita ningún tipo de exámenes de laboratorio.

### **Indicadores**

- Disponible
- No disponible
- No aplicable

### **Escala de medición:**

La disponibilidad de exámenes de laboratorio se midió a través de escala nominal.

### **Disponibilidad de imágenes diagnosticas:**

Es el acceso a los servicios de imagenología en la misma institución donde se encuentra el paciente, los cuales proporcionan al médico información de gran importancia para el establecimiento de un diagnóstico específico y su respectivo tratamiento (Raudales, 2014).

### **Definición Operacional:**

La disponibilidad de imágenes diagnosticas se evaluó a través de la oferta de servicios de imágenes propias de la Institución, siendo disponible aquellos exámenes de imagen donde el paciente accede en la misma institución por lo general sin costo alguno, y no disponible aquellos exámenes de imagen donde el paciente acude a otra institución para realizar dicho examen de imagen y no aplicable cuando el médico no indica ningún examen de imagen.

### **Indicadores**

- Disponible
- No disponible

- No aplicable

#### **Escala de medición:**

La disponibilidad de exámenes de imágenes se midió a través de escala nominal.

#### **Disponibilidad de camas en hospitalización**

Es la condición en que una cama de una determinada área de hospitalización se encuentra apta para recibir a un paciente con el objetivo de continuar con el tratamiento y recuperación (Quesada, 2012).

#### **Definición Operacional:**

El acceso a camas en hospitalización se evaluó a través de existencia de camas en hospitalización para el ingreso de un determinado paciente hemodinámicamente estable, que se encuentra en observación de emergencia por un tiempo mayor a 24 horas, según su especialidad y afección, siendo no aplicable cuando el paciente se encuentra inestable o cuya alta se realizara dentro de las 24 horas de internamiento.

#### **Indicadores:**

- Disponible
- No disponible
- No aplicable

#### **Escala de medición:**

La disponibilidad de la cama de hospitalización se midió a través de la escala nominal.

## Tiempo de efectivización de interconsultas

Es el tiempo donde el profesional médico especialista de un área responde las interconsultas realizadas para evaluar al paciente, procedimiento que está a sujeto a la disponibilidad del médico especialista (Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, 2012).

### **Definición Operacional:**

El tiempo de efectivización de interconsultas se evaluó a través del periodo de tiempo de evaluación del médico especialistas transcurrido desde su indicación, siendo oportuno cuando la interconsulta se efectiviza dentro de las 24 horas posterior a su indicación, no oportuno cuando se efectiviza posterior a las 24 horas de su indicación, no efectivizado en donde el paciente no recibió la evaluación por el especialistas solicitados durante su internamiento en el servicio de emergencia, y no aplicable cuando no se indica ninguna interconsulta.

### **Indicadores:**

- Oportuno
- No oportuno
- No efectivizado
- No Aplicable

### **Escala de medición:**

El tiempo de efectivización de interconsultas se midió a través de la escala nominal.

#### ▪ **Variable 2:**

Tiempo de internamiento

**Definición conceptual:**

Es la cantidad de días en que permanece un paciente en una determinada área hospitalaria, tiempo que comprende desde el día de ingreso hasta el egreso de la unidad que se encontraba internado (MINSA, 2013).

El tiempo de internamiento del paciente es influenciado por la recuperación del mismo paciente, así como por la consideración oportuna del profesional médico, quien es quien define si es paciente es dado de alta, es hospitalizado o es referido (MINSA, 2007).

**Definición Operacional:**

El tiempo de internamiento se midió a través la cantidad de días que el paciente permaneció en una determinada sala de observación de emergencia.

**Indicadores:**

- ✓ Menor a 24 horas
- ✓ De 2 a 5 días
- ✓ Mayor a 5 días

**Escala de medición:**

El tiempo de internamiento se midió a través de la escala nominal.

**3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis****Población:**

Anualmente se genera aproximadamente 1200 expedientes clínicos de pacientes que se encuentran en observación de emergencia en el Hospital La Caleta.



### **Criterios de selección:**

#### ▪ **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Expediente clínico del paciente que se encuentra internado en observación de emergencia del Hospital La Caleta.
- ✓ Expediente clínico del paciente que pertenezca a las especialidades de pediatría, medicina interna y cirugía.

#### ▪ **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Historia clínica de pacientes que son trasladados directamente a centro quirúrgico o algún servicio de hospitalización, sin ingresar necesariamente a una sala de observación de emergencia.
- ✓ Expedientes clínicos de pacientes con enfermedades crónicas que solo ingresan a observación de emergencia para algún procedimiento: transfusión sanguínea, colocación de catéter venoso central, paracentesis, etc. Cuyo tiempo de internamiento es menor a 6 horas.

### **Muestra:**

La muestra es aquella porción de una población específica del cual se recogen determinados datos, los mismos que permitirán obtener un resultado significativo, por ello es imprescindible que la muestra se encuentre adecuadamente delimitada (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Siendo la muestra obtenida del presente, 292 expedientes clínicos de pacientes que cumplieron con los criterios de selección antes mencionados (Anexo 4).

### **Muestreo:**

El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, el cual se basa en el juicio del investigador sobre quién proporcionará la mejor información para tener éxito en el estudio de objetivos, donde la persona que realiza la investigación debe enfocarse en aquella muestra para tener la información requerida y estar dispuesta a compartirla (Etikan y Bala, 2017).

### **Unidad de Análisis:**

Paciente que se encontró internado en sala de observación de emergencia del Hospital La Caleta, el mismo que cumplió con los criterios de selección.

### **3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos**

#### **Técnica:**

La técnica de recolección de datos es el método o procedimiento para recaudar cierta cantidad de información, para posteriormente organizarla y analizarla. La técnica utilizada en el presente es la de registros y documentos, pues se examinó los expedientes clínicos de los pacientes, seleccionando y analizando, teniendo cuidado de encontrar toda la información necesaria para no concurrir a sesgos (Caro, 2021).

#### **Instrumento:**

Un instrumento es un recurso utilizado por el investigador para la obtención o recolección de información de interés, el mismo que guarda relación con la técnica de investigación utilizada (Arias, 2020). En la presente investigación se utilizó una ficha de registro de información, en el cual se transcribió información de interés encontrada en los expedientes clínicos de los pacientes.

La ficha de registro de información sobre factores asociados al tiempo de internamiento del paciente de emergencia se encuentra comprendido por cinco partes: A) Datos Generales del paciente, el cual consta de 4 ítems; B) Factores del paciente, el cual consta de 5 ítems; C) Factores del personal de salud, el cual consta de 4 ítems; D) Factores de la Administración Hospitalaria, el cual consta de 4 ítems y E) Tiempo de internamiento del paciente en observación de emergencia, el cual consta de 1 ítem.

### **Validez del Instrumento:**

La validez es el grado de veracidad del instrumento en relación a lo que pretende realmente evaluar o medir, existiendo diferentes tipos de validez (validación de contenidos, validación de constructos, validación de criterios, entre otros), no obstante, es importante cuantificarlo por medio de pruebas estadísticas como es el caso de V de Aiken (Robles, 2018).

La validez de la ficha de registro de información sobre factores asociados al tiempo de internamiento del paciente se realizó a través de la validación de contenido, donde fue evaluado por cuatro especialistas en áreas de calidad hospitalaria, gestión y desarrollo asistencial, indicando que dicho instrumento está en condición de aplicable, así mismo se determinó el valor de V de Aiken dicotómica resultado un 0.96, el cual se considera que el instrumento presenta una alta validez (Anexo 3).

### **Confiabilidad del Instrumento:**

La confiabilidad del instrumento es el grado de consistencia que presentan cada uno de los elementos de un determinado instrumento entre sí, liberándose de algún tipo de error aleatorio o inestable, es decir, evalúa la congruencia o relación entre los ítems, para ello se aplica la prueba de coeficiente de Alfa siendo aceptable si valor es superior a 7, bueno si el valor es superior a 8 y excelente si el valor es superior a 9 (Rivas, 2017).

Para obtener dicha congruencia interna, la ficha de registro se sometió a una prueba piloto, el cual estuvo constituido por 20 expedientes clínicos de pacientes que se encontraron en observación de emergencia, obteniéndose un valor de 0.826 de alfa, categorizándose como un instrumento bueno (Anexo 3).

### **3.5. Procedimiento**

Para acceder a los expedientes clínicos de los pacientes que se encontraban en observación de emergencia se solicitó la autorización del Director del Hospital La Caleta por medio de un oficio emitido la Dirección de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, así como se coordinó continuamente con la Unidad de Capacitación para obtener todas las facilidades.

Posteriormente se identificó los expedientes clínicos de los pacientes en observación de emergencia en relación a los criterios de selección, conservando las medidas de bioseguridad y teniendo cuidado en interrumpir la labor del personal de salud.

Identificados los expedientes clínicos se procedió a extraer los datos de interés y responder a la ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento. Finalizado la recolección de datos de agradeció al equipo de salud por las facilidades prestadas.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Los datos recolectados en la ficha de registro fueron ubicados en una base de datos digital de acuerdo a las categorías correspondientes, otorgándoseles un código numérico a cada subcategoría, posteriormente fueron procesados y analizados mediante el software especializado en estadística SPSS versión 25 de Windows. La base de datos se realizó en relación a cada uno de los factores asociados (del paciente, del personal y de la administración hospitalaria) con el tiempo de internamiento del paciente en emergencia.

La prueba estadística a empleada es la prueba de Chi cuadro de Pearson, el cual es una técnica estadística para evaluar datos de valor nominal, permitiendo obtener frecuencias simples, principalmente el análisis de tablas de contingencia, estableciéndose un nivel de

significancia si  $p \leq 0,05$ ; indicando la existencia de una asociación significativa entre variables (Mendivelso y Rodríguez, 2018).

Para estimar el grado de relación entre los diferentes factores asociados al tiempo de internamiento se utilizó el coeficiente de contingencia (C), pues el grado de libertad las tablas de contingencias superan al valor de 1, otorgándose un valor de 0 cuando no existes asociación y un valor mayor a 0,3 cuando existe una buena asociación (López y Fachelli, 2015).

### **3.7. Aspectos éticos**

Para Arias y Peñaranda (2015), sostienen que las investigaciones deberían sustentarse bajo la concepción de Beauchamp y Childres, quienes plantearon un razonamiento ético empleando 4 grandes principios:

La autonomía como principio ético converge dos sub, la autonomía propia del sujeto de investigación, quien determina participar del estudio y la autonomía de aquellas personas que no tienen la capacidad para decidir por sí mismas, por ello se solicitó el consentimiento y autorización de la Institución de salud para acceder a la información de los expedientes clínicos.

La No Maleficencia, se vincula con el hecho de no causar algún daño a la integridad del paciente o Institución, por ello se mantendrá en anonimato los nombres del paciente y del personal de salud que se encuentre laborando en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta.

El fundamento de beneficencia, se vincula con el hecho de causar algún bien al paciente o a la Institución, por ello la presente investigación busco determinar aquellos factores que ocasionan que la unidad emergencia se sature de pacientes, con la finalidad de que posteriormente se creen estrategias para mitigar este evento.

Y el principio de justicia, es aquel donde el sujeto de estudio sea escogido equitativamente, sin recibir ningún tipo de discriminación por parte del investigador.

