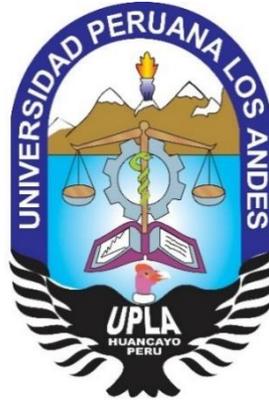


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Factores que influyen en la estancia prolongada de pacientes
del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro**

Prialé Prialé – Essalud – Huancayo 2019

Para Optar : EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA,
ESPECIALIDAD EMERGENCIAS Y
DESASTRES

Autor : M.C. JAVIER IZQUIERDO TAIPE

Asesor : MC. ESP. RICAR ROLAND RODRÍGUEZ
SÁEZ

**Línea de
Investigación** : SALUD Y GESTIÓN DE LA SALUD

**HUANCAYO – PERÚ
2020**

JURADOS EVALUADORES



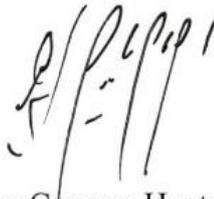
Dr. Aguedo Alvino Bejar Mormontoy
Presidente



MC. Esp. Elmer Arriengod Vasquez Egoavil
Miembro



Mc. Esp. Keila del Carmen Sanchez Camac
Miembro



Mc. Esp. Gerson German Huatuco Nonalaya
Miembro



Dra. Melva Isabel Torres Donayre
Secretaria Académica

ASESOR

M. C. Esp. RICHARD ROLAND RODRIGUEZ SAENZ

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD Huancayo por permitirme tener acceso a sus instalaciones y brindarme las facilidades para realizar la presente investigación. A los pacientes del área de emergencias, por ser la base de la presente investigación. A la Universidad Peruana Los Andes, por haberme permitido lograr mis objetivos profesionales.

El Autor

CONTENIDO

PORTADA	i
JURADOS	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
CONTENIDO DE TABLAS	ix
CONTENIDO DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Delimitación del problema	16
1.3. Formulación del problema	17
1.3.1. Problema general	17
1.3.2. Problemas específicos	17
1.4. Justificación	18
1.4.1. Teórica	18
1.4.2. Práctica	19
1.4.3. Metodológica	19
1.5. Limitaciones	19
1.6. Objetivos	20

1.6.1. Objetivo General	20
1.6.2. Objetivos Específicos	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	21
2.1.1 Antecedentes Internacionales	21
2.1.2 Antecedentes Nacionales	22
2.2 Bases teóricas o científicas definición de términos	24

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general	58
3.2 Hipótesis específicas	58
3.3 Variables	58
3.3.1 Variable independiente	58
3.3.2 Variable dependiente	59
3.4 Matriz de operacionalización de variables	60

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de la investigación	63
4.2 Tipo de investigación	63
4.3 Nivel de investigación	63
4.4 Diseño gráfico o esquemático	63
4.4.1 Ubicación geográfica y tiempo de realización	63
4.5 Población y muestra	64

4.5.1 Población	64
4.5.2 Muestra	64
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	65
4.6.1 Instrumentos de recolección de datos	65
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	66
4.8 Aspectos éticos. consentimiento informado	67
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
5.1 Descripción de resultados	68
5.2 Análisis y discusión de resultados	76
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	78
CONCLUSIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	86
ANEXO 2	88
MATRIZ DE CONSISTENCIA	88

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.	68
Tabla N° 2 Sexo De Los Pacientes Con Estancia Prolongada Del Servicio De Emergencia En El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	69
Tabla N° 3 Causas de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.	70
Tabla N° 4. <i>Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.</i>	71
Tabla N° 5 <i>Estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019</i>	72
Tabla N° 6 <i>Grupo etáreo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019</i>	73
Tabla N° 7 <i>Sexo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019</i>	74
Tabla N° 8 <i>Causas y estancia prolongada de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019</i>	75

CONTENIDO DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Grupo etéreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.	68
Gráfico N° 2 Sexo De Los Pacientes Con Estancia Prolongada Del Servicio De Emergencia En El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	69
Gráfico N° 3 Causas de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.	70
Gráfico N° 4 Grupo etéreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.	71
Gráfico N° 5 Estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	72
Gráfico N° 6 Grupo etéreo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	73
Gráfico N° 7 Sexo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	74
Gráfico N° 8 Causas y estancia prolongada de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019	75

RESUMEN

La naturaleza de la consideración clínica, del área de emergencia últimamente ha mostrado un entusiasmo increíble por evaluarla y mejorarla, pensando en ella como una necesidad de atención para satisfacer la necesidad de la población.

Una estadía prolongada en la clínica de emergencia retrasada, hace que el paciente introduzca confusiones en la clínica de emergencia, lo que aumenta el horror y la mortalidad, al igual que los costos de la clínica en activos y suministros.

La investigación culminada, difunde el tema de las variables que impactan en la permanencia de una Clínica Médica retrasada, que se realizó en la administración de Emergencias del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD - Huancayo, 2019.

Los elementos fueron los del paciente, guía social, autorizada e indicativa.

Se introducen objetivos a resolver, para surtido de información se llena un registro aplicado a los pacientes que fueron dados de alta de la administración y que tenían más de 7 días de permanencia en el hospital, que cumplieron así las reglas de consideración y rechazo.

Una vez resueltas las variables que afectaron a una clínica médica retrasada, se podrán plantear gestiones para cada una de ellas para mejorar la atención clínica médica, disminuir los costos de la clínica y así mantenerse alejado de las enfermedades intra-médica, que habitualmente conllevan hasta la muerte del paciente.

Palabras Clave: Estancia prolongada, factores.

ABSTRACT

The nature of the clinical, emergency area consideration has lately shown incredible enthusiasm to evaluate and improve it, thinking of it as a need for care to meet the need of the population.

A prolonged stay in the delayed emergency clinic causes the patient to introduce confusion into the emergency clinic, increasing horror and mortality, as well as the clinic's costs in assets and supplies.

The completed investigation disseminates the issue of the variables that impact the permanence of a delayed medical clinic that was carried out in the Emergency Administration of the Ramiro Prialé Prialé National Hospital - ESSALUD - Huancayo, 2019.

The elements were those of the patient, social guide, authorized and indicative.

Objectives to be solved are introduced, for information assortment a registry applied to patients who were discharged from the administration and who had been in the hospital for more than 7 days and who thus fulfilled the rules of consideration and rejection are filled out.

Once the variables that affected a delayed medical clinic have been resolved, arrangements can be made for each of them to improve medical clinical care, reduce clinic costs and thus stay away from the intra-medical diseases that they usually entail. until the death of the patient.

Key Words: Long stay, factors.

INTRODUCCIÓN

Señores miembros del Jurado Evaluador, con el debido respeto presento ante Ustedes la Tesis titulada: “Factores que influyen en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD – Huancayo, 2019”, con el fin de determinar los factores que influyen en la Estancia Hospitalaria del Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD – Huancayo en el Periodo 2019, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Los Andes, para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Medicina Humana.

La presente investigación, se desarrolla en Cinco Capítulos, en el Capítulo I, se desarrolla el Planteamiento del Problema, con la Descripción, Delimitación y Formulación del Problema. así como la Justificación y los Objetivos del Estudio.

A continuación, en el Capítulo II, se presenta el Marco Teórico con sus respectivos componentes. Seguidamente, en el Capítulo III, se describen las variables de la investigación, en el Capítulo IV, se presentan los componentes metodológicos como son: El Método, Tipo, Nivel y Diseño de Investigación, La Población, Muestra, Las Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Las Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos y los Aspectos Éticos de la investigación, en el Capítulo V, se presentan los Resultados de la Investigación. Además, se presentan seguidamente, el Análisis y la Discusión de los Resultados, las Conclusiones, las Recomendaciones, las Referencias Bibliográficas y los Anexos.

Por lo Expuesto; Señores del Jurado, Dios mediante espero contar con los requisitos de aprobación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática

La administración de crisis, es el organismo responsable de brindar una cuidadosa consideración clínica o clínica duradera, ideal y competente, las 24 horas del día, a cualquier individuo que se encuentre en peligro real para su bienestar o su vida (¹). Independientemente de ser uno de los propósitos esenciales del seguro social para la población, se debate sobre su capacidad, su don básico e individual, y su reconocimiento experto y escolar. En la administración de crisis hay una progresión de partes innatas y explícitas de la crisis relacionada con la salud, por lo tanto, no modificables y que deben ser aceptadas, y curiosamente, hay muchas perspectivas ajenas o incidentales, que no son normales para la crisis considerando todos los aspectos, sin embargo, verificable conectado con él, y en consecuencia posiblemente modificable, que puede ser reevaluado (¹).

Según las directrices nacionales, un paciente no debe permanecer más de 12 horas en la administración de crisis, luego de lo cual se debe caracterizar su objetivo, el paciente que amerita percepción de tiempo adicional habla de un problema genuino ya que sumerge las administraciones de crisis y afecta directamente a la naturaleza de la consideración del paciente, al igual que la expansión en la utilización de activos (⁴). Los beneficios de crisis hoy en día son de importancia primordial para el bienestar del enfoque de la junta. El

requisito de una consideración oportuna, aceptando tal consideración componentes rápidamente analíticos y restaurativos, ha sido una de las variables decisivas para el uso de crisis se ha expandido por completo (¹).

Esto, combinado con la utilización inadecuada de las crisis, en los ahorros administrados por el Gobierno y particularmente en las Clínicas de Referencia Nacionales, se refleja en la decisión de un incremento constante, en el interés por la atención en la administración de la crisis. A partir de ahora en la valoración del procedimiento de contraprestación, el cumplimiento visto por los clientes de un establecimiento o administración de bienestar es uno de los indicadores de calidad. Esta idea de cumplimiento alude a los deseos de los pacientes con la última impresión del bienestar que la administración obtuvo, y podría verse impactada por su estado de bienestar pasado, factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel social, estado conyugal, circunstancia empresarial), los atributos del proveedor de servicios humanos (calidad convincente, cantidad de datos, capacidad especializada, apertura, etc.) o tiempo de espera. (²).

Los factores de aprobación (casos no graves), los factores de ejecución (ausencia de mano de obra) y los factores de licencia (pacientes con demora en la estadía y deficiencia de camas de la clínica médica) están disponibles en la progresión de los pacientes en administraciones de crisis. No se ha encontrado información de base sobre la verdad del retraso en la administración de crisis en la nación (²).

Este examen, intenta decidir los atributos de los pacientes con larga permanencia en tratamiento en la administración de crisis durante 2017, plasmar el perfil de la población que solicita consideración clínica, distinguiendo la orientación sexual del paciente, administración o pretensión de fama con los mejores intereses, día de la semana, mes del año y tiempo bajo percepción con y sin solicitud de hospitalización. (2).