#### IV. RESULTADOS

**Objetivo General: Determinar los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 1:

*Factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Factores asociados al tiempo de internamiento del paciente		$\chi^2$	gl	$p$	C
Factores del paciente	▪ Especialidad de atención	81.301	4	0.000	0.475
	▪ Grado de Dependencia	82.231	4	0.000	0.469
	▪ Índice de Comorbilidad según Charlson	61.856	4	0.000	0.418
	▪ Estimación de Mortalidad según Charlson	83.014	6	0.000	0.470
	▪ Condición de egreso	22.452	6	0.001	0.267
Factores del personal de salud	▪ Concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente	79.162	2	0.000	0.462
	▪ Indicación de hospitalización	190.51	4	0.000	0.628
	▪ Tiempo de elaboración de la HCL	30.079	4	0.000	0.306
	▪ Tiempo de aceptación del ingreso a Hospitalización	43.730	6	0.000	0.361
Factores de la Administración Hospitalaria	▪ Disponibilidad de exámenes de laboratorio	5.971	4	0.229	0.142
	▪ Disponibilidad de imágenes diagnósticas	59.279	4	0.000	0.411
	▪ Disponibilidad de camas en hospitalización	125.75	4	0.000	0.549
	▪ Tiempo de efectivización de interconsultas	82.891	6	0.000	0.470

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, donde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado, gl= grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y C= coeficiente de contingencia.

**Interpretación:** La tabla 1 desarrolla la relación de los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, encontrándose que

existen 12 factores que cumplen con los criterios de asociación de variables ( $p \leq 0.05$  y  $C > 0$ ), de los cuales once de ellos tienen una buena asociación ( $0.3 < C < 1$ ) y solo un factor tienen una débil asociación ( $0 < C \leq 0.3$ ); según los factores del paciente, la especialidad de atención ( $p=0.000$ ;  $C=0.475$ ), el grado de dependencia ( $p=0.000$ ;  $C=0.469$ ), el índice de Comorbilidad según Charlson ( $p=0.000$ ;  $C=0.418$ ), la estimación de mortalidad según Charlson ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ) y la condición de egreso ( $p=0.001$ ;  $C=0.267$ ) tienen una relación significativa con el tiempo de internamiento en el servicio de emergencia; según los factores del personal de salud, la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente ( $p=0.000$ ;  $C=0.462$ ), la indicación de hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.628$ ), el tiempo de elaboración de la historia clínica ( $p=0.000$ ;  $C=0.306$ ) y el tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.361$ ) presentaron una relación estadística significativa con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia y según los factores de la Administración Hospitalaria, la disponibilidad de imágenes diagnósticas ( $p=0.000$ ;  $C=0.411$ ), la disponibilidad de camas en hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.549$ ) y el tiempo de efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ) presentaron relación estadística significativa con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, no encontrándose asociación significativa entre la disponibilidad de exámenes de laboratorio y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia ( $p=0.229$ ;  $C=0.142$ ). Por lo que se sostiene que, Si existen factores que se encuentran asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, los mismos que son propios de paciente, del personal de salud y de la administración hospitalaria.



**Objetivo específico: Asociar los factores del paciente según la especialidad de atención y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 2:

*Especialidad de Atención asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Especialidad de atención	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Pediatría	49	96.1	2	3.9	0	0.0	51	17.5
Medicina Interna	54	32.0	76	45.0	39	23.1	169	57.9
Cirugía	19	26.4	46	63.9	7	9.7	72	24.7
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 81.301 \quad gl = 4 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.475$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 2 se muestra que el 96.1% de los pacientes atendidos por la especialidad de pediatría presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, por su parte el 45% de los pacientes atendidos por la especialidad de medicina interna presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días y el 63% de los pacientes atendidos por la especialidad de cirugía en general presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días en observación de emergencia; obteniéndose una relación estilística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C= 0.475$ ) entre la especialidad de atención y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia ( $p=0.000$ ;  $r=0.475$ ), lo que indicaría que si el paciente es atendido por especialidad de pediatría posiblemente permanecerá menos tiempo internado en observación de emergencia a comparación si es atendido por medicina interna y cirugía.

**Objetivo específico: Asociar los factores del paciente según el grado de dependencia y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 3:

*Grado de Dependencia del paciente asociado a su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Grado de Dependencia del paciente	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Grado II	110	51.9	91	42.9	11	5.2	212	73.6
Grado III	10	15.9	22	34.9	31	49.2	63	21.6
Grado IV	2	11.8	11	64.7	4	23.5	17	5.8
Total	122	41.8	124	42.9	46	15.8	292	100.0

a. 1 casilla ha esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 82.231 \quad gl = 4 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.469$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 3 se muestra que 51.9% de los pacientes con grado de dependencia II al ingreso del internamiento presentaron un tiempo menor a 24 horas en observación de emergencia, así mismo el 49.2% de los pacientes con grado de dependencia III permanecieron en observación de emergencia por un tiempo mayor a 5 días y el 64.7% de los pacientes con grado de dependencia IV presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días, obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.469$ ) entre el grado de dependencia del paciente y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia, indicando que si el paciente presenta un menor grado de dependencia al ingreso posiblemente permanecerá menos tiempo en observación de emergencia, en su defecto si presentara una mayor grado de dependencia al ingreso posiblemente permanecerá mayor tiempo en observación de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del paciente según el índice de comorbilidad y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 4:

*Índice de Comorbilidad asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Índice de comorbilidad	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia de comorbilidad	99	51.0	77	39.7	18	9.3	194	66.4
Comorbilidad baja	16	25.8	38	61.3	8	12.9	62	21.2
Comorbilidad alta	7	19.4	9	25.0	20	55.6	36	12.3
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 61.856 \quad gl = 4 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.418$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado, gl= grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y C= coeficiente de contingencia.

En la tabla 4 se muestra que el 51% de los pacientes que presentaron Ausencia de comorbilidad tuvieron un tiempo de internamiento menor a 24 horas en observación de emergencia, así mismo el 61.3% de los pacientes que presentaron Comorbilidad baja permanecieron internados en emergencia por un tiempo de 2 a 5 días y el 55.6% de los pacientes que presentaron Comorbilidad alta permanecieron en observación de emergencia por un tiempo mayor a 5 días; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.418$ ) entre el índice de comorbilidad y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que en ausencia de comorbilidad menor tiempo de internamiento en observación de emergencia, y en su defecto al presentar comorbilidad mayor tiempo de internamiento en observación de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del paciente según la estimación de mortalidad y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 5:

*Estimación de Mortalidad asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Estimación de Mortalidad	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
12 %	96	53.6	73	40.8	10	5.6	179	61.3
26 %	19	24.7	42	54.5	16	20.8	77	26.4
52 %	0	0.0	6	28.6	15	71.4	21	7.2
85 %	7	46.7	3	20.0	5	33.3	15	5.1
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 2 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$\chi^2 = 83.014 \quad \text{gl} = 6 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.470$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado, gl= grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y C= coeficiente de contingencia.

En la tabla 5 se muestra que el 53.6% de los pacientes con una estimación de mortalidad de 12% presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas, el 54.5% de los pacientes con una estimación de mortalidad de 26% permanecieron en observación de emergencia por un tiempo de 2 a 5 días, el 71.4% de los pacientes con una estimación de mortalidad de 52% presentaron un tiempo de internamiento mayor a 5 días y el 46.7% de los que presentaron una estimación de mortalidad de 85% mostraron un tiempo de internamiento menor a 24 horas, obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.470$ ) entre la estimación de mortalidad y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que a menor porcentaje de estimación de mortalidad posiblemente será menor el tiempo de internamiento, en su defecto mientras mayor sea el porcentaje de estimación de mortalidad, posiblemente mayor será su permanencia en observación de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del paciente según la condición de egreso y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 6:

*Condición de egreso del paciente asociado a su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Condición de egreso	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Alta medica	72	51.1	58	41.1	11	7.8	141	48.3
Hospitalización	35	31.8	50	45.5	25	22.7	110	37.7
Retiro voluntario	11	50.0	5	22.7	6	27.3	22	7.5
Fallecido	4	21.1	11	57.9	4	21.1	19	6.5
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 2 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 22.452 \quad gl = 6 \quad p = 0.001 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.267$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 6 se muestra que 51.1% de los pacientes con alta médica y el 50% de los pacientes con retiro voluntario presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas en el servicio de emergencia, del mismo modo el 45.5% de los pacientes que fueron hospitalizados y el 57.9% de los pacientes fallecidos permanecieron en observación de emergencia por un tiempo de 2 a 5 días, obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.001$ ) y una asociación débil ( $C=0.267$ ) entre la condición de egreso y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del personal de salud según la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 7:

*Concordancia diagnóstica de ingreso y egreso asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Concordancia diagnóstica de ingreso y egreso	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Concordante	122	52.8	91	39.4	18	7.8	231	79.1
No concordante	0	0.0	33	54.1	28	45.9	61	20.9
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$\chi^2 = 79.162$        $gl = 2$        $p = 0.000$       ( $p < 0.05$ )       $C = 0.462$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 7 se muestra que el 52.8% de los pacientes que presentaron concordancia diagnóstica de ingreso y egreso permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas y el 54.1% y el 45.9% de los pacientes que no presentaron concordancia diagnóstica permanecieron en observación de emergencia entre 2 a 5 días y mayor a 5 días respectivamente; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.462$ ) entre la concordancia diagnóstica de ingreso y egreso con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que mientras haya concordancia del diagnóstico médico menor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, en su defecto mientras más discordante sean los diagnósticos médicos mayor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del personal de salud según la indicación de hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 8:

*Indicación de hospitalización asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Indicación de hospitalización	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Oportuno	38	74.5	12	23.5	1	2.0	51	17.5
No oportuno	0	0.0	97	70.3	41	29.7	138	47.3
No aplicable	84	81.6	15	14.6	4	3.9	103	35.3
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 190.513 \quad gl = 4 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.628$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado, gl= grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y C= coeficiente de contingencia.

En la tabla 8 se muestra que el 74.5% de los pacientes que tuvieron una indicación oportuna de hospitalización permanecieron en el servicio de emergencia por un tiempo menor a 24 horas, por su parte el 70.3% de los pacientes con una indicación no oportuna de hospitalización permanecieron entre 2 a 5 días en observación de emergencia y el 81.6% de los pacientes que no ameritaba su hospitalización a algún servicio del nosocomio presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas en observación de emergencia; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buenas asociación ( $C=0.628$ ) entre la indicación de hospitalización y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia; lo que indicaría que mientras más oportuno sea la indicación de hospitalización menor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, en su defecto mientras más inoportuno sea la indicación de hospitalización mayor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores del personal de salud según el tiempo de elaboración de la historia clínica de hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 9:

*Tiempo de elaboración de la historia clínica asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Tiempo de elaboración de HCL	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Oportuno	38	33.3	55	48.2	21	18.4	114	39.0
No oportuno	0	0.0	4	36.4	7	63.6	11	3.8
No aplicable	84	50.3	65	38.9	18	10.8	167	57.2
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 3 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$X^2 = 30.079$        $gl = 4$        $p = 0.000$       ( $p < 0.05$ )       $C = 0.306$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 9 se muestra que donde hubo un tiempo oportuno de elaboración de la historia clínica de hospitalización, el 48.2% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días en el servicio de emergencia, del mismo modo en donde no hubo un tiempo oportuno de elaboración de historia clínica de hospitalización, el 63.6% de los pacientes permanecieron en observación de emergencia por un tiempo mayor a 5 días y en donde no aplicaba la elaboración de la historia clínica de hospitalización, el 50.3% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.001$ ) y una buena asociación ( $C=0.306$ ) entre el tiempo de elaboración de la historia clínica y el tiempo de internamiento del paciente en el área de emergencia; lo que indicaría mientras más oportuno sea la elaboración de la historia clínica de hospitalización será menor el tiempo de internamiento del paciente en observación de emergencia, en su defecto mientras más inoportuno sea la elaboración de la historia clínica mayor será el tiempo de internamiento.



**Objetivo específico: Asociar los factores del personal de salud según el tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización con el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 10:

*Tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Oportuno	34	43.0	30	38.0	15	19.0	79	27.1
No oportuno	4	10.0	23	57.5	13	32.5	40	13.7
No aceptación	2	10.0	17	85.0	1	5.0	20	6.8
No aplicable	82	53.6	54	35.3	17	11.1	153	52.4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 1 casilla ha esperado un recuento menor que 5.

$\chi^2 = 43.730$        $gl = 6$        $p = 0.000$       ( $p < 0.05$ )       $C = 0.361$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 10 se muestra que donde hubo un tiempo oportuno de aceptación del ingreso a hospitalización, el 43% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas en el servicio de emergencia, del mismo modo el 57.5% de los que no presentaron un tiempo oportuno de aceptación del ingreso a hospitalización y el 85% de los pacientes sin aceptación del ingreso a hospitalización, tuvieron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días, obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.361$ ) entre el tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que mientras más oportuno sea la aceptación del paciente menor será el tiempo de internamiento, en su defecto mientras más inoportuno sea el tiempo de aceptación o simplemente no sea aceptado el paciente mayor será su estadía en observación de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores de la Administración Hospitalaria según la disponibilidad de exámenes de laboratorio y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 11:

*Disponibilidad de exámenes de laboratorio asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Disponibilidad de exámenes de laboratorio	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Disponible	119	42.8	117	42.1	42	15.1	278	95.2
No disponible	2	15.4	7	53.8	4	30.8	13	4.5
No aplicable	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Total	122	41.8	124	42.5	46	15.8	292	100.0

a. 4 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$\chi^2 = 5.971 \quad \text{gl} = 4 \quad p = 0.229 \quad (p > 0.05) \quad C = 0.142$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado, gl= grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 11 se muestra que donde hubo disponibilidad de exámenes de laboratorio, el 42.8% y el 42.1% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas y de 2 a 5 días respectivamente en el servicio de emergencia, del mismo modo en donde no hubo disponibilidad de exámenes de laboratorio, el 53.8% y el 30.8% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días y mayor a 5 días respectivamente en el servicio de emergencia; y donde no aplicaba exámenes de laboratorio el 100% de paciente presento un tiempo de internamiento de menor de 24 horas; no encontrándose una relación estadística significativa ( $p=0.229$ ), lo que indicaría que la no disponibilidad de exámenes de laboratorio prolonga el tiempo de internamiento del paciente en el observación de emergencia.

**Objetivo específico: Asociar los factores de la Administración Hospitalaria según la disponibilidad de imágenes diagnósticas y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 12:

*Disponibilidad de imágenes diagnósticas asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Disponibilidad de imágenes diagnósticas	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Disponible	42	36.5	54	47.0	19	16.5	115	39.4
No disponible	9	13.8	32	49.2	24	36.9	65	22.3
No aplicable	71	63.4	38	33.9	3	2.7	112	38.4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 59.279 \quad gl = 4 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.411$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 12 se muestra que donde hubo disponibilidad de imágenes diagnósticas, el 36.5% y el 47% presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas y de 2 a 5 días en observación de emergencia respectivamente, por su parte donde no hubo disponibilidad de imágenes diagnósticas, el 49.2% y el 36.9% de los pacientes presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días y mayor a 5 días en el servicio de emergencia respectivamente; y donde no correspondía un examen de imagen diagnóstica, el 63.4% de los pacientes permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.411$ ) entre la disponibilidad de imágenes diagnósticas y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que mientras mayor disponibilidad de imágenes diagnósticas halla menor será el tiempo de internamiento del paciente en observación de emergencia, y en su defecto mientras menor sea la disponibilidad de exámenes de imágenes mayor será el tiempo de internamiento.

**Objetivo específico: Asociar los factores de la Administración Hospitalaria según la disponibilidad de camas en hospitalización y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 13:

*Disponibilidad de camas en hospitalización asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, 2021.*

Disponibilidad de camas en hospitalización	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Disponible	38	26.0	77	52.7	31	21.2	146	50.0
No disponible	0	0.0	37	78.7	10	21.3	47	16.1
No aplicable	84	84.8	10	10.1	5	5.1	99	33.9
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$\chi^2 = 125.750$        $gl = 4$        $p = 0.000$       ( $p < 0.05$ )       $C = 0.549$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, dónde:  $\chi^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 13 se muestra que donde hubo disponibilidad de camas en hospitalización, el 26% y el 52.7% de los paciente presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas y de 2 a 5 días en el servicio de emergencia respectivamente, por su parte donde no hubo disponibilidad de camas en hospitalización, el 78.7% y el 21.3% de los pacientes permanecieron internados por un tiempo de 2 a 5 días y mayor a 5 días respectivamente; y en donde no aplicaba disponer de camas en hospitalización, el 84.8% de los pacientes permanecieron en el servicio de emergencia por un tiempo menor a 24 horas; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.549$ ) entre la disponibilidad de camas en hospitalización y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que mientras mayor sea la disponibilidad de camas en hospitalización menor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, y en su defecto mientras menor disponibilidad de camas en hospitalización mayor será el tiempo de internamiento.

**Objetivo específico: Asociar los factores de la Administración Hospitalaria según el tiempo de efectivización de interconsultas y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.**

Tabla 14:

*Tiempo de efectivización de interconsultas asociado al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, 2021.*

Tiempo de efectivización de interconsultas	Tiempo de internamiento en observación de emergencia							
	Menor a 24 horas		De 2 a 5 días		Mayor a 5 días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Oportuno	20	42.6	24	51.1	3	6.4	47	16.1
No oportuno	0	0.0	46	67.6	22	32.4	68	23.3
No efectivizado	13	40.6	18	56.3	1	3.1	32	11.0
No aplicable	89	61.4	36	24.8	20	13.8	145	49.7
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>41.8</b>	<b>124</b>	<b>42.5</b>	<b>46</b>	<b>15.8</b>	<b>292</b>	<b>100.0</b>

a. 0 casillas han esperado un recuento menor que 5.

$$x^2 = 82.891 \quad gl = 6 \quad p = 0.000 \quad (p < 0.05) \quad C = 0.470$$

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, donde:  $x^2$ = resultado de Chi Cuadrado,  $gl$ = grado de libertad,  $p$ = nivel de significancia y  $C$ = coeficiente de contingencia.

En la tabla 14 se muestra que el 42.6% y 51.1% de las interconsultas efectivizadas oportunamente se dieron en pacientes que presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas y de 2 a 5 días respectivamente, por su parte el 67.6% y el 32.4% de las interconsultas no efectivizadas oportunamente se dieron en pacientes que presentaron un tiempo de internamiento entre 2 a 5 días y mayor a 5 días respectivamente; y el 56.3% de las interconsultas no efectivizadas se dieron en pacientes con un tiempo de internamiento de 2 a 5 días; obteniéndose una relación estadística significativa ( $p=0.000$ ) y una buena asociación ( $C=0.470$ ) entre el tiempo de efectivización de interconsultas y el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, lo que indicaría que mientras más rápido sea efectivizado las interconsultas médicas menor será el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia, y en su defecto mientras más demore el tiempo de efectivización de interconsultas mayor será el tiempo de internamiento del paciente.

## V. DISCUSIÓN

La EHP del paciente en la actualidad es una preocupación en todos los países del mundo debido a las diversas consecuencias negativas que presenta para el sistema de salud, entre ellos tenemos al incremento en los gastos sanitarios, insuficiente acceso a servicios de internamiento, congestión de las unidades de emergencias, así mismo un incremento del riesgo de eventos adversos para el paciente, que empeorarían su estado de salud (Ceballos, Velásquez y Jaén, 2014). Por su parte Wachtel y Elalouf (2020), mencionan que la EHP y el hacinamiento en los SE son problemas graves pero comunes en todas las instituciones de salud del mundo, donde muy frecuente los medios de comunicación publican artículos sobre el hacinamiento en los SE, informando una ocupación de pacientes de más del 200% de la capacidad.

En el último decenio, los costos asociados con el internamiento de los pacientes en los hospitales se han incrementado exponencialmente, haciendo necesario minimizar los días de los pacientes en el hospital se ha convertido en una política sanitaria para potenciar los recursos sanitarios en pacientes con estadía prolongada, lo que hace imperante y necesario una planificación adecuada de los procesos que se deben administrar (García, 2010).

Es preciso mencionar que los servicios o unidades de emergencia son áreas fundamentales en un nosocomio, donde su principal objetivo es salvaguardar la vida del paciente e impedir posibles secuelas, el mismo que presenta una operatividad de 24 horas diarias, es decir todos los días del año, donde los nosocomios con segundo y tercer nivel de complejidad cuentan con una mayor capacidad de resolución médica debido a los diferentes especialistas con los que cuenta, así como los recursos biomédicos que tienen, así mismo, es preciso mencionar que desde hace 20 años la demanda de los pacientes por una atención de emergencia se ha incrementado en todos los principales nosocomios del Perú, donde la incorporación de camillas y sillas de ruedas en los pasadizos para la atención de los pacientes se ha convertido en una necesidad, prolongándose el tiempo de espera del enfermo para tener acceso a un servicio de hospitalización, creando así el hacinamiento de los pacientes, siendo las causas de ello factores internos y externos al mismo servicio de emergencia (Taype et al., 2020).

Según la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 042-2007, menciona que el tiempo de permanencia del paciente cuya complejidad patológica sea de primer grado debería ser menor a doce horas en los Tópicos de medicina, al igual que en la sala de observación y para los pacientes con complejidad patológica de segundo grado el tiempo de estadía no debería exceder a las 24 horas.

De acuerdo al Objetivo General: Determinar los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, se encontró que existen doce factores (cinco factores pertenecientes al paciente, 4 factores pertenecientes al personal de salud y 3 factores perteneciente a la administración hospitalaria) asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencias ( $p < 0.05$ ), de los cuales once de ellos tienen una buena asociación ( $C \geq 0.3$ ).

Estos resultados indicarían lo mencionado por López (2019), quien sostiene que existen diferentes factores que provocarían el retraso a las unidades de hospitalización desde urgencias, siendo las principales causas una infraestructura reducida en servicios de hospitalización no permitiendo el ingreso a toda la demanda de pacientes de urgencias, deficiente competencias para tomar decisiones, y escasos recursos tanto de medicamentos, equipos y personal; pero también existen otros factores que están asociados a los pacientes, como son su edad, siendo los adultos mayores el grupo más vulnerable, como también está el tipo de patología con el que ingrese al servicio de emergencia y la presencia de alguna comorbilidad, que en conjunto ocasionarían la sobresaturación de los pacientes en los servicios de emergencias.

Por su parte, Sánchez, Pérez, López, De la Torre y Vélez (2019) sostienen la existencia de factores que contribuyen una EHP del paciente, los mismos que son atribuibles al paciente, por su condición fisiopatológica que ponen en riesgo su vida, también se encuentran las que se atribuyen al profesional de salud, por no indicar el alta oportunamente y/o por el establecimiento de diagnósticos presuntivos o no concordantes; y por último están los factores atribuibles a la administración o gestión hospitalaria, por los procedimientos retrasados que incluyen los métodos de apoyo al diagnóstico y las intervenciones quirúrgicas.

Según los primeros cinco objetivos específicos sobre Asociar los factores del paciente y su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta, según la especialidad de atención, el grado de dependencia, el índice de comorbilidad, la estimación de mortalidad y la condición de egreso; se halló que el 57.9% de los pacientes pertenecían a la especialidad de medicina interna, de los cuales el 45% de ellos presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días; el 73.6% presentaban un grado de dependencia II, de los cuales el 51.9% de ellos se presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas, el 66.4% presentaban ausencia de comorbilidad, de los cuales el 51% de ellos presentaron un tiempo de internamiento menor a 24 horas, el 61.3% presentaron una estimación de mortalidad de 12%, de los cuales el 53.6% de ellos permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas y el 48.3% tuvieron alta médica, de los cuales el 51.1% de ellos permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas; encontrándose relación estadística significativa y una buena asociación entre la especialidad de atención ( $p=0.000$ ;  $C=0.475$ ), el grado de dependencia ( $p=0.000$ ;  $C=0.469$ ), el índice de comorbilidad ( $p=0.000$ ;  $C=0.418$ ) y la estimación de mortalidad ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ) con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia. Y se encontró una relación estadística significativa y una débil asociación entre la condición de egreso del paciente ( $p=0.001$ ;  $C=0.267$ ) y el tiempo de internamiento del paciente.