1.2. Delimitación del problema

En América Latina, el desequilibrio entre administraciones de flexibilidad y demanda de bienestar es excepcionalmente alto, mucho más en beneficios de crisis, siendo esta región la puerta fundamental a la hospitalización, generalmente cuando los pacientes se presentan en una clínica médica no hay accesibilidad de cama para llevar atención a su necesidad, y hay resultados desesperados que pueden evitarse (3). En varios países, la prolongada permanencia de pacientes en hospitalización es una dificultad que influye en el bienestar de las organizaciones especializadas, garantes y pacientes, ya que limita el límite de las clínicas médicas, aumenta los gastos laborales por la utilización indebida de los activos, influye en la naturaleza de la atención, en cuanto a seguridad tranquila (3).

La prolongación de la estancia en la clínica médica, constituye una auténtica cuestión médica, ya que conlleva el apoyo de un paciente a pesar de los cuidados posteriores a los que se dispusieron en el ejemplo principal, por lo que habría que destinar activos extra a los que estaban destinados a su consideración. La estadía en la clínica médica, es un marcador de la

competencia de la clínica médica, se dice que se retrasa cuando supera el tiempo estándar, es de 9 días, para un lugar de la clínica de tercer nivel (3).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles los factores que influyen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿A qué se denomina Estancia prolongada?
- ¿Qué factores de influencia médica existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD Huancayo?
- ¿Qué factores administrativos existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD Huancayo?
- ¿Qué factores asistenciales existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo?

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

La estancia prolongada de pacientes en hospitalización, es un problema que afecta a Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, a aseguradoras y a pacientes porque:

Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una adecuada atención en Emergencias. Como queda un resto más extenso, hay menos accesibilidad a la cama y una inmersión más prominente en los beneficios de la crisis debido a que los pacientes se mantienen firmes por cama ⁽⁴⁾.

Incrementa los gastos de trabajo por mal uso de activos. La estadía prolongada, infiere un desperdicio o abuso de recursos financieros y de recursos humanos, ya que genera gastos adicionales en cuanto a mano de obra, alimentos, suministros, utilización de hardware y utilización de activos adicionales de la clínica médica ⁽⁴⁾.

Influye en la naturaleza del cuidado, en cuanto al bienestar del paciente. La forma en que aumenta la duración de la estadía, aumenta la probabilidad de que un paciente sufra una ocasión antagónica y, en particular, de contraer enfermedades nosocomiales, que pueden provocar la muerte. Del mismo modo, la forma en que un paciente soporta una ocasión desfavorable puede provocar una expansión en la estancia médica ⁽⁴⁾.

1.4.2. Práctica

Es de gran beneficio contar con resultados, que identifique, cuáles son los factores que influyen en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -ESSALUD Huancayo, ya que esta información servirá para mejorar, reestructurar y/o cambiar aquellos variables que inciden en la Larga Estancia.

1.4.3. Metodológica

El aporte metodológico, es la utilización de instrumentos de evaluación los cuales tuvieron que pasar por el proceso de validez y confiabilidad, los mismos que podrán ser utilizados en otros estudios similares. Además, este estudio servirá para conocer el estado actual de la problemática y podrá ser citado como un antecedente de investigación en tesis similares ⁽⁴⁾.

1.5. Limitaciones

Historias clínicas con registros incompletos para obtener datos para el estudio.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la estancia prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Definir la estancia prolongada.
- Determinar qué factores de influencia médica existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -ESSALUD Huancayo.
- Determinar qué factores administrativos existen en la estancia excesiva de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD Huancayo.
- Determinar qué factores asistenciales existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD Huancayo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Estancia mayor de 6 horas, en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México hospital general regional, instituto mexicano del seguro social, ciudad de México, dio como resultado: Durante el período analizado, se encuestaron un total de 3122 registros. El intervalo de permanencia en la administración fue de 19,37 horas (DE $\pm 7,32$; IC 95% 15,67-24,8) ⁽⁵⁾.

En 1.842 pacientes (59%), se encontró una estancia superior a las 6 horas. El 52% de estos pacientes eran varones. La edad media fue de 57,23 años (de - 18,12), abrumadoramente el grupo de edad de 65 a 75 años (23,18%) ⁽⁵⁾.

El 14,7% de estos pacientes tenían entre 6-12 horas de permanencia, el 41,8% entre 13-24 horas, mientras que el 43,48% tenían más de 24 horas.

Las principales condiciones en los pacientes con estadía tardía, fueron cardiovasculares (isquemia, hipertensión, arritmias, etc.) con un 30,51% (p <0,01), seguidas por cambios hidrometabólicos (diabetes mellitus, modificaciones electrolíticas, etc.) con un 24,37%. (p <0,05) ⁽⁵⁾.

En el momento, en que la ausencia de estudios provocó una expansión en el remanente (167 casos, 9,06%), las endoscopias prevalecieron con 45 casos ($p < 0,01$), seguidas por los exámenes de TC con 38 casos ($p < 0,05$).

En cuanto a las formas, el principal impulsor de la larga estancia fue el aplazamiento del ingreso a la hospitalización con un 46,57% ($p < 0,001$), seguido por la ausencia de reevaluación por parte de la administración de crisis (28,17%)

Hablando explícitamente, del apoyo de los que esperaban ser hospitalizados, Medicina Interna se impuso con 625, seguida de Ortopedia con 114.

Hablando de la ausencia de reevaluación del paciente, por parte del personal de crisis (519 casos, 28,17%), este ganó en el turno de noche con 301 casos en 412 pacientes (73,05%), seguido por el turno de mañana con 107 casos en 624 pacientes (17,14 %) (⁵).

La ausencia de conferencia, como motivo de estancia tardía se introdujo en 233 casos (12,64%), siendo las fortalezas más mencionadas Cirugía General con (48,92%), seguida de la angiología con (20,17%) (⁵).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

GLADIS CASTILLO FRANCO, MABER LANDAURO GALLARDO, GENOVEVA VÁSQUEZ RUIZ, (Lima) Factores que

prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz, Alfredo Benavides Zúñiga, con las siguientes conclusiones: ⁽⁶⁾.

En el FINPNP "LNS" la estancia normal en la clínica de urgencias es superior al estándar normal sugerido por el MINSa. El resto normal encontrado en este estudio piloto completado en 2006 fue de 11,3 días, una cifra superior al resto normal de 11,05 días encontrado en 2005.

La demora más prolongada se encontró en las administraciones de procedimientos médicos.

Los elementos que más impactan el retraso en la estadía en la clínica son: recursos humanos inadecuados, enfermedades de la clínica intra emergencia, decepción de provisiones, propuestas de "solicitud superior" y ausencia de utilización de convenciones durante los formularios de consideración clínica, para conclusión y tratamiento.

Los hombres maduros de 45 a 64 años, con un nivel de confianza II, en la afirmación, están más inclinados a que una clínica médica permanezca más notable que nueve días.

Las patologías más generalmente relacionadas con el retraso, que permanecen en la clínica de emergencia son: infecciones del sistema sensorial, enfermedades del ojo y sus conexiones, problemas mentales y sociales, y enfermedades endocrino, saludable y metabólico.

MARIO EDMUNDO CAMACHO MEGO (Lima) Factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada de pacientes post

operados, en el hospital de emergencias pediátricas de en 2009, llego a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los pacientes atendidos eran mujeres con un 51%. Hubo una prevalencia de pacientes menores de 1 año con 32 casos, la mayoría de los pacientes atendidos tenían mielomeningocele.

El tipo de retorcido al que acudía con mayor frecuencia era la limpia con un 46%. El nivel de tiempo de hospitalización más notable se situó en el rango de 11 a 15 días. El 32% tenía contaminación clínica previa a la emergencia.

El 78% no tenía dehiscencia de lesiones laborales, la mitad no tenía una contaminación por lesiones laborales. El 1% no tenía putrefacción por lesiones laborales. El 28% tenía una fístula de pequeño volumen. Según el análisis y el tiempo de recuperación, se esperaba la tasa más elevada de ventriculitis. En el desarrollo de la lesión laboral y el estado dietético, 43 casos de 110 tuvieron un avance decente y solo 3 de 110 tuvieron dehiscencia con un estado de salud deficiente.

2.2 Bases teóricas o científicas definición de términos

LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Se caracteriza, por ser una unidad de estimación de la inmutabilidad del paciente en el sistema de hospitalización que involucra una cama en un lapso de tiempo y está determinada por el contraste entre la fecha de alta y la fecha

de afirmación. (Marcadores de Dirección Hospitalaria-Sociedad Española de Directores de Salud) (7).

Además, se caracteriza, por el número completo de días que un paciente permanece hospitalizado desde la admisión hasta el alta de la clínica médica. (Indicadores de Gestión de Clínicas Médicas - España 2010).

“Una estancia normal, se caracteriza como la unidad de estimación de la inmutabilidad del paciente en la hospitalización, involucrando una cama en la unidad de corta estancia, se determina y representa como el remanente de la clínica de urgencias. Los largos períodos de estancia normales son un indicador que cambia, según el grado de imprevisibilidad de la fundación y el tipo de administración de la clínica. Una investigación de los tiempos de estadía en la clínica de emergencia, nos permite distinguir los problemas identificados con consideración clínica. Ante la eventualidad de que un paciente haya estado hospitalizado en al menos dos administraciones, las estancias deben registrarse en la última asistencia de la que salió. Por lo tanto, mientras se determina la cantidad de tramos prolongados de permanencia, no se controla a los pacientes que aún están hospitalizados. Para decidir la cantidad de días, se contabiliza el día de paso y se evita el día de liberación. Los pacientes que entran y salen el día equivalente se consideran un día de permanencia. (Manual de Indicadores Hospitalarios Perú Minsa).” (7).

Otra idea, es la cantidad de días que se pasan en la clínica médica de un atendido liberado entre la fecha de afirmación y la fecha de liberación. Es un marcador de Gestión Hospitalaria cuya capacidad esencial, es el procedimiento

clínico autoritativo que permite mejorar la clínica médica de manera flexible a un interés por las necesidades de los servicios médicos, utilizando aparatos de administración de una manera meta, lo que permite organizar satisfactoriamente, decidir opciones y administración gerencial en un competente y conveniente. Asimismo, se considera un indicador de evaluación, ya que comprende un poderoso aparato que ayuda con la topografía y enderezar los objetivos básicos de las administraciones de bienestar. Como aparato metodológico, infiere el avance de decisiones dependientes de propiedades que deben caracterizarse con la unidad aplicada de su complemento, o no el cumplimiento de requisitos y / o consecución de objetivos (7).