En comparación con los resultados encontrados, Thiruvengadam, Laksmi y Ramanujam (2021), encontraron que la saturación de oxígeno ( $p<0.001$ ), valores de dímero D ( $p=0.002$ ) y presentar al menos dos patologías crónicas ( $p=0.008$ ) eran factores que influían en aumentar el tiempo de internamiento del paciente. Así mismo, Schneider, Denyer y Brown (2021), hallaron que padecer de algunas enfermedades como HTA y diabetes ( $p<0.001$ ), complicaciones intrahospitalarias ( $p<0.001$ ), dependencia funcional ( $p<0.001$ ) y el retraso de la intervención quirúrgica ( $p<0.001$ ) aumentaron los días del paciente geriátrico en el hospital.

De manera similar, Marfil y otros (2018), hallaron que la edad ( $p<0.001$ ), el tipo de ingreso ( $p<0.001$ ), el tipo de diagnóstico ( $p<0.001$ ) y la mortalidad ( $p<0.001$ ) fueron factores que influían que el paciente permanezca mayor tiempo en el hospital. Por su parte, Hui Jin Toh y otros (2017), encontraron que el 88,0% de total



de pacientes presentaron una edad por encima de los 80 años y los factores que demostraron asociación con la estadía prolongada fueron el padecimiento de demencia ( $p=0.013$ ), el estado funcional ( $p<0.001$ ) y el compromiso de la patología ( $p=0.001$ ).

De igual forma, Sánchez y otros (2016), hallaron que la edad ( $p=0.007$ ), antecedentes patológicos ( $p=0.062$ ), gravedad de la enfermedad ( $p=0.012$ ), presencia de complicaciones ( $p<0.001$ ) presentaron una asociación con el tiempo de estancia hospitalaria. Por su parte Aguilar (2020) encontró cuatro factores que se relaciona estadísticamente con la estadía hospitalaria: el sexo ( $p= 0.036$ ), antecedente patológico ( $p=0.012$ ), padecer de diabetes mellitus ( $p= 0.03$ ) y la evaluación del estado nutricional ( $p = 0.012$ ).

De modo similar, Ríos (2019), halló en su estudio que el 79.2% de los pacientes tienen un índice de Charlson 3 (comorbilidad alta); así mismo un 82% muestran comorbilidades relacionadas con el diagnóstico principal de ingreso, el 59.2% no presentaron el mismo diagnóstico al ingreso y al alta, y el 100% de los pacientes con demora en la realización de pruebas diagnósticas presentaron estadía prolongada; concluyendo que los factores asociados más importantes a la estadía hospitalaria fue el índice de Charlson ( $p<0.01$ ) y la existencia de alguna comorbilidad al ingreso ( $p<0.01$ ), la similitud del diagnóstico de ingreso y egreso ( $p<0.01$ ) y la demora de exámenes auxiliares ( $p<0.05$ ).

Del resultado hallado, es imprescindible mencionar que la especialidad que mayor tiempo de internamiento presenta es la de Medicina Interna, esto representaría que hay mucha más demanda del servicio de esta especialidad en las unidades de emergencia, y ello se debe a un aumento de la población geriátrica, representando el 46.7% de todos los ingresos a observación por medicina interna, encontrándose que, de todos los adultos mayores, el 58.3% presentan algún tipo de comorbilidad (Anexo 6). El grado de dependencia que mayor tiempo de internamiento es el Grado III, pues son personas que necesitan de un monitoreo continuo, pues hemodinámicamente no se encuentran estables. La condición del alta con mayor tiempo de internamiento es la hospitalización, y ello se debería a que la indicación a hospitalización no es oportuna, representando el 59.1%; así como presentar un grado de dependencia III, donde lleva días estabilizar al

paciente, siendo este el 35.5% de total de los pacientes con egreso de hospitalización (Anexo 7).

Ante los resultados mencionado y comparados, Ahmed y otros (2020), sostienen que el tiempo de internamiento es la duración representado en horas o días, en cual inicia desde el ingreso del paciente a la unidad hasta el momento en que el paciente deja dicha unidad, ya sea por recibir alta, pasar a hospitalización, referido a otra institución o por fallecer; siendo utilizado como indicador para evaluar el funcionamiento y eficacia de los servicios de emergencias, e indirectamente valorar la calidad prestada por la unidad. Cumplir con lo mencionado por el MINSA es muy complicado debido a un aumento considerable de la población geriátrica, los mismos que presentan comorbilidades crónicas y patologías que aumentan las tasas de mortalidad (infarto cerebral y cardiaca) (Ofori et al., 2020).

Chen y otros (2017) sostienen que existen algunos factores propios del paciente que son incontrolables, dentro de ellos están la severidad de las enfermedades, el mismo que influye sobre el tiempo de estadía hospitalaria, pues requerirá mayor tiempo de tratamiento y estudios para su recuperación, así mismo está la presencia de complicaciones secundaria al cuadro clínico del paciente, que agravan aún más el estado de salud del enfermo y por ende sobre la EHP, incrementándose la probabilidad de fallecer en un futuro o reingresar a emergencias por un cuadro clínico similar, donde los más vulnerables y desfavorecidos son los adultos mayores, quienes presentan mayor dependencia funcional (Jesús et al., 2019).

Del mismo modo, Chung y otros (2016), de su estudio destacan que los pacientes que mayor tiempo permanecieron en emergencia fueron los pacientes de la especialidad de medicina interna, argumentando que se debe a crecimiento de la población adulta mayor, donde predominan las complicaciones y/o la presencia de comorbilidades.

De acuerdo con los objetivos específicos seis, siete, ocho y nueve, sobre Asociar los factores del personal de salud y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, según la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso, la indicación de hospitalización, tiempo de

elaboración de la historia clínica de hospitalización y el tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización; se encontró que el 79.1% presentaron una concordancia diagnóstica, de los cuales el 52.8% de ellos permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas, el 47.3% de los pacientes presentaron indicación no oportuna, de los cuales el 70.3% de ellos presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días, el 39% presentaron un tiempo de elaboración de HCL oportuno, de los cuales el 48.2% permanecieron en la unidad de emergencia por un tiempo de 2 a 5 días, el 27.1% presentaron una aceptación de ingreso a hospitalización oportuna, de los cuales el 43% de ellos permanecieron en observación de emergencia por un tiempo menor a 24 horas; determinándose que existe una relación estadística significativa y buena asociación entre la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso ( $p=0.000$ ;  $C=0.462$ ), la indicación de hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.628$ ), el tiempo de elaboración de la historia clínica de hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.306$ ) y el tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.361$ ) con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

En comparación con los resultados hallados, Mohammad y otros (2017) hallaron que presentar un mayor número de exámenes auxiliares ( $p=0.029$ ) es un factor que se relaciona significativamente con la EHP. En esta misma línea, Pinto (2020) halló en su estudio que el 44,3% de los pacientes presentaron un diagnóstico de ingreso presuntivo y en el 60,2% no se aplicaron protocolos de asistencia médica debido a su inexistencia, concluyendo que la estadía de los pacientes en el hospital se encuentra asociada al diagnóstico de ingreso del paciente ( $p=0.003$ ) y a la existencia de protocolos de atención ( $p=0.000$ )

De igual forma, Sánchez y otros (2016), hallaron que el diagnóstico retrasado ( $p=0.010$ ) presentó una asociación significativa con el tiempo de EHP. De modo similar, Ríos (2019) indicaron que en su investigación el 59.2% no presentaron el mismo diagnóstico al ingreso y al alta, y el 100% de los pacientes con demora en la realización de pruebas diagnósticas presentaron estadía prolongada; concluyendo que los factores asociados más importantes a la estadía hospitalaria es la similitud del diagnóstico de ingreso y egreso ( $p<0.01$ ) y la demora de exámenes auxiliares ( $p<0.05$ ).

De los resultados encontrados en la presente investigación es importante recalcar que uno de los factores con mayor tiempo de internamiento es el diagnóstico no concordante, y esto posiblemente se deba al escaso conocimiento para valorar y evaluar al paciente, evidenciándose en la evaluación trimestral que realiza la Institución, donde el 18.42% de los diagnósticos son mal definidos. Así mismo otro factor muy importante que aumenta el tiempo de internamiento en el paciente es la indicación no oportuna de hospitalización, y ello se debe a la indisposición del personal médico en indicar y realizar la historia clínica de hospitalización, pues se encontró que solo el 38.4% de los pacientes con indicación no oportuna presentaron un diagnóstico discordante, así como el 63% de los pacientes con una indicación no oportuna de hospitalización presentaron de grado de dependencia II (Anexo 9), es decir, que los pacientes con un diagnóstico definido cuyo estado de salud no era crítica, aún permanecía en emergencia.

De la comparación de resultados anteriormente, Mc Kenna y otros (2019), sostienen que los pacientes con mayor estancia de internamiento congestionaran los servicios de urgencias, por lo tanto, con nuevos ingresos a salas de internamiento sobrepasaría la capacidad del servicio, provocando una sobrecarga laboral en el personal asistencial. Añade Salway y otros (2017), que una congestión en los servicios de emergencia reducirá la calidad de prestación de servicios, así como se incurrirá errores involuntarios u omisión de cuidados, este último debido a que el personal prioriza la atención de nuevos pacientes en emergencia.

Ante ello, cuando los servicios de urgencias están congestionados o hacinados, su capacidad para responder a emergencias y desastres comunitarios también puede verse comprometida (American College of Emergency Physicians, 2018). Por su parte, Hui y otros (2017), describieron que el personal de salud debe tener las competencias necesarias para identificar aquellos casos que amerita su traslado a unidades de hospitalización o a otras instituciones de salud, así como debe empoderarse de criterios para brindar el alta al paciente lo más oportuno posible, y por último sostienen que es responsabilidad del personal de salud el flujo de información y coordinación sobre el estado del paciente.

En relación a la entrega del reporte de los pacientes en las unidades de emergencia, Bashkin y otros (2015) afirman existe la posibilidad que un inadecuado

sistema de información entre el personal médico y el personal de enfermería, aumente la estadía del paciente en unidades de emergencia, y ello radica a la evolución muy voluble del paciente en estas unidades, lo que amerita que el personal de turno entrante evalúe minuciosamente a cada uno de los pacientes para determinar sus necesidades, incrementándose el tiempo para tomar decisiones, tiempo que posiblemente sea menor si el flujo de información es el adecuado.

Ahmed y otros (2020) indican que en ocasiones la capacidad del profesional médico es ineficiente debido al uso indiscriminado e injustificado de exámenes auxiliares (de laboratorio o imagenología), así como el tomar decisiones en la terapéutica del paciente y/o destino de cuidado, lo que generaría que el paciente permanezca más días de lo que debería en unidades de emergencia. Afirmando lo anterior, Morley y otros (2018) afirman que la incapacidad de transferir a un paciente estable a un área de hospitalización es la principal causa de congestión del servicio de emergencia.