Se acepta, que la efectividad de una cama que se ofrece cada día debe tener un uso razonable y adecuado para dar una consideración de calidad al paciente, en caso de que sea corta o larga, los procedimientos deben resolverse de manera deliberada. la mitad de las clínicas médicas tienen un promedio de restos de 1 a 5 días, el 30% de 6 a 10 días y el 20% durante 10 días, este indicador diferirá según lo indicado por el grado de complejidad de la clínica de emergencia y la imprevisibilidad de las patologías. piensa (7).

En el Perú en 1980, el MINSA, a través de la Oficina de Planificación Sectorial, fusiona calidades normalizadas de instrumentos y ejercicios, cuya sustancia configura punteros de productividad clínica, dentro de los cuales se encuentra el restante normal para las 4 administraciones esenciales (Medicina, Pediatría, Cirugía y Ginecología). Posteriormente, en 2001, la permanencia de la clínica médica fue vista como un marcador de calidad significativo ya que su prolongación de días infiere el despilfarro de la clínica de emergencia del

tablero, esta idea luego se extendió a las clínicas médicas de Es salud, las clínicas médicas del poder policial, los policlínicos y luego a las instalaciones privadas. Se ha indicado que un retraso en la estadía en la clínica genera mayores costos en la clínica médica en RR.HH. y los suministros aumentan el peligro de contaminación clínica intra emergencia y el gasto social para el paciente (⁸).

Fue el año 1947, en los Estados Unidos, donde se distribuyeron los principales concentrados en estadía diferida con el punto de disminuir los costos de bienestar, luego se presentaron en Francia en 1951 y posteriormente en el resto de naciones europeas y latinoamericanas.

El factor disuasorio, más importante para la utilización de la estancia como marcador de productividad, calidad o ambas, es la necesidad de considerar los atributos de los pacientes asociados con su evaluación. La estancia ideal para un paciente se basa en las cualidades del propio paciente, hasta tal punto que la estancia ideal, podría considerarse como una figura individual para cada individuo. La necesidad de crecer, permanece modificada de acuerdo con los atributos de los pacientes, ya que las pautas de exploración son fundamentales (⁸).

INDICADORES DE SALUD

Días - Estancia

Es la cantidad de días que un paciente ha estado hospitalizado. Debería contarse, cuando el paciente ha regresado en lugar de los días pacientes que se registran todos los días.

Al calcular la cantidad de tramos prolongados de permanencia, los pacientes que aún están hospitalizados no deben ser controlados (⁹).

Egreso hospitalario

Se refiere, a la huida de un paciente de la clínica de urgencias tras haber sido admitido en una asistencia.

Un alta de una clínica de emergencia o una escena de hospitalización, se caracteriza, como el retiro de un paciente de las administraciones para pacientes hospitalizados de una clínica médica. Bien puede estar vivo o muerto. No considera esta idea, intercambios interiores (comenzando con una asistencia y luego con la siguiente de una clínica médica similar), ni bebés sanos en ella. La liberación en vivo puede ocurrir por solicitud clínica, por despegue requerido por el paciente, por intercambio formal a otro medio o por la salida del paciente. Independientemente, la forma en que se da de alta al paciente se construye y se anota en su documento con la marca del especialista consciente y los observadores cuando es necesario. Los pacientes de cirugía mayor ambulatoria, también se toman como alta clínica de emergencia. Así mismo se incluyen los partos ocurridos en la clínica médica, que han sido atendidos por su propia crudeza y los que muerden el polvo en prácticamente nada de tiempo, horas o días después de su introducción al mundo en la clínica de emergencia (⁹).

Estancias de egresados

“Tiempos de 24 horas de permanencia de un paciente similar en una clínica médica o administración hospitalaria. Se revisan, hacia el final de la escena de la hospitalización, deduciendo la fecha de afirmación, de la fecha de alta. En el momento en que un paciente entra y sale el día equivalente (modelo: Cirugía mayor ambulatoria), se contabiliza un día de estancia. No considera la Estadía Bruta Promedio (EPB): se adquiere al incluir las estadías de los egresados en un período y aislar por la cantidad de egresos u escenarios de hospitalización en un período similar. En el desglose particular por causas, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), cuya estadía normal es consistentemente un día, está excluida del recuento. Es muy posible que se determine por la clínica médica, las administraciones, los motivos de afirmación, etc. Es el tiempo normal de permanencia genuina en la clínica de emergencia. Los marcadores de exhibición de la clínica de emergencia avanzada giran en torno a esta idea, intercambios internos (comenzando con una ayuda y luego con la siguiente de un Hospital similar)”.⁽¹⁰⁾.

Estancia media

Cuantifica la cantidad de largos períodos de afirmación normal, para los pacientes dados de alta de la administración de hospitalización⁽¹⁰⁾.

Promedio de permanencia

Es el número normal de días, que los pacientes permanecen en administraciones de hospitalización⁽¹⁰⁾.

Qué mide: Descubre cómo evaluar la naturaleza de las administraciones dadas y la utilización del activo de la cama.

$$\text{CALCULO} = \frac{\text{TOTAL, DE DÍAS - ESTANCIA}}{\text{NÚMERO TOTAL DE EGRESOS}}$$

ESTÁNDAR

HOSPITAL II - 1 -- 4 DÍAS. HOSPITAL II - 2 -- 6 DÍAS.
HOSPITAL III - 1 -- 9 DÍAS.

HOSPITALIZACIÓN

Administración de hospitalización, para pacientes que requieran cautela y cuidados.

Tiempo promedio de días de estancia hospitalaria

Al auditar los datos sobre este punto de vista, se descubrió que en el Manual de Servicios de Salud de México "Este marcador refleja el normal restante de pacientes en la clínica. Es un indicador de la productividad de la ordenación de las administraciones, al igual que la utilización del activo de la cama. Podría demostrar un uso incorrecto del límite objetivo, cuando los tiempos de estancia son excesivamente cortos o excesivamente largos, lo que hace que este marcador sea particularmente valioso, cuando se disecciona por condición primaria". Por ejemplo, una estadía breve para sistemas específicos (por ejemplo, áreas de cesárea), aumenta el peligro de reingresos debido a dificultades ⁽¹¹⁾.

Estándares de estancias prolongadas

En este sentido, el Dr. Mario Camacho, aclara que los tiempos de estadía demorada, se pueden medir de la siguiente manera: “Según información del IMSS, es normal que este valor esté en algún lugar en el rango de 3.96 y 4.24 días, para emergencias de segundo nivel. clínicas y en algún lugar en el rango de 5,85 y 6,41 días, para clínicas médicas terciarias ". Las pautas mundiales demuestran que la hora de permanencia en la administración de la crisis debe estar en el rango de 2 a 6 horas, como lo indica el marco construido en cada unidad clínica; en cualquier caso, se considera que hasta un 25% de los pacientes requieren un remanente más extendido en su interior ⁽¹¹⁾.

Además, aclaran que el paciente que amerita percepción durante más de 6 horas, habla de un tema genuino ya que absorbe los beneficios de la crisis y afecta directamente la naturaleza de la consideración del paciente, al igual que en la expansión en la utilización de activos. Por otra parte, muestran que, entre los impulsores fundamentales relacionados con la expansión de la estancia en la clínica de emergencia, se encuentran las patologías que por su inclinación ameritan tiempos de percepción tardíos, por ejemplo, dolor torácico, dolor estomacal, lesión brusca o entrante, muerte gastrointestinal superior, enfermedades ⁽¹¹⁾.

Diagnóstico de ingreso

Problema médico fundamental, con el que se hospitaliza al paciente en una administración de bienestar.

Diagnóstico de egreso

Problema médico principal, con el que se da de alta al paciente de una administración de bienestar.

Hospitalización innecesaria o inapropiada

“Condición aludida a casos de pacientes, cuyas pruebas demostrativas y/o restaurativas se pueden realizar en una instalación ambulatoria, o el paciente requiere hospitalización, sin embargo, en focos de menor nivel de complejidad o si hay una afirmación excepcionalmente inoportuna, al menos un día antes de la prueba, o si no hay un plan analítico o de tratamiento archivado” ⁽¹¹⁾.

FACTORES

Sigue habiendo causas que crean un número más notable de largos períodos de clínica que pueden remediarse en ocasiones ⁽¹¹⁾.

Factores propios del usuario

Causas que se identifican directamente con el individuo o el paciente, por ejemplo, enfermedades constantes.

Hay varias patologías constantes, por ejemplo, hipertensión de los vasos sanguíneos, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias incesantes, por ejemplo, fibrosis por aspiración, infección pulmonar intersticial, etc., que de alguna manera pueden provocar restos demorados, debido a la descompensación, al igual que los problemas neurológicos, por ejemplo,

pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular que, por estar postrados, pueden desencadenar úlceras de peso que, a la larga, pueden dar lugar a restos tardíos (12).

Factores sociales

Causas que se identifican con la condición familiar del paciente, por ejemplo, poca entrega o falta de compromiso con el paciente.

Se han completado estudios al respecto, por ejemplo, el realizado por Laura Loren (2011); donde decide que “los factores biopsicosociales identificados con la duración de la clínica médica permanecen en los ancianos, donde encuentra que los individuos mayores de 80 años y los individuos Quienes viven solos, o en focos sociales su estadía es más prolongada, de igual manera, con la dependencia y la cercanía de los problemas sociales, cuanto más necesitados están y mayor riesgo social tienen, más días permanece hospitalizado el paciente” (12).

De igual forma, muestra que los pacientes que tienen un estado psicológico modificado en ellos incrementan la estadía ya que están sujetos a sus familiares y un número significativo de ellos depende de ellos y no tiene un familiar que esté continuamente con ellos y eso los desanima y no los persuade para conquistar su intensa imagen (12).

Se hace referencia social a cada uno de los que suceden en un público en general, en muchas personas identificadas entre sí por ciertas cosas que comparten para todos los efectos. Son aquellas cosas que influyen en las

personas en general, tanto en el lugar como en el espacio donde se encuentran (12).

“Los determinantes sociales del bienestar se comprenden como las condiciones sociales en las que viven y trabajan los individuos y que afectan el bienestar. Los atributos sociales en los que crea la vida. Al ajustar o alterar estas condiciones, se crean cambios en la omnipresencia de enfermedades específicas y la satisfacción personal”. (12).

Factores administrativos

“Son las marcas relacionadas con la metodología de algún prerrequisito del paciente: Medicamentos controlados, gestiones diferidas para investigaciones excepcionales en otro establecimiento clínico, Interconsultas a fortalezas en otra clínica médica” (13).