En relación los objetivos específicos decimo, onceavo, doceavo y treceavo: sobre Asociar los factores de la Administración Hospitalaria y el tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta, según la disponibilidad de exámenes de laboratorio, la disponibilidad de imágenes diagnósticas, la disponibilidad de camas en hospitalización y el tiempo de efectivización de interconsultas, se encontró que el 95.2% de los pacientes tuvieron disponibilidad de exámenes de laboratorio, de los cuales el 42.8% permanecieron en observación de emergencia menor a 24 horas, el 39.4% tuvieron disponibilidad de imágenes diagnósticas, de los cuales el 47.5% presentaron un tiempo de internamiento en observación de emergencia por un tiempo de 2 a 5 días, el 50% tuvieron disponibilidad de camas en hospitalización, de los cuales el 52.7% de ellos permanecieron en emergencia por un tiempo de 2 a 5 días y el 23.3% de los pacientes no tuvieron un tiempo oportuno de efectivización de interconsultas, de los cuales el 67.6% de ellos presentaron un tiempo de internamiento de 2 a 5 días; determinándose que existe relación estadística significativa y buena asociación entre la disponibilidad de imágenes diagnósticas ( $p=0.000$ ;  $C=0.411$ ), la disponibilidad de camas en hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.459$ ) y el tiempo de

efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ) con el tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

En comparación a lo hallado, Zapata (2019) reportó en su estudio que el 65.6% de la estancia prolongada no justificada se debía a factores administrativos y el 47.4% presentó demora en los procesos de hospitalización, concluyendo que estos factores permiten desarrollar estrategias institucionales para minimizar los impactos negativos e influir en los niveles financieros, la protección del enfermo y la calidad de la asistencia médica. Del mismo modo, Conza y Loncone (2020) determinaron que los principales factores de riesgo que incrementan la estadía de hospitalización a largo plazo es la efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ) y la ejecución del examen por imágenes ( $p=0.000$ ).

De modo similar, Ríos (2019) reportó que 100% de los pacientes presentó una demora en la realización de pruebas diagnósticas; concluyendo que uno de los factores asociados más importantes a la estadía hospitalaria fue la demora de exámenes auxiliares ( $p<0.05$ ). Por su parte Oblitas y Siccha (2018) encontraron en su estudio que el 57% de los pacientes representa una limitada administración, siendo las dimensiones con más proporción el inadecuado control de insumos con un 43% y el limitado control de presupuestos con un 31%. Concluyendo que la gestión del hospital tiene un impacto significativo en el tiempo de permanencia del paciente en el servicio de hospitalización de Medicina ( $p=0.000$ ).

Por su parte, Soria (2018) destacó que una de las principales causas para un internamiento prolongado según la administración del hospital se encuentra el retraso de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento (35,1%). Asimismo, Anyarin (2017) halló un 43.3% de pacientes con retrasos terapéuticos y apoyos diagnósticos. Y Mamani (2017) indicó de su investigación que los factores relacionados con la estancia hospitalaria prolongada son el tiempo de realización de procedimientos ( $p=0.000$ ) y la admisión inapropiada ( $p=0.002$ ). y por último la Defensoría del Pueblo (2017) en su informe N° 161, menciona que el 58.4% de las instituciones de salud identifican como causa del retraso de atención al escaso número de personal para atender las emergencias, atenciones injustificadas en emergencias y escasez de recursos: camas y exámenes auxiliares;

específicamente, el 27.5% no tenían servicios de laboratorios, el 19.5% no tenían atención en farmacias y el 40.9% no tenían servicios de rayos X.

De los resultados mencionado, es preciso resaltar que la indisponibilidad de imágenes diagnósticas es un factor que aumenta la probabilidad de que el paciente se quede más tiempo en emergencia, y ello es debido a que algunos exámenes de imágenes solicitados por el médico no se encuentran disponibles en la institución o no son cubiertas por el seguro integral de salud, y en algunos casos porque no hay personal disponible en ese momento para realizar los exámenes solicitados, tal es el caso que del total de exámenes de imágenes no disponibles al momento de la solicitud el 40% son tomografías, el 26.2% son ecografías y el 9.2% son resonancias magnéticas (Anexo 10), que en consecuencia retrasan el diagnóstico médico. Otro factor importante es la indisponibilidad de cama para aumentar el tiempo de internamiento, el cual se encuentra asociado a un cofactor como es la indicación a hospitalización para aprovechar la disponibilidad de camas y la aceptación de hospitalización, en ese sentido se encontró que el 27.7% donde no había disponibilidad de camas, los pacientes presentaban una indicación oportuna de hospitalización, así mismo se evidencio que el 69.9% cuando había disponibilidad de camas en hospitalización los pacientes no presentaron indicación para hospitalizarlos, así mismo se evidencio que el 7.4% donde hubo disponibilidad de camas no se aceptó oportunamente la hospitalización (Anexo 11). Y un último factor muy importante es la efectivización no oportuna de las interconsultas que aumenta el tiempo de internamiento del paciente, y ello se debe que no todos los días de la semana se cuenta con los médicos de las diferentes especialidades para evaluar al paciente, generando de esta forma que el paciente permanezca en espera de la evaluación para obtener un diagnóstico definitivo.

De la comparación realizada, León, Corrales y Arboleada (2018) sostienen que hay ocasiones en que las unidades de emergencia se convierten en salas de hospitalización, debido a que el paciente tiene que esperar que se efectivice ciertos exámenes auxiliares de imágenes (tomografías y resonancia magnética), así como la efectivización de interconsultas o algún procedimiento complejo. Por su parte Chung y otros (2016) indican que la disponibilidad de recursos (medicamentos, pruebas diagnósticas, personal humano) aumentaría un adecuado flujo de

pacientes, al ser diagnosticados y atendidos oportunamente; continúa describiendo que el hacinamiento de pacientes en los servicios de urgencias, no solo se debe a factores propios del paciente o a factores del servicio de urgencias, sino también al nivel de complejidad del nosocomio, es decir si un hospital cuenta con un mayor nivel, tendrá más centros especializados para tratar a los pacientes de las unidades de emergencias., como es el caso de UCIs, UVIs, etc.

Así mismo, un factor muy importante, es la disponibilidad de camas, como lo menciona Hui y otros (2017), quienes sostienen que la saturación de pacientes en las unidades de emergencia se debe a la limitación de camas en las áreas de hospitalización y deficiente procesos administrativos, que generan que los pacientes no sean admitidos en dichas áreas para continuar con su tratamiento. De ello, Tampubolón (2018) manifiesta que la cogestión de pacientes en áreas de urgencias se debe a la indisponibilidad de camas en hospitalización, generando que los pacientes permanezcan en urgencias, restringiendo de esta forma la atención de nuevos pacientes, creando discónfor en los pacientes, familiares y personal asistencial.

En oposición a lo mencionado, Bashkin y otros (2017), mencionan que el aumento del tiempo de internamiento del paciente en emergencia no solo se debe a la indisposición de camas hospitalarias en términos de cantidad, sino también en la cualidad espacial, es decir si se cuenta con las camas en el espacio adecuado para un determinado paciente en específico, dicha restricción se conoce como bloqueo de acceso.

Otro de los factores que se asocian al tiempo de internamiento del paciente en los servicios de urgencias son el tiempo de retraso de las interconsultas y los resultados de exámenes que ayudan al diagnóstico, ello es debido a que no se cuenta con los especialistas las 24 horas del día durante los 7 días de la semana, por lo que el paciente debería esperar la evaluación del experto en su unidad, así como el inadecuado acceso a las diferentes pruebas diagnósticas, harán que el paciente permanezca mayor tiempo en urgencias esperando un diagnóstico definitivo (Ahmed et al., 2020).



## VI. CONCLUSIONES

- Primera.** De acuerdo al objetivo general, se concluye que los factores del paciente, del personal de salud y la administración se asocian al tiempo de internamiento del paciente del servicio de emergencia del Hospital La Caleta.
- Segunda.** De acuerdo al primer objetivo específico, se concluye que los factores del paciente asociados a su tiempo de internamiento en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta son: la especialidad de atención ( $p=0.000$ ;  $C=0.475$ ), el grado de dependencia ( $p=0.000$ ;  $C=0.469$ ), el índice de comorbilidad según Charlson ( $p=0.000$ ;  $C=0.418$ ), la estimación de mortalidad según Charlson ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ) y la condición de egreso ( $p=0.001$ ;  $C=0.267$ ).
- Tercera.** De acuerdo al segundo objetivo específico, se concluye que los factores del personal asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta son: la concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente ( $p=0.000$ ;  $C=0.462$ ), la indicación de hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.628$ ), el tiempo de elaboración de la historia clínica ( $p=0.000$ ;  $C=0.306$ ) y el tiempo de aceptación del ingreso a hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.361$ ).
- Cuarta.** De acuerdo con el tercer objetivo específico, se concluye que los factores de la administración hospitalaria asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia del Hospital La Caleta son: la disponibilidad de imágenes diagnósticas ( $p=0.000$ ;  $C=0.411$ ), la disponibilidad de camas en hospitalización ( $p=0.000$ ;  $C=0.549$ ) y el tiempo de efectivización de interconsultas ( $p=0.000$ ;  $C=0.470$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

- Primero.** A la Dirección del Hospital La Caleta, emplear estrategias de flujo de pacientes a fin de disminuir el tiempo de internamiento del paciente en emergencia, así mismo realizar las gestiones necesarias para implementar un servicio de imagenología que cubra las demandas de los pacientes y aumentar el recurso humano y una infraestructura apropiada para atender las necesidades de los pacientes.
- Segundo.** Al servicio de emergencia, establecer estrategias de alta y hospitalización oportuna, estableciendo guías y protocolos de atención, a fin de disminuir las tasas de mortalidad y complicaciones en los pacientes, así como evitar el hacinamiento de la unidad de emergencia. Así mismo, mejorar el flujo de información entre el personal de salud, con el objetivo de evitar complicaciones en los pacientes que podrían aumentar su estadía en emergencias.
- Tercero.** A los investigadores, ampliar el conocimiento sobre otros cofactores asociados al tiempo de internamiento de los pacientes en las unidades de emergencia, tal es el caso como el comportamiento de las variables estudiadas, en presencia de un inadecuado flujo de pacientes o la presencia de complicaciones intrahospitalarias, así como, cuando la unidad de emergencias se encuentre saturado de pacientes.

## REFERENCIAS

- Abanto, R., Valdivieso, G., Arévalo, A. & Orihuela, S. (2018). Personal, clinical and social characteristics of inpatients with long hospital stay in the acute wards of the Hospital Víctor Larco Herrera. *Medical Horizon Journal*. 18(2). 60-70. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.10>
- Abir, M., Goldstick, J., Malsberger, R., Williams, A., Bauhoff, S., Parekh, V., Kronick, S. & Desmond, J. (2019). Evaluating the impact of emergency department crowding on disposition patterns and outcomes of discharged patients. *International Journal of Emergency Medicine*. 12(4). <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0223-1>
- Aguilar, R. (2020). *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes del Servicio de Medicina Interna durante los meses de Julio del 2018 – Julio del 2019 en el Hospital Vitarte*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma-Lima). Recuperada de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3207/RAGUILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ahmed, A., Ibro, S., MelKamu, G., Seid, S. & Tesfaye, T. (2020). Length of Stay in the Emergency Department and Its Associated Factors at Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia. *Journal Open Access Emergency Medicina*. 12(1). 227-235. Doi: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S254239>
- Akbar, M., Mian, A., Najeeb, F. & Shahzad, H. (2015). Overcrowding in the emergency departments: challenges and opportunities for improvement. *Journal of Pakistan Medical Association*. 65(12). 1344-1345. [http://ecommons.aku.edu/pakistan\\_fhs\\_mc\\_emerg\\_med/104](http://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_emerg_med/104)
- American College of Emergency Physicians (2018). *Definition of Boarded Patient*. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-boarded-patient/>
- Anyarin, Y. (2017). *Factores que influyen en la estancia prolongada en el Servicio de Medicina del Hospital el Félix Torrealva Gutiérrez*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa). Recuperada de

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6323/ENManpiyy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arias, J. (2020). *El proyecto de Tesis*. Guía para la elaboración. Perú. Recuperado de:

[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hNsAT\\_S6OMYJ:https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/2236/1/AriasGonzales\\_ProyectoDeTesis\\_libro.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hNsAT_S6OMYJ:https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/2236/1/AriasGonzales_ProyectoDeTesis_libro.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe)

Arias, S. Y Peñaranda, F. (2015). La investigación éticamente reflexionada. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33(3). 444-451. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12041781015.pdf>