Hay casos en los que, por el aplazamiento en un sistema, el paciente debe ser hospitalizado un número de días mayor al requerido, por ejemplo, mencionar una reunión clínica de un fuerte donde de vez en cuando el maestro tarda 48-72 horas en determinar la entrevista, produciendo retraso en el tratamiento persistente (13).

De la misma manera, mencionar un informe específico, por ejemplo, un Doppler de apéndice inferior donde los arreglos superan en general hasta 20 días. Provocando un retraso en la estancia (13).

Factores de ayuda diagnóstica

Causas que retrasan el examen o método en el paciente:

Suspensión de procedimiento

Algunas veces, por diferentes motivos se suspenden investigaciones específicas, consiguiendo un aplazamiento de su toma y de esta forma el paciente necesita permanecer en la clínica por un tiempo más prolongado ⁽¹³⁾.

Falta de informes de procedimientos

En algunos casos, los exámenes mencionados se toman, pero no se revelan en ese momento, y la mayor parte del tiempo se limita a 48 horas para su informe particular (13).

Demora en los resultados de laboratorio

Eso permite que el paciente, permanezca en la clínica de emergencia durante un tiempo más prolongado (ELISA de esputo BK para el VIH, etc.) (13).

INDICADORES

“Es la articulación objetivo de la ejecución a través de la conexión cuantitativa, entre 2 factores que intervienen en un procedimiento similar, siendo estas conexiones las que dan la objetividad fundamental y exacta para examinar y relevar la verdad de la conducta de los activos de la clínica de emergencia, adecuándose a la utilización del marco, la mejora y los logros de

la técnica y los proyectos, así como el efecto de las actividades de bienestar en la población de clientes de la clínica médica” (14).

Variable legítimamente cuantificable, que se cree que está relacionada con un estado directamente cuantificable.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES

Validez

Un marcador, es legítimo en la medida en que estima lo que necesita medir.

Alude al nivel de seguridad que se tiene de que el marcador refleja verdaderamente el procedimiento o resultado a evaluar.

La legitimidad, se mide mediante el ajuste entre el significado calculado de una propiedad específica y el significado operativo del puntero que se planea medir.

La delimitación de un sistema teórico de valoración es fundamental para asegurar la legitimidad de los marcadores utilizados (14).

Sensibilidad

Un puntero delicado muestra la variedad de los resultados.

Alude a la naturaleza de reflejar en sus cualidades los cambios que ocurren en la propiedad deliberada (14).

Especificidad

Un marcador, en particular incorpora solo los puntos de vista del puntero de calidad significativa.

Esta marca registrada, se malinterpreta la mayor parte del tiempo, se imagina regularmente que alude a la forma en que el marcador solo sirve para medir una característica específica (14).

En todo caso, la idea alude más bien a la forma en que la verdad captada por la estimación refleja suficientemente las consecuencias de una acción, sin obstrucción de factores externos, que se propone estimar.

Un modelo, es futuro es certificable que no es un indicador particular para la exhibición de administraciones de bienestar, ya que se ve alterado por factores ajenos a dicha administración (14).

Confiabilidad

Un puntero confiable incorpora solo topes de seguridad.

Esta cualidad refleja el vigor de la estimación, que se muestra a la luz del hecho de que arroja resultados comparativos en varias estimaciones.

El significado operativo de los marcadores y el ID de los manantiales de datos contribuyen esencialmente a la forma en que los punteros concuerdan con este rasgo (15).

Sencillez

Que sea sencillo para cada individuo involucrado, todos juntos, no producir preguntas sobre su importancia y los datos que tiene, a pesar de ser comúnmente reconocido como una estimación de la verdad que se debe estimar ⁽¹⁵⁾.

Inclusividad

Alude a la capacidad del marcador para envolver todos los segmentos del rasgo específico.

Por ejemplo, la tasa de mortalidad de la clínica médica no es un indicador completo de esto.

Oportunidad

“Los datos convenientes para el marcador deben estar disponibles en una oportunidad ideal, para que se tomen las medidas correctivas pertinentes. Este es uno de los rasgos, en los que los indicadores de resultados suelen tener casi deficiencias comparables a los marcadores de procedimiento” ⁽¹⁵⁾.

Costo y Viabilidad

A pesar de que son dos características, reflejan el requisito de que el puntero se trabaje con información existente o efectivamente adquirida, sin incluir la especulación de activos que podrían utilizarse para mejorar diferentes causas.

La naturaleza de la atención, dado que una cantidad significativa de los ejercicios realizados en una clínica médica no se puede evaluar con este resultado ⁽¹⁶⁾.

Para garantizar que los marcadores elegidos se ajusten a una gran parte de estos rasgos, es importante tener definiciones operativas exactas a partir de estimaciones y cálculos normalizados, distinguiendo inequívocamente los manantiales de datos accesibles para su cálculo ⁽¹⁶⁾.

En la atención de la clínica de emergencia, los marcadores de calidad y competencia se completan como motivo para estimar la presentación de las administraciones de bienestar que brinda o debe brindar la clínica médica y fomentan las correlaciones con la existencia ⁽¹⁶⁾.

Estos marcadores son valiosos, para examinar la eficacia de los activos cuando se comparan con los costos durante el procedimiento. Sea como fuere, para desarrollar la exploración asistencial, es importante valorar la amplitud de todos los días de permanencia en los que el paciente, aun con la necesidad de permanecer hospitalizado, podría ser tratado en servicios médicos en hábitats de diversa complejidad o en más tiempo y cuando no se le debe conceder legítimamente. En el caso principal, provoca la obstrucción de las administraciones, poniendo en peligro su objetivo de aumentar las ventajas sociales. Al fin y al cabo, la investigación de la suficiencia de la estancia puede ser útil en el plan de una técnica, para disminuir los tiempos de permanencia, ya que se considera uno de los principales determinantes de los costos directos de la clínica médica ⁽¹⁶⁾.

A pesar, de que el examen más reciente se concentró en esta perspectiva, algunas investigaciones posteriores muestran que esta intercesión de la administración en realidad no crea una expansión en la competencia sobre la base de que, aunque un día adicional de confirmación de la clínica de emergencia produce un incremento en todos los costos, estos se incrementan de manera decreciente ⁽¹⁶⁾.

“Los largos períodos de estadía normales, son un indicador que cambia según lo indique el grado de imprevisibilidad de la organización y el tipo de administración de la clínica médica. En esta línea Abraham Zonana (2011), decidió que se mantenga una clínica más prolongada en aquellas clínicas de emergencia donde no hay expertos (internista) y que la administración de la hospitalización es supervisada por amplios especialistas, generando gran parte del tiempo un aplazamiento en el análisis, metodología y tratamiento apropiado” ⁽¹⁶⁾.

En una investigación concluida, encontró una permanencia clínica de emergencia normal de 13,6 días, esto podría deberse a la comorbilidad y gravedad de la enfermedad, al debilitamiento de su utilidad, estado psicológico pasado, debilidad que son prescientes de desolación. y mortalidad ⁽¹⁷⁾.

“La variedad de este marcador tiene que ver con la administración tanto del territorio lógico, como del autoritario, en un examen realizado por Gonzales Ignacio (2009), se establece un período más destacable que los 7 días de permanencia en una encuesta de 127 historias clínicas, donde se atribuyó como impulsor fundamental a la asociación de clínicas médicas” ⁽¹⁷⁾.

Las estadías prolongadas, se consideran típicamente como marcadores de despilfarro en la clínica de los ejecutivos, sin embargo, esta relación estadía-efectividad no se articula en caso de que se considere que una estadía corta podría lograrse a partir de liberaciones inoportunas, que, a pesar de ser vistas como un problema de la calidad, podría generar un consumo más notable de los activos de la clínica de emergencia, si tales liberaciones se transforman en readmisiones ⁽¹⁷⁾.

Últimamente, se ha creado y popularizado en Estados Unidos, el supuesto Índice de Eficiencia Hospitalaria, que depende del restante y que aparentemente establece un dispositivo para identificar días evitables y hospitalizaciones dependientes de exámenes con las prácticas más efectivas en el país.

Se caracteriza un remanente social, como los que se producen entre la alta clínica y la reglamentaria por razones de tipo social, no vamos a la trascendencia de la clínica de urgencias o de la administración en la que permanece hasta salir de la clínica médica ⁽¹⁷⁾.

Alude que existe una conexión inmediata entre la prolongación de la hospitalización con la expansión de costos, el alto peligro de enfermedades clínicas de emergencia y la expansión de la mortalidad, además se postergan las estrategias demostrativas y correctivas creando confusiones comúnmente en el paciente ⁽¹⁷⁾.

“La expansión de los costos de la clínica, está obligando a la indagación para controlar esta circunstancia que ha contribuido a mejorar la organización

de la clínica de emergencia. Hay factores que se mantendrán en la construcción de la clínica de emergencia, considerando variables clínicas en las que se puede evaluar el tipo de enfermedad, comorbilidad y contaminaciones intrahospitalarias y otros componentes no clínicos donde el aplazamiento de los resultados y la metodología del centro de investigación, el aplazamiento en la anotación de las interconsultas y cuestiones regulatorias y familiares” (17).

Existen estudios, que descubren que la duración de la estadía en la clínica médica del paciente puede ser alargada por varios componentes, tanto gerenciales como sociales, sociales y clínicas demostrativas, sin perjuicio del aplazamiento en las analíticas y restaurativas. estrategias que en múltiples ocasiones conducen a dificultades en el paciente.

Estas prolongadas estancias clínicas, vienen dadas adicionalmente por las cualidades de la dolencia y la edad del paciente, tal como en un examen realizado por García (2009), quien reporta que la red provocó neumonía, que es el nivel de hospitalización más destacable en pacientes mayores Tratamiento avanzado. Sigue siendo un gasto significativo, ya que se identifica con el término de confirmación clínica médica y que, independientemente de los avances en la determinación y el tratamiento, la horrible y la mortalidad se mantienen altas en este grupo de edad (18)

En otra investigación, se construyó que entre las variables que demoran la permanencia en la clínica de emergencia en pacientes con neumonía adquirida en red, se encuentran la edad propulsada del paciente, el abuso de

licor, la neumonía anhelante, la radiación pleural enredada y el tiempo de espera. a la solidez clínica del paciente ⁽¹⁸⁾.

Algunos exámenes, han indicado la presencia de amplias variedades en el barrio, correlaciones provinciales o universales, en los ritmos de confirmaciones clínicas médicas, intercesiones cuidadosas, pruebas sintomáticas o sistemas restauradores. También se ha ilustrado la proximidad de una amplia variabilidad en la conclusión y el tratamiento de pacientes comparativos ⁽¹⁸⁾.

La parte importante de los exámenes de fluctuación, es ver si una alta utilización de las administraciones, conlleva una ventaja más notable para la población que llega a ellos, o si una baja utilización de un sistema específico condiciona una suposición más terrible. Lo importante es comprender, cuál es el ritmo de uso ideal de una ayuda en una población con atributos controlados, lo que nos permitiría asegurar que se tenga en cuenta la calidad ⁽¹⁸⁾.

“En los programas de evaluación y mejora de la atención, se ha prestado mucha atención a las distinciones observadas entre expertos y establecimientos, utilizando esta investigación como un componente significativo para evaluar el procedimiento y la consecuencia de la atención” ⁽¹⁸⁾.

Existen algunos procedimientos para disminuir la fluctuación, por ejemplo,

- Investigar la adecuación de los métodos y dispersar los resultados.
- Difundir datos legítimos sobre las secuelas de la consideración del paciente.

- Mejorar los métodos de dispersión de la prueba lógica existente.
- El reconocimiento y satisfacción de Protocolos, Guías y Modos de Práctica.

Facilidad que, al tiempo que avanza en una disminución de la variabilidad, mejorando la utilización indebida de las administraciones, provoca una expansión de los datos persistentes, al igual que una disminución del peligro de reclamos por consideración descuidada.

La información sobre los componentes y circunstancias que impactan la estancia de los pacientes en la clínica de urgencias, es un punto clave para evaluar la naturaleza de los servicios humanos. Así, desde principios del único siglo restante se ha producido una expansión de la investigación centrada en la investigación y valoración de estas variables. En Estados Unidos aumentaron las principales actividades previstas para evaluar la naturaleza de los servicios médicos. El tema central en estos sistemas, son los medios para reducir los costos sin disminuir la naturaleza de las administraciones o su disponibilidad para la población (19).

La difusión de estos métodos, ha ocurrido poco a poco, por lo que ha experimentado un desarrollo legítimo, sobre todo últimamente. Todo esto es un resultado inmediato de los increíbles pesos, que se han aplicado legítimamente en las propias clínicas de emergencia, tanto abiertas como privadas, para mejorar su competencia interna sin renunciar a la naturaleza de la atención brindada a los pacientes que les brindan alguna ayuda oportuna (19).

Se considera, que los médicos controlan con sus elecciones y actividades entre el 50 y el 80% del gasto en servicios médicos. En los EE. UU. se ha

demostrado que solo el 15% de los especialistas conocían aproximadamente el costo de una gran parte de lo que conducían. Es fundamental, que a los expertos clínicos se les enseñe el gasto de lo que hacen, una realidad que traerá una utilización razonable de los activos y, por tanto, los fondos de reserva en los costes clínicos. Independientemente, cualquier estrategia de bienestar de control de costos, debe ir acompañada de un arreglo para evaluar la naturaleza del seguro social, a fin de garantizarlo ⁽¹⁹⁾.

La administración de la hospitalización se caracteriza por una alta utilización de los activos, tanto de RRHH como de materiales e insumos, son numerosas las causas que pueden inspirar el retraso de la estancia en la clínica de urgencias: una parte de la idea del cliente, otras relacionadas con la circunstancia social del paciente y otros obtuvieron del propio marco de la clínica médica.

En algunos casos, los recursos de la clínica están restringidos y su uso sensato hará que la consideración brindada sea más convincente y competente.

En esta línea, últimamente, se están presentando ideas de competencia y seriedad en las clínicas de emergencia, lo que dinamiza la utilización de métodos enfocados en una mejor administración de los activos y una evaluación persistente del movimiento. Para completar esta evaluación, es importante saber cómo se manejan los datos, dónde se obtienen, por qué nos presentamos en ciertos marcadores y qué significan ⁽¹⁹⁾.

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Ejercicios compuestos, para dirigir y controlar una asociación equiparable a la calidad, incorpora la base de estrategia, objetivos, ordenamiento, control, afirmación y mejora de la calidad. Del mismo modo, la administración de la calidad es una parte de la capacidad general de la administración de una organización. Cuyo deber es construir la estrategia y metas de calidad y relegar obligaciones dentro de la asociación para cumplir dicha estrategia y metas. Los métodos utilizados para actualizar la estrategia de calidad y lograr los objetivos de calidad, son la organización de la calidad ⁽²⁰⁾.

“La Gestión de la Calidad, ha observado recientemente que entre el modelo de control y el modelo de afirmación existe una línea de desarrollo que va del primero al segundo. Del mismo modo, el nivel de desarrollo entre la afirmación y la junta no es tan claro, especialmente si se considera la divergencia de traducciones que existen en torno a la idea de valor de los ejecutivos. En términos generales, la idea de la junta se incorpora a la satisfacción de objetivos específicos marcados, cuando se dice que la calidad se puede supervisar, es aceptar la forma en que se puede tratar la calidad con métodos y dispositivos similares que con ciertas excepciones. Se puede aplicar a otras regiones prácticas, por ejemplo, fondo, recursos humanos” ⁽²⁰⁾.

Para comprender el final, uno debe partir de enfoques que en cierto grado no son los mismos que los de control y afirmación. En estos, el significado de valor fue simplemente comprendido para aquellas formas de creación que estaban directamente conectadas al ciclo de ensamblaje. En cuanto a los

ejecutivos, sea como sea, están incorporando todos los procedimientos de la organización, sean operativos o no, dentro del rango de calidad. Esta metodología mundial está controlada por un origen único del artículo. Aquí el efecto secundario se comprende como consecuencia de haber sido elaborado por cualquier individuo, cualquiera que sea su lugar comparable a la cadena de creación; en ese momento habrá elementos externos y elementos internos ⁽²⁰⁾.

Asimismo, forma parte de una técnica enfocada a la fidelización del consumidor, y se entiende por cliente a cualquier beneficiario de una actividad pasada, ya sea otra unidad útil (oficina, particular) o el cliente final. El objetivo del tablero es equivalente al de la confirmación: sigue buscando garantizar la calidad del artículo garantizando la naturaleza de los procedimientos. En cualquier caso, el alcance de este target ha variado en la medida en que el artículo es consecuencia de cualquier actuación de la asociación, la calidad influye en todos los trámites sin diferenciación y se sitúa a las necesidades del cliente interior y exterior ⁽²⁰⁾.

La palabra ejecutivos, familiariza otro aliciente adicional al de la afirmación, la idea de objetivo y mejora constante. Para avanzar y mejorar la propia, esta metodología requiere una disposición proactiva de autoexamen y establecimiento de objetivos duraderos. No importa haber distinguido una pifia o una ausencia de premonición para iniciar una actividad (reparadora o preventiva); Bastará con no cumplir las metas propuestas para que se pongan en marcha los instrumentos de intercesión y mejora. Entonces, el movimiento se hace a la luz del hecho de que hay desiertos, pero dado que no se están cumpliendo los objetivos propuestos ⁽²⁰⁾.

En correspondencia con esta distinción entre los ejecutivos y afirmación dependiente de metas, se debe decir, que existen marcos de confirmación de calidad (ISO 9000 es uno de ellos), que incorporan la necesidad de establecer destinos de manera ocasional. En cualquier caso, se tiende a notar que en estos marcos los objetivos establecidos generalmente se reducen a componentes cuantitativos (número de errores, reclamos, despidos, costos), y no a mejoras básicas que son difíciles de evaluar. No obstante, la administración de calidad, comprendida en este sentido, no está exenta de problemas en su uso. Dado que la calidad de la administración influye en todos los ejercicios de la asociación, la cooperación de todo el personal es absolutamente esencial en todos los niveles. Es difícil reconocer y transmitir el pensamiento del ítem en algunos procedimientos no operativos y, en algunos casos, es significativamente más difícil cuantificar la naturaleza de ese ítem inmaterial ⁽²⁰⁾.

En la actualidad, hay quienes aceptan que el hipotético modelo de valor del directorio, sólo observa su útil reconocimiento en tres estrategias, calidad absoluta, calidad, capacidad de ordenamiento y procedimiento de los ejecutivos. En cuanto a es secuencialmente anterior, la confirmación y el tablero, la enseñanza no ha cedido a cuál de ellos va antes que, al otro, y particularmente cuál es el mejor. Esta vulnerabilidad se debe principalmente a la forma en que existen pocas y diferentes interpretaciones de la idea de valorar la junta. En líneas pasadas se ha descubierto la posibilidad de la gestión como un tratamiento dependiente de un modelo que se impulsa por objetivos, que se sitúa en la fidelización del consumidor y en cada uno de los trámites internos, independientemente de que estén produciendo. En ese momento, hay una

manera de lidiar con la calidad que depende de los procedimientos administrativos actuales. En todo caso, no se debe pasar por alto que existe una parte del león doctrinal que conecta la posibilidad de gestión con una etapa previa en el desarrollo del valor. Esta traducción no reconoce la metodología mundial y el alma de mejora constante de la asociación como algo común del pensamiento de la administración. Esta parte considera que la administración de la calidad es el avance de un aforismo empresarial sin una crítica más prominente que las demás. Así, la sitúa en un plano anterior y más restringido que el de protección. Se puede recibir cierta comprensión de la idea de valor de la junta, sea cual sea la traducción adoptada, lo significativo es aplicar el modelo de manera unívoca y con cada una de sus sugerencias ⁽²⁰⁾.

LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)

“El 14 de diciembre de 1987, el Consejo Interterritorial afirmó la fundación de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD), en el lanzamiento de la clínica médica, según los reconocidos tanto por el Comité Nacional de Estadísticas de Salud de EE. UU. Como lo sugerido por la Comisión de las Comunidades Europeas en los datos básicos mínimos europeos” ⁽²¹⁾.

El CMBD, se compone de una progresión de cosas: algunos son regulatorios (fecha de nacimiento, sexo, fecha de confirmación, condición de liberación, número de historial) y otros son información clínica (análisis de principios, explicación detrás de la afirmación, hallazgos auxiliares, métodos cuidadosos y restaurativo). Todo esto es necesario para que el agrupador

considere y llegue a un GRD de una clase analítica superior y no a otro, con un árbol de elección que se beneficie de estos factores ⁽²¹⁾.

La mejora del CMBD, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha estado en línea tanto con los cambios del marco de bienestar, como con el avance de los marcos de datos de bienestar, ofreciendo ascender a la utilización de nuevos dispositivos de administración sustentados de manera viable tanto en el CMBD, como en el avance de la contabilidad explicativa o en el GRD. Desde 1991, la ejecución de dichos instrumentos para la estimación del rubro de clínica médica se ha resumido en las clínicas de emergencia del Sistema Nacional de Salud ⁽²¹⁾.