Bashkin, O., Caspi, S., Haligosa, R., Mizrahi, S. & Stalnikowicz, R. (2015). Organizational factors affecting length of stay in the emergency department: initial observational study. *Israel Journal of Health Policy Research*. 4(38). Doi: 10.1186/s13584-015-0035-6

Bittencourt, R., Medeiros, A., Braganza, C., Donato, L. & Dwyer, G. (2020). Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Journal Public Health*. 54 (1). doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002342>

Caro, L. (2021). *Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos*. Lidefer. Recuperado de <https://www.lifeder.com/tecnicas-instrumentos-recoleccion-datos/>

Caporaletti, P., Maragno, M., Pronto, M., Cutuli, O., Ingrassia, S., Cocorocchio, A., Orlando, L., Donati, V., Guarino, M. & Ruggieri, M. (2017). Overcrowding in Italian Emergency Department: The Survey of Settimana Nazionale Del Pronto Soccorso 2017. *Italian Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.036>

Castañón, J., Polanco, C. y Camacho, S. (2014). La sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. *Revista de Academia Mexicana de Cirugía*. 82(1). 127-128. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc142a.pdf>

- Ceballos, T., Velásquez, P. y Jaén J. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencial de Política de Salud*. 13(27). 274-295. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>
- Chacón, M., Parodi, D., Runzser, F., Parodi, J., Rojas, J. y De Noriega, J. (2020). Riesgo de mortalidad según el índice de Charlson en comparación con el índice de fragilidad en pacientes adultos mayores del Centro Médico Naval entre los años 2010 al 2015. *Revista Horizonte Médico*. 20(4). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2020000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2020000400009&script=sci_arttext)
- Charlson, Y., Pompeya, P. & MacKenzie, C. (1987), A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 40(5). 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Chen, H., Hara, Y., Horita, N., Saigusa, Y., Hirai, Y. & Kaneto, T. (2020). Declined Functional Status Prolonged Hospital Stay for Community-Acquired Pneumonia in Seniors. *Journal Clinical Interventions in again*. 15(1). 1513-1519. Doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S267349>
- Chung, H., Chiu, T., Ming, A., Jin C. & Hsi, H. (2016). Analyzing Factors Affecting Emergency Department Length of Stay—Using a Competing Risk-accelerated Failure Time Model. *Journal Medicine*. 95(14). Doi: 10.1097/MD.0000000000003263
- Conza, M. y Loncone, M. (2020). *Factores de riesgo asociados a la estancia hospitalaria prolongada de los pacientes del Servicio de Medicina “A” del Hospital Regional de Cusco, 2019*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad–Cusco). Recuperada de <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5190/253T20200055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coronado, Y., Carballo, M., Abreu, M., Garbosa, K., Fariñas, O. y García, A. (2014). Importancia de la fase preanalítica en el laboratorio clínico de la Atención

- Primaria de Salud. *Revista de medicina Isla de la Juventud*. 15(1). 3-21. Recuperado de <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/89/188>
- Defensoría del Pueblo (2017). *Camino al Aseguramiento Universal en Salud: resultados de la supervisión nacional de hospitales*. Informe Defensorial N° 161. Recuperado de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/\\$FILE/2.informe-161.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D2A7AFD45EA318905257BCE0078F1E7/$FILE/2.informe-161.pdf)
- De la Guardia, M. & Ruvalcaba, J. (2020). Health and its determinants, health promotion and health education. *Journal of Negative and No Positive Results*. 5(1). Recovered from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)
- Dinh, M. & Berendsen, S. (2020). Overcrowding kills: How COVID-19 could reshape emergency department patient flow in the new normal. *Emergency Medicine Australasia*. 33(1). 175-177. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13700>
- Etikan, I. & Bala, K. (2017). Sampling and sampling methods. *Biometrics & Biostatistic International Journal*. 5(6). 215-217. Doi: 10.15406/bbij.2017.05.00149
- Espinal, J., Jaén, J., Restrepo, J. y Zapata, P. (2018). Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 17(34). 1-15. Recuperado de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-1\)/54555308011/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-1)/54555308011/)
- Espinoza, A., Gilbert, M. y Oria, M. (2016). El desempeño de los profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 32(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/823/155>
- EsSalud (2007). *Indicadores de Referencia de Rendimientos Laborales de Enfermería*. Resolución de Oficina de Planificación y Desarrollo 018. Recuperado de [https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003120\\_pdf.pdf](https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003120_pdf.pdf)

- Fuchs, L., Passamami, L. & Costa, S. (2021). Charlson Comorbidity Index and other predictors of in-hospital mortality among adults with community-acquired pneumonia. *Journal Bras Pneumol.* 47(1). 1-6. <http://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3497/en-US/charlson-comorbidity-index-and-other-predictors-of-in-hospital-mortality-among-adults-with-community-acquired-pneumonia>
- Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowki, S. (2017). Factores Determinantes de la Salud. *Sociedad Argentina de Cardiología.* 1-8. Recuperado de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>
- Gálvez, M. García, A., García, J. y Ramos (2011). El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. *Revista de información para la Dirección en Salud.* 7(12). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49386>
- Gómez, L. (2019). *Procesos y herramientas metodológicas para la investigación cuantitativa.* [Diapositivas: Maestría en Diseño]. Recuperado en [http://148.215.1.182/bitstream/handle/20.500.11799/108232/secme-3074\\_1.pdf?sequence=1](http://148.215.1.182/bitstream/handle/20.500.11799/108232/secme-3074_1.pdf?sequence=1)
- Gosaye, T., Beshadu, F., Gurmu, U. & Tsegaye, K. (2020). Predictors of prolonged length of hospital stay and in-hospital mortality among adult patients admitted at the surgical ward of Jimma University medical center. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice.* 12 (24). Recovered from <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-020-00230-6>
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación.* (6.ª ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa (2012). *Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería.* Recuperado de

<https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/300120131916091.pdf>

Hospital San Juan de Lurigancho (2012). *Manual de Organización y Funciones*. Departamento de enfermería. Recuperado de [https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13764/PLAN\\_13764\\_MOF\\_del\\_%C3%93rgano\\_del\\_Departamento\\_de\\_Enfermer%C3%ADa\\_\(%C3%93rgano\\_de\\_L%C3%ADnea\).\\_2013.pdf](https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13764/PLAN_13764_MOF_del_%C3%93rgano_del_Departamento_de_Enfermer%C3%ADa_(%C3%93rgano_de_L%C3%ADnea)._2013.pdf)

Hui Jin Toh, B., Zhen Yu Lim, M., Philip, M. & Terence, M. (2017). Factors associated with prolonged length of stay in older patients. *Magazine Singapore Medical Journal*. 58(3). 134-138. Recovered of <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360868/>

Japiong, K., Asiamah, G., Owsusu, E., Donkor, P., Stewart, B., Ebel, B. & Mock, C. (2016). Availability of resources for emergency care at a second-level hospital in Ghana: A mixed methods assessment. *African Journal of Emergency Medicine*. 6(1). 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2015.06.006>

Jarvis, P. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med*. 3(2). 63-68. Doi: 10.15441/ceem.16.127

Jeanmonod, D. & Jeanmonod, R. (2017). Overcrowding in the Emergency Department and Patient Safety. *Vignettes in Patient Safety*. 2(1). Doi: 10.5772/intechopen.69243

Jesús, C., Mena, J. y Ventura, L. (2019). Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en adultos mayores. *Revista Peruana de Investigación en Salud*. 3(3). Doi: <https://doi.org/10.35839/repis.3.3.333>

León, F., Corrales, D., y Arboleada, E. (2018). Tiempos de estancia ¿La emergencia en emergencia? *Revista Experiencia en Medicina*. 4(2). 71-71. Recuperado de <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/201>

López, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. España, Barcelona: Creative Commons. Recuperado de



[https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2015/131469/metinvsocquan\\_cap3-6a2015.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2015/131469/metinvsocquan_cap3-6a2015.pdf)

Lozada, J. (2014). Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *Revista Ciencia América*. 3(1). 34-39. Recuperado de <file:///C:/Users/jhon/Downloads/Dialnet-InvestigacionAplicada-6163749.pdf>

Mamani, C. (2017). *Factores asociados a Estancia hospitalaria prolongada en el Servicio de Medicina Interna, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Andina del Cusco). Recuperada de <http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1353/1/RESUMEN.pdf>

Marfil, B., Belaunzarán, P., Gulias, A., Camiro, A., Caro, Y., Kershenobich, D. & Sifuentes, J. (2018). Risk factors associated with prolonged hospital length-of-stay: 18-year retrospective study of hospitalizations in a tertiary healthcare center in Mexico. *Journal Plos One*. 13(11). Recovered from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6224124/>

Mc Kenna, P., Heslin, S., Viccellio, P. & Mallon, W. (2019). Emergency department and hospital crowding: Causes, consequences, and cures. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*. 6(3). 189-195. Doi:10.15441/ceem.18.022

Mendivelso, F. y Rodríguez, M. (2018). Prueba Chi Cuadrado de Independencia aplicada a Tablas. *Revista Médica Sanitas*. 21(2). 92-95. Doi: 10.26852/01234250.6

Mentzoni, I., Tore, S. & Waqar, K. (2019). Emergency department crowding and length of stay before and after an increased catchment area. *BMC Health Services Research*. 19(506). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4342-4>

Mingchung, K., Yaling, L., Chuchieh, C., Pesus, C. & Dachen, C. (2015). Prevalence of and Predictors for Frequent Utilization of Emergency Department. *Medicine (Baltimore)*. 94(29). Doi: 10.1097/MD.0000000000001205

- Ministerio de Salud (2007). *Norma Técnica de salud de los servicios de emergencia*. NTS. 042-MINSA / DGSP-V.01. recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA*. Oficina General de Estadística e Informática. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
- Mohammad, S., Aminiahidashti, H., Masoume, S., Goli, I., Hosein, S., Bozorgi, F. & Mahmoudi, F. (2017). Determinants of Prolonged Length of Stay in the Emergency Department; a Cross-sectional Study. *Journal Emerg.* 5(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325925/>
- Mohammad, Y., Rezaei, F. & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences.* 22(1). 1-9. Doi: 10.4103/1735-1995.200277
- Mousalli, G. (2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*. España, Mérida: Creative Commons. Doi:10.13140/RG.2.1.2633.9446
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G., Stankovich, J. & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *Journal Plos One.* 13(8). Doi: 10.1371/journal.pone.0203316
- Oblitas, J. y Siccha, F. (2018). *Relación entre la Administración y estancia hospitalaria en pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Alta complejidad Trujillo 2018*. (Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo - La Libertad). Recuperado de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/32962/oblitas\\_jj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/32962/oblitas_jj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ofori, R., Liew, D., Martensson, J. & Jones, D. (2020). The Frequency of, and Factors Associated with Prolonged Hospitalization: A Multicentre Study in Victoria, Australia. *Journal of Clinical Medicine.* 9(3055). <https://doi.org/10.3390/jcm9093055>

- Ojeda, C., Palomino, D., Bejarano, L., Ocampo, J., y Reyes, C. (2021). Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Revista Digital Acta Médica Colombiana*. 46(1). Doi: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1844>
- Organización Mundial de la Salud (s/f). *Factores de Riesgo*. Recuperado en [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- Paling, S., Lambert, J., Clouting, J., González, J. & Auterson, T. (2020). Waiting times in emergency departments: exploring the factors associated with longer patient waits for emergency care in England using routinely collected daily data. *Emergency Medicine Journal*. 37(12). <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2019-208849>
- Paredes, J. (2017). Grado de dependencia del cuidado de enfermería y riesgo anestésico en pacientes de la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. (Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de Trujillo - La Libertad). Recuperado de <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14533/2E%20488.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perea, L. y Rojas, I. (2019). Modelos de Gestión en instituciones hospitalaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 18(36). Disponible en [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086013/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086013/)
- Pérez, C. (2014). *Calidad y Satisfacción hospitalaria*. Madrid.
- Pérez, D., Chávez, R., Espinosa, S. y Armenteros, S. (2016). Concordancia entre diagnósticos de ingreso y egreso y calidad de la historia clínica de urgencias. *Revista Cubana de Medicina*. 55(2). 150-158. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2016/cm162f.pdf>
- Pinto, E. (2020). *Factores y estancia hospitalaria de los usuarios en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en Cusco*. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco). Recuperado de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

[http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5444/253T20201017\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5444/253T20201017_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Quesada, E. (2012). *Cantidad, uso y gestión de las camas hospitalarias*. Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/Gestion-camas-hospitalarias-ISG.pdf>

Raudales, I. (2014). Imágenes diagnósticas: conceptos y generalidades. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 11(1). 35-43. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2014/pdf/RFCMVol11-1-2014-6.pdf>

Recio, M. (2005). *Análisis de Causa Raíz, Esquema de clasificación de los Factores Contribuyentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo. National Patient Safety Agency. Recuperado de <https://cursos.seguridadelpaciente.es/courses/cur001/modulo003/NPSA%20clasificaci%C3%B3n%20de%20factores.pdf>

Ríos, L. (2019). *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes del servicio de medicina del hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque*. (Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo – Chiclayo). Recuperado de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/39163/R%c3%ados\\_MLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/39163/R%c3%ados_MLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rivas, L. (2017). *Elaboración de Tesis, Estructura y metodología*. México: Etrillas.