“La mejora de cada uno de ellos, tiene su punto significativo con la finalización del emprendimiento para la investigación y avance de los GRD en el SNS, avalado en la tertulia del 17 de noviembre de 1997, por los agentes de todas las Comunidades Autónomas que han trasladado el seguro social, INSALUD y el Ministerio de Sanidad y Consumo, habiendo presentado recientemente los resultados para su aprobación al Comité de Dirección del Proyecto, para su presentación al Consejo Interterritorial el 14 de diciembre de 1998” ⁽²¹⁾.

“La idea de los grupos relacionados con el diagnóstico, comienza a mediados de la década de 1960 en la Universidad de Yale. El objetivo es hacer una referencia para evaluar la naturaleza de la atención a los pacientes y la utilización de las administraciones que brindan las clínicas de emergencia. Este marco fue utilizado sin precedentes durante la última parte de la década de los

70, en la provincia de Nueva Jersey, Estados Unidos, y posteriormente sirvió para construir un marco de cuotas por parte de la Administración a las clínicas de emergencia, en vista de una suma fija según lo indicado por la DRG particular para cada paciente tratado. En 1983, este marco se utilizó para establecer por ley a nivel nacional, el marco de cuotas para las clínicas de emergencia bajo Medicare” (21).

“El logro, desde ese punto en adelante es con el objetivo final de que la mayoría de las naciones del mundo occidental, utilicen los GRD como un instrumento para evaluar el funcionamiento de sus clínicas. Los GRD se han perfeccionado a lo largo de los años y se modifican de manera eficiente según las nuevas enfermedades y los nuevos métodos analíticos y de tratamiento. Sea como fuere, el marco sigue siendo administrado por la experiencia de los Estados Unidos. Es normal y deseado, que las particularidades de los distintos marcos de bienestar mediante, los cuales se administran las clínicas de emergencia abiertas de varias naciones se reflejen en los nuevos GRD” (21).

En cualquier caso, es improbable que existan enormes contrastes entre los GRD para cuantificar la presentación de una clínica de urgencias, no se podría restringir al conteo de pacientes, sin embargo, esta técnica se destinaría a un caso sencillo, por ejemplo, una apendicectomía, un significado similar con respecto a un caso alucinante considerando las realidades actuales un corazón reubicado. Los GRD, nos permiten evaluar la enorme importancia de los distintos tipos de casos. En realidad, es la combinación de clases y la importancia de los casos lo que hace que la idea de GRD, sea un instrumento

extremadamente exitoso para una amplia variedad de procedimientos, incluida la mejora de la calidad ⁽²¹⁾.

Con respecto a la mejora de la calidad, los GRD se utilizan para reconocer los ejercicios de afirmación de la calidad. Por ejemplo, si el tiempo medio de permanencia en una clínica médica para un transporte ordinario es de cinco días, es sensato inspeccionar los medios de transporte típicos con una estadía de más de diez días para identificar, asumiendo cualquier, problemas de calidad. De esta manera, las instancias de un GRD se utilizan para normalizar un estándar; Los casos que se desvíen fundamentalmente de ese estándar pueden investigarse para decidir el motivo de la variedad. Este es el método estándar de mejora de la calidad utilizado para los procedimientos modernos y aplicado al bienestar a través de GRD ⁽²¹⁾.

Los grupos de diagnóstico relacionados, utilizan segmentos y factores demostrativos, para organizar a los pacientes en grupos en los que se puede pensar clínicamente (que tienen un fundamento clínico para los médicos), con una duración comparable de permanencia en la clínica de emergencia y utilización de activos. De esta manera, los costos de tratamiento de los casos recordados para cada GRD deberían ser comparables ⁽²¹⁾.

“Los casos se relegan a una de las aproximadamente 900 reuniones únicas (factores que dependen de la adaptación utilizada), en vista de la gravedad de la condición del paciente, y dependiendo de si se ha realizado una cirugía, la conclusión principal, la edad del paciente, cualquier condición opcional (comorbilidad) y estado de liberación clínica” ⁽²¹⁾.

La historia clínica, es el instrumento a partir del cual adquirir las informaciones que son importantes para llegar a un análisis primario, y otras opcionales que igualmente están afectando o pueden incidir en las medidas que se deben adoptar para un mejor tratamiento o atención, al igual que en las distintas Técnicas ⁽²¹⁾.

El informe de liberación, es el archivo que mejor recoge los exámenes realizados y los fines a los que llegaron en cada escenario de hospitalización. Debe estar terminado y determinar todos los métodos y complejidades. La calidad en el informe de lanzamiento afecta directamente a la naturaleza de la codificación, en esta línea se pueden cambiar las consecuencias de las cargas y GRD ⁽²¹⁾.

La codificación, es la estandarización del lenguaje verbal, transformándolo en números, permitiendo de esta manera el tratamiento de los datos, siendo completado por el código CIE, con la actualización comparativa.

“La información de la que se habla consistentemente alude a pacientes concedidos y divulgados. No reportan la actuación ambulatoria realizada en las unidades de hospitalización de día, ni reportan pruebas o discusiones extraordinarias, por lo que los fines no se pueden extrapolar. Para decirlo claramente, los datos recopilados por los GRD aluden a los pacientes admitidos y a todos los procedimientos a los que los pacientes han estado expuestos en cada escenario de hospitalización”. ⁽²²⁾.

La homogeneidad de activos de los GRD, implica que es valioso procesar el gasto clínico del tratamiento de los pacientes que tienen un lugar con un

GRD determinado. Posteriormente, esta media se puede utilizar para una variedad de propósitos. Por ejemplo, el tiempo medio de permanencia en una clínica de emergencia para un GRD determinado, es valioso como estándar o como norma. En este sentido, el gasto normal de un GRD determinado puede ser valioso como marco de pago, al igual que para la planificación ⁽²²⁾.

Utilizados como un aspecto importante de un marco de pagos, los GRD relacionan el tipo de pacientes que trata una clínica (sus diversos casos) con los costos que la clínica médica debería asumir para tratar a esos pacientes. Esto lo convierte en un sistema exitoso para observar el uso de ayuda en el entorno de una clínica médica ⁽²³⁾.

Dado que los DRG, se utilizaron generalmente como un tipo de pago a plazos y se desarrolló la atención médica, ha surgido un interés creciente en que los GRD se utilicen como una aplicación que va más allá de la utilización de gastos y activos de pago.

Se realizaron algunas adaptaciones, impulsadas de los GRD (por ejemplo, Todos los pacientes-GRD), para apuntar a pacientes con enfermedades más extremas, mayor peligro de muerte, más difíciles de tratar, visualización menos afortunada o requisitos más prominentes de mediación ⁽²³⁾.

Debido a estos avances, el GRD para todos los pacientes (AP) se utiliza ahora para:

- Comparación entre clínicas de emergencia sobre una amplia gama de activos y medidas de resultados.

- Evaluación de contrastes en los ritmos de muerte de pacientes hospitalizados.
- Ejecución y acompañamiento de convenios o ayudas solo como mejora de actividades a pesar de elementos básicos.
- Identificación de emprendimientos incesantes de mejora de la calidad.
- Pago de casos, comenzando por un lugar y luego hacia el siguiente.
- Como motivo de administración interna y organización de marcos.
- Convenio regional para la atención clínica de urgencias de pacientes hospitalizados.

Teniendo todo en cuenta, los GRD “informan sobre el tipo de pacientes encontrados en la administración, cuál es la media de permanencia para cada uno de ellos y cuál es la distinción en estancias contrastadas con los principios de cada GRD. Por tanto, conociendo los GRDs, es concebible contrastar la información y otras administraciones comparables y distinguir las cualidades y carencias. El manejo de datos, permite ver el desarrollo de las estancias, cuál es el GRD que reúne a mayor número de pacientes y cuál es su peso” (24).

El índice de complejidad Case Mix, alude a los atributos específicos interrelacionados, aunque extraordinarios, de cada paciente. Surge de la correlación de GRD entre Hospitales, con el punto de aclarar las distinciones.

Estas cualidades aluden exactamente a las que acompañan:

- Gravedad de la enfermedad. Tiene que ver con la pérdida global de capacidad y mortalidad que puede tener un paciente con una determinada enfermedad.

- Pronóstico. Alude al desenlace concluyente de una enfermedad, considerando las probabilidades de progreso o desmoronamiento como las de repetición y futuro para el paciente.
- Dificultad de tratamiento. Estos son los temas que la clínica médica pretende tratar con una enfermedad específica. Estos problemas están relacionados con enfermedades sin manifestación, dolencias que requieren estrategias problemáticas y modernas que requieren un manejo cercano.
- La exigencia de mediación relaciona los resultados en cuanto a agravamiento o gravedad, lo que crearía la necesidad o ausencia de una consideración rápida o incesante.
- El poder de los activos alude al volumen y tipo de administraciones para el análisis, tratamiento y atención de los pacientes hospitalizados utilizados para una determinada dolencia.

La estadía promedio (EM) es la proporción entre estadías y pacientes en una reunión específica de pacientes o período (media matemática de permanencia).

La estancia media ajustada por casuística, es el resto normal que habría introducido la clínica de urgencias en caso de haber tratado la sofisticación de la norma (conjunto de clínica médica utilizado como regla de correlación) con la actividad actual (EM por DRG) de la emergencia. Clínica ⁽²⁵⁾.

El peso del GRD, demuestra qué cantidad de activos de la clínica médica ha devorado una patología específica, en particular los restos. Cada GRD tiene un peso relativo relacionado con él, que es la conexión entre su costo evaluado

y el gasto normal de todos los pacientes que se encuentran en la clínica de emergencia, la red de autogobierno, el estado, etc., dependiendo del entorno tomado como una fuente de perspectiva ⁽²⁵⁾.

El marco GRD genera una carga relativa para cada GRD, dependiendo de su gasto en los Estados Unidos. El valor de 1,00 habla del gasto normal mundial del paciente estadounidense ⁽²⁶⁾.

Una carga de valor significativo 1, equivale al costo promedio de hospitalización (estándar). Una carga por encima o por debajo de 1, implica que su costo será superior o inferior al estándar individualmente (gasto normal del paciente).

A pesar de estas contemplaciones, cualquier disminución en los costos de la clínica médica tendrá sugerencias, ya que el objetivo de estos establecimientos es ampliar la medida de las ventajas ⁽²⁶⁾.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

Existen factores que influyen en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo.

3.2 Hipótesis específicas

- Existen factores de influencia médica en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé –ESSALUD - Huancayo.
- Existen factores Administrativos que influye en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD - Huancayo.
- Existen Factores Asistenciales en la Estancia Prolongada de Pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD - Huancayo.

3.3 Variables

3.3.1 Variable independiente

Factores de Influencia Médica

- Las interconsultas
- Intervenciones quirúrgicas
- N° insuficiente de camas
- Conclusión de Dx.

- Exámenes especiales
- HC Completa
- Terapéutica farmacológica

Factores administrativos

- Recursos humanos
- Trámites administrativos del paciente
- Apoyo logístico
- Tercerización del servicio
- HC antigua
- Trámites de alta
- Coordinación entre especialidades

Factores Asistenciales

- Aplicación de protocolos
- Integración del equipo de salud
- Desarrollo de docencia

3.3.2 Variable dependiente

- Estancia Prolongada
- Pacientes del servicio de Emergencia

3.4 Matriz de operacionalización de variables

	Variables	Definición	Indicador	Tipo/ escala	Instrumento	Fuente
Variables Independientes						
Factores de Influencia Médica	Las interconsultas	Es la derivación de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.	Demora para indicar y contestar las interconsultas. Si -No	Cualitativo/ Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente
	Intervencion es quirúrgicas	Es una práctica que implica la manipulación mecánica de ciertas partes del cuerpo con un fin terapéutico, de diagnóstico o de pronóstico	Demora en programar las intervenciones quirúrgicas Si - No	Cualitativo/ Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente
	Nº insuficiente de camas	Es el número de camas instaladas en el hospital en condiciones de uso, para la atención de pacientes hospitalizados y que estén ocupadas.	Nº de pacientes hospitalizados 8-10-20	Cuantitativo/ De Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Contando Nº de camas ocupadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente
	Conclusión de Dx.	Es el diagnóstico final, aportado por medios clínicos y de apoyo diagnóstico, de modo que en un proceso de atención del paciente, se descarta o confirma un diagnóstico presuntivo y se considera que el definitivo orienta el plan de tratamiento y el pronóstico del paciente.	Demora en establecer un diagnóstico definitivo. Si -No	Cualitativo/Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente
	Exámenes especiales.	Los exámenes auxiliares o complementarios proporcionan datos clínicos sobre las condiciones internas del paciente, condiciones que de otro modo son inobservables.	Demora en indicar los exámenes especiales y dar órdenes para los exámenes de laboratorio Si -No	Cualitativo/ Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente.
	HC completa	Documento médico legal en la cual se registra la información del paciente. Consta de distintas secciones en las que se deja constancia de los datos obtenidos según de qué se trate.	Demora en realizar una HC completa Si -No	Cualitativo/ Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente

	Terapéutica farmacológica	Tratamiento a base de propiedades y acción de los fármacos.	Demora en prescribir la terapéutica farmacológica. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
Factores administrativos	Recursos humanos	Conjunto de profesionales encargados de laborar para un determinado puesto	Poco Recurso Humano Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
	Trámites administrativos del paciente	Está relacionado con asesoría en cuanto a coberturas de acuerdo al origen de la enfermedad y al plan de beneficios y gestión de autorizaciones	Demora en los trámites administrativos del paciente. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
	Apoyo logístico	Es el conjunto de los medios y métodos que permiten llevar a cabo la organización de un servicio.	Déficit del apoyo logístico. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
	Tercerización del servicio	Derivación del servicio cuando en el mismo no se cuenta con lo eficiente.	Demora en la tercerización del servicio. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
	HC antigua	Documento médico legal en la cual se registra la información del paciente que anteriormente ya ingreso al Establecimiento de Salud.	Demora en conseguir la HC antigua Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al
	Trámites de alta	Momento en el cual, a un enfermo o paciente, que se encontraba internado en un hospital, recuperándose de alguna afección o accidente o bien a un paciente ambulatorio, el profesional médico que lo atiende y como consecuencia de la recuperación que su estado presenta, le permite que vuelva a su casa para continuar con su vida normal, le suspende la administración de una medicina o le dice que como su estado mejoró ya no lo tendrá que ver con la regularidad con la cual lo venía haciendo.	Demora en los trámites de alta del paciente Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente
	Coordinación entre especialidades	Intercambio propuestas, guías entre especialistas de una determinada rama.	Falta de coordinación entre las diversas especialidades médicas. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	• Entrevista al paciente. • Entrevista al personal asistencial del Servicio emergencia.

Factores Asistenciales	Aplicación de protocolos	Son documentos de este tipo que además contribuyen a normalizar la práctica, son una fuente poderosa de información al tiempo que facilita la atención a personal de nueva incorporación.	Falta de aplicación de Protocolos de atención. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista paciente. • Entrevista personal asistencial • Servicio emergencia.
	Integración del equipo de salud	Define al equipo como un grupo de profesionales que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común	Falta de integración del equipo de salud para evolución, tto. Y rehabilitación. Si -No	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista paciente. • Entrevista personal asistencial • Servicio emergencia.
	Desarrollo de docencia	Es la enseñanza e investigación en salud, en los ámbitos donde desarrolla su labor asistencial	Retención del paciente para el desarrollo de docencia e investigación. Si -No	Cualitativo/Nominal	• Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente. • Entrevista al personal asistencial del servicio de emergencia.
Variable Dependiente						
Estancia Prolongada	Estancia Prolongada	La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria. En un hospital de tercer nivel se considera estancia prolongada aquella que sobrepasa el estándar de nueve días. El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente responde a múltiples factores institucionales, patológicos y personales, entre otros.	Saturación del Servicio de Emergencia	Cualitativo/ Nominal	• Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente. • Presenciando el Servicio de emergencia.
Variable intermitente						
Pacientes del servicio de Emergencia	Nº de pacientes en el servicio de Emergencia	Es toda aquella persona que recibe algún tipo de tratamiento para salvaguardar su vida y que ocupa una cama en el servicio de Emergencia del HNRPP.	Paciente atendido en el servicio de emergencia.	Cuantitativo/ de Razón	• Cantidad de pacientes en el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista al paciente. • Presenciando y contando los pacientes en el Servicio de emergencia.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de la investigación

El método de la investigación, que se utilizó en el presente trabajo es: el descriptivo simple, ya que la variable se estudia tal como se presenta en la realidad.

4.2 Tipo de investigación

Descriptivo, prospectivo, transversal.

4.3 Nivel de investigación

El presente estudio, corresponde a un nivel descriptivo, describir los factores que influyen en la Estancia Hospitalaria tal y como se muestra en la investigación.

4.4 Diseño gráfico o esquemático

Promedio porcentual estadístico descriptivo.

4.4.1 Ubicación geográfica y tiempo de realización

El presente estudio, se realizó en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD - Huancayo con historias clínicas correspondiente al periodo 2019.

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población

Pacientes que se encuentran en el Servicio de Emergencia del Hospital Ramiro Prialé Prialé ESSALUD – Huancayo, en el periodo 23 de agosto del 2019 – 01 septiembre del 2019.

Pacientes mayores de edad, que se encontraron en condición de responder las preguntas dadas. Haciendo un total de 132.

$$N = 132$$

4.5.2 Muestra

Para caracterizar el tamaño del ejemplo, utilizaremos la ecuación adjunta, que nos permitirá decidir qué número de individuos, se deben cumplir para obtener las consecuencias del agente de la población objetivo con la precisión fundamental, haciendo una suma de 74.

Margen de error: 10%
Nivel de confianza: 99%
Tamaño de Poblacion: 132
Calcular

Margen: 10%
Nivel de confianza: 99%
Poblacion: 132

Tamaño de muestra: 74

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la población

Características de la población: criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Pacientes en condición de alta, vivos, durante el período de estudio en el Servicio de Emergencia del Hospital Ramiro Prialé Prialé ESSALUD - Huancayo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes fallecidos y que no se encuentren en condición de responder al cuestionario durante el período de estudio en el Servicio de Emergencia del Hospital Ramiro Prialé Prialé ESSALUD - Huancayo.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que se encuentran en los diferentes servicios del Hospital Ramiro Prialé Prialé ESSALUD - Huancayo. Excepto el servicio de Emergencia.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó, a partir de la tabulación de respuestas obtenidas a partir de los instrumentos:

Análisis e interpretación de Datos de tipo descriptivo.

La Recolección de datos es a través del Servicio de Emergencias, de las historias clínicas de emergencias y mediante el monitoreo hecho,

a través de las evoluciones en la práctica diaria en Servicio de Emergencia.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La técnica va a centrarse en la ficha de recolección de datos y en la colaboración de profesionales médicos, internos de medicina, personal administrativo, y estadísticos que colaboran en el proyecto.

Los datos fueron procesados en una matriz elaborada en el programa estadístico SPSS V 25, teniendo en cuenta el tipo de variables, la escala de medida, las etiquetas de valor para cada categoría de respuesta, así mismo también se utilizó el Excel a fin de realizar el diseño gráfico de la información.

La técnica va a centrarse, en la ficha de recolección de datos y en la colaboración de profesionales médicos, internos de medicina, personal administrativo, y estadísticos que colaboran en el proyecto.

La validez y confiabilidad de instrumentos, fue aprobado por juicio maestro, siendo el instrumento sustancial según lo indicado por la prueba binomial aplicada al juicio maestro ($p = 0.01991$) y confiabilidad ($K \rightarrow R = 0.20$).

Los análisis descriptivos, a realizarse fueron las tablas de frecuencia simple y mixta, además se elaboró gráficos de columnas y gráficos agrupados a fin de representar visualmente la información obtenida.

4.8 Aspectos éticos. consentimiento informado

Se aseguró el respeto hacia el humano, la personalidad, la variedad variada, la oportunidad, el privilegio de la autoconfianza instructiva, la clasificación y la protección de las personas involucradas en el procedimiento de examen.

Existió una apariencia de voluntad educada, libre, inequívoca y explícita, a través de la cual los individuos como sujeto de exploración o propietario de la información participan en la utilización de los datos para los fines particulares establecidos en los emprendimientos de fiscalización.

La información recopilada fue para la utilización selectiva de examen, garantizando en consecuencia el secreto y la seguridad de los datos. Por otra parte, se garantiza que durante esta exploración no se causarán daños físicos o mentales a ninguna persona interesada en la investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla N° 1 Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	
	N°	%
Adulto	15	20.3%
Adulto Mayor	28	37.8%
Anciano	31	41.9%
TOTAL	74	100%

La tabla nos permite identificar que, el 41.9% de pacientes que se encuentran en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, son ancianos, el 37.8% son adultos mayores y el 20.3% son adultos.

Gráfico N° 1 Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD, 2019.