Robles, B. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Revista de Pueblo Continente*. 29(1).

Rodríguez, M. y Mendivelso, F. (2018). Diseño de Investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*. 21(3). 141-146. Doi: <https://doi.org/10.26852/01234250.20>

Rosman, M., Rachminov, O., Segal, O. & Segal, G. (2015). Prolonged patients' In-Hospital Waiting Period after discharge eligibility is associated with increased risk of infection, morbidity and mortality: a retrospective cohort analysis. *BMC*

*Health Services Research*. 15(246). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0929-6>

Roy, T., Peralta, R., González, L. Cacker, W. y otros (2019). Índice de comorbilidad de Charlson aplicado a pacientes de medicina interna. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 6(2). 2312-3893. Recuperado de [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932019000200047](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000200047)

Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallo, W. & Viccellio, A. (2017). Emergency department overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Journal The Condes Clinical Medical*. 28(2). 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>

Sánchez, E., Pérez, F., López, E., De la Torre, G. y Velez, G. (2019). Factores de riesgo asociados a estadía hospitalaria prolongada en pacientes adultos. *Revista MEDISAN 2019*. 23(2). 271-283. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n2/1029-3019-san-23-02-271.pdf>

Sánchez, L. y Reyes, M. (2014). Estancia prolongada en Terapia Intensiva: predicción y consecuencias. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 16(2).

Sánchez, M., Muñoz, E., Muñoz, Á., Valera, S. García, E., Egea, M., Cano, A. & Bernal, E. (2017). Factors Associated with a Long Mean Hospital Stay in Patients Hospitalized with Tuberculosis. *Bronconeumology Archives*. 53(7). Doi: 10.1016/j.arbr.2016.10.008

Santos, E., Cardoso, D., Queirós, P., Rodrigues, M. & Apóstolo, J. (2016). The effects of emergency department overcrowding on admitted patient outcomes a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 14(5). 96-102. Doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002562

Schneider, A., Denyer, S. & Brown, N. (2021). Risk Factors Associated with Extended Length of Hospital Stay After Geriatric Hip Fracture. *Journal*

*American Academy of Orthopadic Surgeons.* 5(5). Doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-21-00073

Soria, R. (2018). *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina, Hospital De Emergencias De Villa El Salvador.* (Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo – Lima). Recuperado de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41076/Soria\\_SRA.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41076/Soria_SRA.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Suasnabar, J. (2016). Factores asociados a la prolongación de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma-Lima). Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1257/162%20SUASNABAR%20D%C3%81VILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tampubolón, L. (2018). *Bed Management Strategy for Overcrowding at the Emergency Department: A Systematic Review.* The 2nd International Conference on Hospital Administration (The 2nd ICHA). Doi: <https://doi.org/10.18502/kls.v4i9.3557>

Taylor, Sen, Greenhalgh, Lawless, Curri & Palmieri (2017). Not all patients meet the 1 day per percent burn rule: A simple method for predicting hospital length of stay in patients with burn. *Journal ELSEVIER.* 43 (2). 282-289. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417916304521>

Taype, W., Miranda, D., Castro, L. & Amado, J. (2020). Saturation and overcrowding of the emergency service of an urban hospital. *Journal of the Faculty of Human Medicine.* 20(2). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2709>

Thiruvengadam, G., Laksmi, M., & Ramanujam, R. (2021). A Study of Factors Affecting the Length of Hospital Stay of COVID-19 Patients by Cox-Proportional Hazard Model in a South Indian Tertiary Care Hospital. *Journal of Primary Care & Community Health.* 1(1). <https://doi.org/10.1177/21501327211000231>

- Van der Linder, M. (2016). Overcrowding in the emergency department. *Hospital Healthcare Europe*. <https://hospitalhealthcare.com/latest-issue-2016/overcrowding-in-the-emergency-department/>
- Van der Veen, D., Remeijer, C., Fogteloo, A., Heringhaus, C. & Groot, B. (2018). Independent determinants of prolonged emergency department length of stay in a tertiary care centre: a prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 26(81). <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0547-5>
- Vásquez, B. (2020). *Asociación entre el índice de comorbilidad de Charlson y estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo diciembre 2019, enero y febrero 2020*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma-Lima). Recuperado de [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3162/T030\\_76521947\\_T%20%20%20V%c3%81SQUEZ%20ZAVALA%20BRYAM%20JOE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3162/T030_76521947_T%20%20%20V%c3%81SQUEZ%20ZAVALA%20BRYAM%20JOE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Revista Acta Médica Peruana*. 28(4). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011#:~:text=Se%20denominan%20determinantes%20de%20la,individuos%20o%20de%20las%20poblaciones](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011#:~:text=Se%20denominan%20determinantes%20de%20la,individuos%20o%20de%20las%20poblaciones)
- Wachtel, G. & Elalouf, A. (2020). Addressing overcrowding in an emergency department: an approach for identifying and treating influential factors and a real-life application. *Israel Journal of Health Policy Research*. 9(37). Doi: <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00390-5>
- Zapata, L. (2019). *Factores asociados a las estancias hospitalarias prologadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una Institución de III Nivel de Complejidad en el Municipio de Rionegro*. (Tesis de Maestría, Universidad CES, Colombia-Medellín).

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores asociados al tiempo de internamiento	Son aquellas situaciones que influyen sobre el tiempo de internamiento del enfermo, los cuales no necesariamente son intrínsecas al paciente, sino por otras condiciones como la eficiencia del funcionar profesional que cuida al paciente y las condiciones institucionales donde se brinda la atención del paciente (Ceballos, Velásquez y Jaén, 2014).	Los factores asociados al internamiento se medirán a través de los factores del paciente, factores del personal de salud y factores de la administración hospitalaria.	Factores del paciente	Especialidad de atención	Nominal
				Grado de dependencia	
				Comorbilidad según Charlson	
				Estimación de mortalidad según Charlson	
				Condición de egreso de emergencia	
			Factores del personal de salud	Concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente	
				Indicación de hospitalización del paciente	
				Tiempo de elaboración de la historia clínica de hospitalización	
				Tiempo de aceptación del ingreso del paciente a hospitalización	
			Factores de la administración hospitalaria	Disponibilidad de exámenes de laboratorio	
				Disponibilidad de imágenes diagnósticas	
				Disponibilidad de camas en hospitalización	
				Tiempo de efectivización de interconsultas	
Tiempo de internamiento	El tiempo de internamiento es la cantidad de días en que permanece un paciente en una determinada área hospitalaria, tiempo que comprende desde el día de ingreso hasta el egreso de la unidad que se encontraba internado (MINSA, 2013).	El tiempo de internamiento se midió a través la cantidad de días que el paciente permaneció en una determinada sala de observación de emergencia.	Días en observación de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor a 24 horas</li> <li>• De 2 a 5 días</li> <li>• Mayor a 5 días</li> </ul>	Nominal



**Anexo 2: Instrumento**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FICHA DE REGISTRO DE FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE  
INTERNAMIENTO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL LA CALETA**

**FECHA (día / mes / año):** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**N° FICHA** : \_\_\_\_\_

**A) DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

- Paciente (Iniciales) : \_\_\_\_\_
- Edad : \_\_\_\_\_ años ( ) meses ( )
  - ✓ Pediátrico (a) ( )
  - ✓ Adulto (a) joven ( )
  - ✓ Adulto (a) maduro ( )
  - ✓ Adulto (a) mayor ( )
- Sexo:
  - ✓ Masculino ( )
  - ✓ Femenino ( )
- Antecedente Patológico:
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
  - 4) \_\_\_\_\_

**B) FACTORES DEL PACIENTE**

1. Especialidad de atención:
  - ✓ Pediatría ( )
  - ✓ Medicina Interna ( )
  - ✓ Cirugía ( )

- ♦ Cirugía General ( )
- ♦ Traumatología ( )
- ♦ Neurocirugía ( )
- ♦ Urología ( )

2. Grado de dependencia:

- ✓ Grado I ( )
- ✓ Grado II ( )
- ✓ Grado III ( )
- ✓ Grado IV ( )

3. Índice de comorbilidad según Charlson:

- ✓ Ausencia de Comorbilidad ( )
- ✓ Comorbilidad Baja ( )
- ✓ Comorbilidad Alta ( )

4. Estimación de Mortalidad según Charlson:

- ✓ 12 % ( )
- ✓ 26 % ( )
- ✓ 52 % ( )
- ✓ 85 % ( )

5. Condición de Egreso de Emergencia:

- ✓ Alta médica ( )
- ✓ Hospitalizado ( )
- ✓ Referido ( )
- ✓ Retiro Voluntario ( )
- ✓ Fallecido ( )

### C) FACTORES DEL PERSONAL DE SALUD

6. Concordancia diagnóstica entre el ingreso y egreso del paciente:

- ✓ Concordante ( )
- ✓ No concordante ( )

7. Indicación de hospitalización del paciente:

- ✓ Oportuno ( )
- ✓ No oportuno ( )
- ✓ No aplicable ( )

8. Tiempo de elaboración de la Historia Clínica de Hospitalización:

- ✓ Oportuno ( )
- ✓ No oportuno ( )
- ✓ No aplicable ( )

9. Tiempo de aceptación del Ingreso del paciente a hospitalización:

- ✓ Oportuno ( )
- ✓ No oportuno ( )
- ✓ No aceptación ( )
- ✓ No aplicable ( )

#### **D) FACTORES DE LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**

10. Disponibilidad de exámenes de laboratorio:

- ✓ Disponible ( )
- ✓ No disponible ( )
  - Escases de reactivos ( )
  - Exámenes no realizados en la Institución ( )
- ✓ No aplicable ( )

11. Disponibilidad de imágenes diagnósticas:

- ✓ Disponible ( )
- ✓ No disponible ( )
  - Especificar: \_\_\_\_\_
- ✓ No aplicable ( )

12. Disponibilidad de camas en hospitalización:

- ✓ Disponible ( )
- ✓ No disponible ( )
- ✓ No aplicable ( )

13. Tiempo de efectivización de Interconsultas:

- ✓ Oportuno ( )
- ✓ No oportuno ( )
- ✓ No efectivizado ( )
- ✓ No aplicable ( )

#### **E) TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE**

14. Tiempo de Internamiento en observación de emergencia:

- ✓ Fecha de Ingreso : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- ✓ Fecha de Egreso : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- ✓ Días en emergencia :
  - Menor a 24 horas ( )
  - De 2 a 5 días ( )
  - Mayor de 5 días ( )

Anexo 3: Validez y confiabilidad del instrumento

✓ Certificado de validez de contenido



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. (Mg): ANNE LISBETH NUÑUVERO VÁSQUEZ

DNI: 42104416

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO	MAESTRIA EN SALUD PUBLICA MENCION GERENCIA Y POLITICAS PUBLICAS	2009 - 2011
02	UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEUORA ORRISO	ENFERMERIA CON MENCION EN SALUD OCUPACIONAL	2014 - 2016

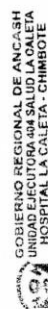
Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	HOSPITAL LA CALETA	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTORIO Y ESTRATEGIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TB	MAR 20 2011 - FEB 2019	ENGERO RESPONSABLE DE CONTROL ZEM X TB,
02	HOSPITAL LA CALETA	ENFERMERA ASISTENCIAL	SERVICIO DE EMERGENCIA	FEBRERO 2019 a la actualidad	ENFERMERA SUPERVISORA DE HOSPITALIZACION ENFERMERA ASISTENCIAL
03					

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

03 de Mayo del 2021



GOBIERNO REGIONAL DE ANCAASH  
UNIDAD EJECUTORA EN SALUD LA CALETA  
HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTÉ

Lic. Brif. Anne Nuñuvero Vásquez  
CEP 37865 - DNI 42104416

FIRMA

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE**

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable después de corregir  No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: DELGADO RAUAFIYA KELIO

DNI: 32971018

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBUCO	HABITUA EN SUFETIVA	2015-2019
02	UNIVERSIDAD NORBERT WINTER	ENFERMERIA NEONATAL	2020-2021

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	HOSPITAL LA CRUZ	ENFERMERA	CHIMBOTE	2001 - ACTUALIDAD	ENFERMERIA ASISTENCIAL ENFERMERIA PREVENCIÓN CÁNCER
02					
03					

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 FIRMA

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE**

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: ALZATORRA COLOMEN LIZETH

DNI: 70554759

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA	MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA	2019 - 2020
02			

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	P. MIRAFLORES	ENF. ASISTENCIAL	CHIMBOTE	7 MESES	ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
02	HOSPITAL LA LOIETA	ENF. ASISTENCIAL	CHIMBOTE	4 AÑOS	ENFERMERA ASISTENCIAL EN EMERGENCIA
03					

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

C 4 de Mayo del 2021

  
  
 LIC. ENFERMERIA  
 C.E.P. 71585

FIRMA

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE**

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [X]       No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: M. Victoria M. Mardaca Silvia

DNI: 32761654

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Católica Los Angeles de Chimbote	Exp. en Emergencia y Desastres	2011 - 2012
02	Universidad Católica Los Angeles Chimbote	Maestría en Salud Pública	2014 - 2015


Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Hospital "La Caleta"	Asistencial	Chimbote	1995 - 2021	Asistencial
02	Hospital "La Caleta"	Jefe de Dpto.	Chimbote	2005	Administrativa
03	Hospital "La Caleta"	Jefe de Servicio	Chimbote	2016 - 2021	Administrativa

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

05 de Mayo del 2021


  
 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
 UNIDAD EJECUTORA SALUD LA CALETA  
 HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE  
M. Mardaca Silvia  
 Lic. Exp. Silvia Mardaca  
 CEP 20953 - / 944-9761953

FIRMA

✓ Prueba de V de Aiken

ÍTEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES				SUMA	V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4		
1	1	1	1	1	4	1.00
2	1	1	1	1	4	1.00
3	1	1	1	1	4	1.00
4	1	1	1	1	4	1.00
5	1	1	1	1	4	1.00
6	1	1	1	1	4	1.00
7	1	1	1	1	4	1.00
8	1	1	1	1	4	1.00
9	1	1	0	1	3	0.75
10	1	1	0	1	3	0.75
11	1	1	1	1	4	1.00
12	1	1	1	1	4	1.00
13	1	1	1	1	4	1.00
14	1	1	1	1	4	1.00
<b>V DE AIKEN GENERAL</b>						<b>0.96</b>



✓ **Confiabilidad del instrumento**

	CH1	CH2	CH3	CH4	CH5	CH6	CH7	CH8	CH9	CH10
1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2
2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
3	4	2	1	5	3	1	2	2	1	1
4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1
5	3	1	2	4	3	1	1	2	2	2
6	4	2	2	2	2	1	1	2	1	1
7	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1
8	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1
9	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1
10	4	2	2	2	2	1	2	1	2	2
11	3	1	2	2	2	1	1	2	1	1
12	1	2	2	5	2	1	1	2	1	1
13	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
14	4	2	2	2	2	4	2	2	1	1
15	4	2	2	2	2	2	1	1	1	2
16	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1
17	4	1	1	4	2	2	2	1	1	1
18	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1
19	4	2	1	5	2	2	2	2	2	2
20	4	2	1	5	3	2	2	2	2	2
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										

### Results

#### Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

Cronbach's $\alpha$	0.826
scale	[3]

#### References

[1] The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

[2] R Core Team (2020). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. [R packages retrieved from MRAN snapshot 2020-08-24].

[3] Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.

#### Anexo 4: Cálculo del tamaño de la muestra

Valiéndose de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{z^2 pq + (N - 1) e^2}$$

Dónde:

- ♦  $n$  = Tamaño muestral
- ♦  $z$  = Multiplicador de confianza de la distribución normal para un nivel de confianza de 1,96%
- ♦  $p$  = Proporción de 0.5
- ♦  $q$  = 0.5
- ♦  $e$  = Error máximo = 5%
- ♦  $N$  = Tamaño de población = 1200

Aplicado la fórmula se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (1200)}{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) + (1200 - 1) * (0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) * (300)}{(3.8416) * (0.25) + (1199) * (0.0025)}$$

$$n = \frac{1152.48}{(0.9604) + (2.9975)}$$

$$n = \frac{1152.48}{3.9579}$$

$$n = 292$$

## Anexo 5: Autorización de la Institución en donde se aplicó la investigación



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Chimbote, 27 de julio del 2021

**OFICIO N° 174-2021-CH-HLC/DIR**

**SEÑOR:**

**MG. JORGE VARGAS LLUMPIO**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA DE POSGRADO**

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO – CHIMBOTE**

**PRESENTE. –**

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

De mi mayor consideración.

Tengo el honor de dirigirme a su digna persona, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarle que se **AUTORIZA** al Lic. Enf. **JHON ALEXANDER CRISANTO BARZOLA**, el desarrollo de la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE INTERNAMIENTO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LA CALETA, 2021", asimismo, recalcar que la información recabada para dicho estudio es eminentemente con fines académicos, los mismos que serán de absoluta confidencialidad para el grupo de estudio, a su vez, los resultados deberán ser presentados a la Institución al finalizar la investigación para los fines que se estime pertinente.

Por lo antes expuesto, se le otorga todas las facilidades del caso, con la finalidad que pueda desarrollarse sin contratiempos la respectiva investigación, salvaguardando siempre la integridad de nuestros usuarios y respetando las normas institucionales.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH  
UNIDAD EJECUTORA 404 SALUD LA CALETA  
HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE  
*Dr. Marco Antonio Montoya Cieza*  
CMP 039057  
DIRECTOR EJECUTIVO

C.c. Archivo

**Anexo 6:** Distribución de la edad de los pacientes con la especialidad de atención y el índice de comorbilidad.

Distribución de la edad de los paciente con la especialidad de atención y el índice de comorbilidad		Grupo etario de los pacientes							
		Pediátrico		Adulto joven		Adulto maduro		Adulto mayor	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	Pediatría	51	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Especialidad de atención	Medicina Interna	0	0.0	36	21.3	54	32.0	79	46.7
	Cirugía	7	9.7	33	45.8	15	20.8	17	23.6
	Ausencia	58	100.0	53	76.8	43	62.3	40	41.7
Índice de comorbilidad	Comorbilidad baja	0	0.0	12	17.4	13	18.8	37	38.5
	Comorbilidad alta	0	0.0	4	5.8	13	18.8	19	19.8

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia

**Anexo 7:** Distribución del egreso del paciente con el índice de comorbilidad y el grado de dependencia del paciente.

Distribución del egreso del paciente con el índice de comorbilidad y el grado de dependencia del paciente		Condición de egreso del paciente							
		Alta medica		Hospitalización		Retiro voluntario		Fallecido	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	Oportuna	3	2.1	45	40.9	0	0.0	3	15.8
Indicación de Hospitalización	No oportuna	62	44.0	65	59.1	11	50.0	0	0.0
	No aplicable	76	53.9	0	0.0	11	50.0	16	84.2
	Grado II	131	92.9	71	64.5	10	45.5	0	0.0
Grado de dependencia	Grado III	10	7.1	39	35.5	12	54.5	2	10.5
	Grado IV	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	89.5
Total		141	100.0	110	100.0	22	100.0	19	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia

**Anexo 8:** Distribución de las 10 primeras causas de atención en el servicio de emergencia durante el I trimestre del Hospital La Caleta, 2021.

Primeras causas de atención en el servicio de emergencias	%
▪ Signos – síntomas, y estados mórbidos mal definidos	18.42
▪ Traumatismo y envenenamiento	14.74
▪ Enfermedades del aparato respiratorio	10.24
▪ Todas las demás infecciones	9.32
▪ Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	8.10
▪ Otras enfermedades del aparato digestivo	7.03
▪ Enfermedades del aparato genito urinario	6.94
▪ Enfermedades del sistema osteomuscular	3.83
▪ Aborto y hemorragias en el embarazo, parto y puerperio	3.41
▪ Enfermedades del sistema nervioso y de los demás sentidos	4.78
▪ Otros	13.19
Total	100.0

Fuente: Oficina de estadística del Hospital La Caleta

**Anexo 9:** Distribución de la indicación de hospitalización con concordancia diagnóstica y el grado de dependencia del paciente.

Distribución de la indicación de hospitalización con concordancia diagnóstica y el grado de dependencia del paciente		Indicación de hospitalización							
		Oportuno		No oportuno		No aplicable		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Concordancia diagnóstica	Concordante	50	98.0	85	61.6	96	93.2	231	79.1
	No concordante	1	2.0	53	38.4	7	6.8	61	20.9
Grado de dependencia	Grado II	43	84.3	87	63.0	82	79.6	212	72.6
	Grado III	5	9.8	51	37.0	7	6.8	63	21.6
	Grado IV	3	5.9	0	0.0	14	13.6	17	5.8
Total		51	100.0	138	100.0	103	100.0	292	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.

**Anexo 10:** Distribución de exámenes de imágenes no disponibles.

Exámenes de imágenes no disponibles	f	%
▪ Tomografía	26	40.0
▪ Ecodoppler	15	23.1
▪ Resonancia Magnética	6	9.2
▪ Ecografía	17	26.2
▪ Otros	1	1.5
Total	65	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.



**Anexo 11:** Distribución de la disponibilidad de camas con la indicación y aceptación de hospitalización

Distribución de la disponibilidad de camas con la indicación y aceptación de hospitalización		Disponibilidad de camas en hospitalización							
		Disponible		No disponible		No aplicable		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Indicación de hospitalización	Oportuno	38	26.0	13	27.7	0	0.0	51	17.5
	No oportuno	102	69.9	34	72.3	2	2.0	138	47.3
	No aplicable	6	4.1	0	0.0	97	98.0	103	35.3
Aceptación de hospitalización	Oportuno	79	53.4	0	0.0	0	0.0	79	27.1
	No oportuno	11	7.4	29	64.4	0	0.0	40	13.7
	No aceptación	12	8.1	6	13.3	2	2.0	20	6.8
	No aplicable	46	31.1	10	22.2	97	98.0	153	52.4
Total		146	100.0	47	100.0	99	100.0	292	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la Ficha de registro sobre los factores asociados al tiempo de internamiento del paciente en el servicio de emergencia.