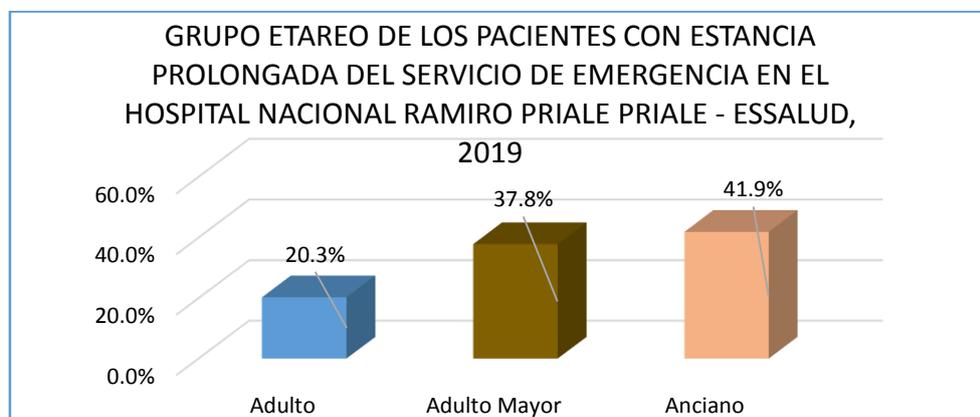


Tabla N° 2 Sexo De Los Pacientes Con Estancia Prolongada Del Servicio De Emergencia En El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

SEXO	FRECUENCIA	
	N°	%
Femenino	42	56.8%
Masculino	32	43.2%
TOTAL	74	100%

La tabla nos permite identificar que, el 56.8% de pacientes que se encuentran en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, son del sexo femenino y el 43.2% son del sexo masculino.

Gráfico N° 2 Sexo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

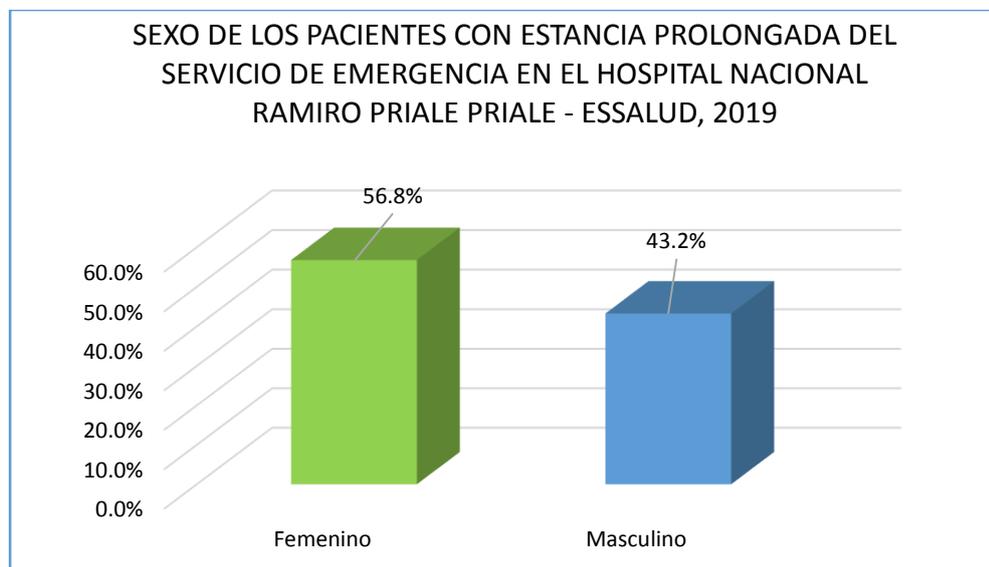


Tabla N° 3 Causas de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

CAUSAS	FRECUENCIA	
	N°	%
Dolores severos	15	20.3%
Enfermedades Graves	18	24.3%
Accidentes	38	51.4%
Descuido de su salud	3	4.1%
TOTAL	74	100%

La tabla nos detalla las causas por las cuales los pacientes del estudio se encuentran en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, mostrándonos que el 51.4% son por accidentes y solo el 4.1% por descuido de su salud.

Gráfico N° 3 Causas de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

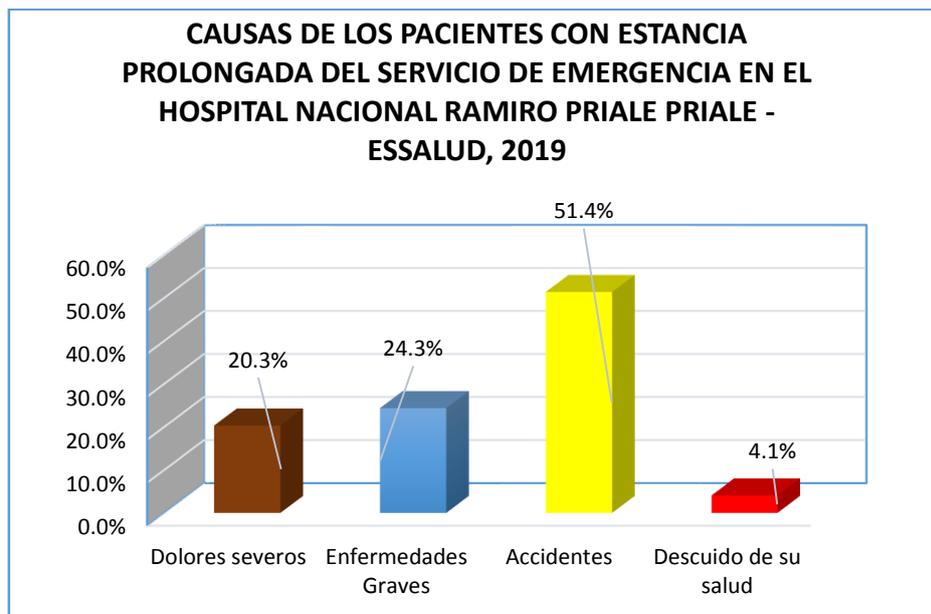


Tabla N° 4. Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

CAUSAS	FRECUENCIA	
	N°	%
Una semana	18	24.3%
Dos semanas	19	25.7%
Tres semanas	27	36.5%
Cuatro semanas	10	13.5%
TOTAL	74	100%

La tabla nos permite identificar la estancia prolongada de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, notándose que el 36.5% tienen una estancia prolongada por tres semanas y solo el 13.5% es de cuatro semanas.

Gráfico N° 4 Grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

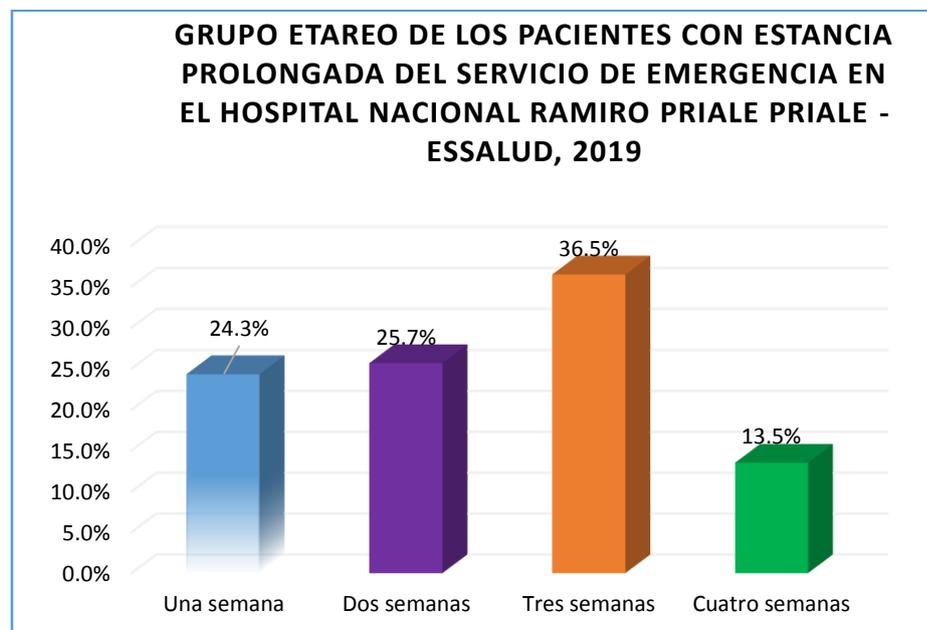


Tabla N° 5 Estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

ESTANCIA HOSPITALARIA	FRECUENCIA	
	N°	%
Mayor al promedio	35	47.3%
Menor al promedio	39	52.7%
TOTAL	74	100%

Se puede ver en esta tabla que el 52.7% de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, tienen una estancia prolongada menor al promedio y un 47.3% es mayor al promedio.

Gráfico N° 5 Estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019.

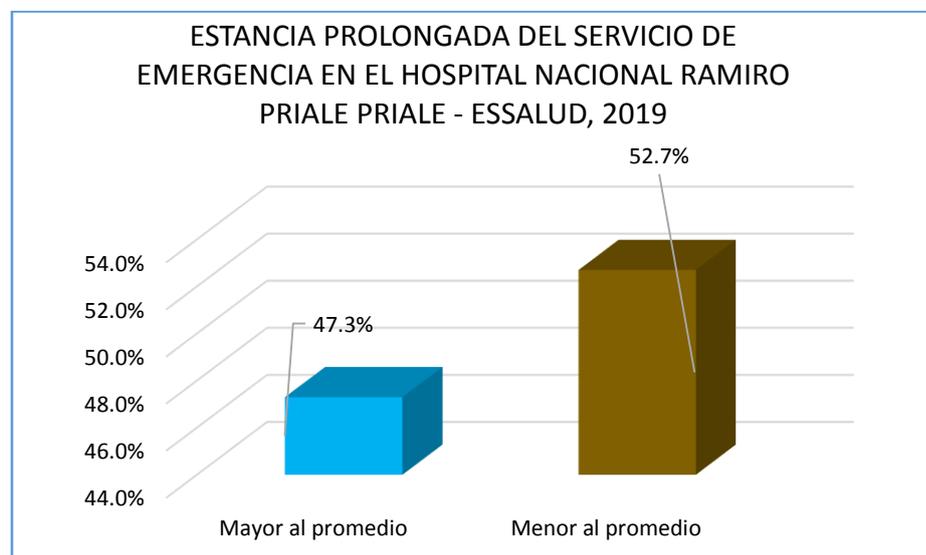


Tabla N° 6 Grupo etáreo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

GRUPO ETAREO	ESTANCIA PROLONGADA				TOTAL	
	MAYOR AL PROMEDIO		MENOR AL PROMEDIO			
	N	%	N	%		
Adulto	5	6.8%	10	13.5%	15	20.3%
Adulto mayor	12	16.2%	16	21.6%	28	37.8%
anciano	18	24.3%	13	17.6%	31	41.9%
	35	47.3%	39	52.7%	74	100.0%

Se obtiene en la tabla que el 24.3% de los pacientes en estudio son ancianos teniendo una estancia hospitalaria mayor al promedio; diferenciándose de los adultos y adultos mayores cuya estancia prolongada es menor al promedio en 13.5 y 21.6% para cada caso.

Gráfico N° 6 Grupo etáreo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

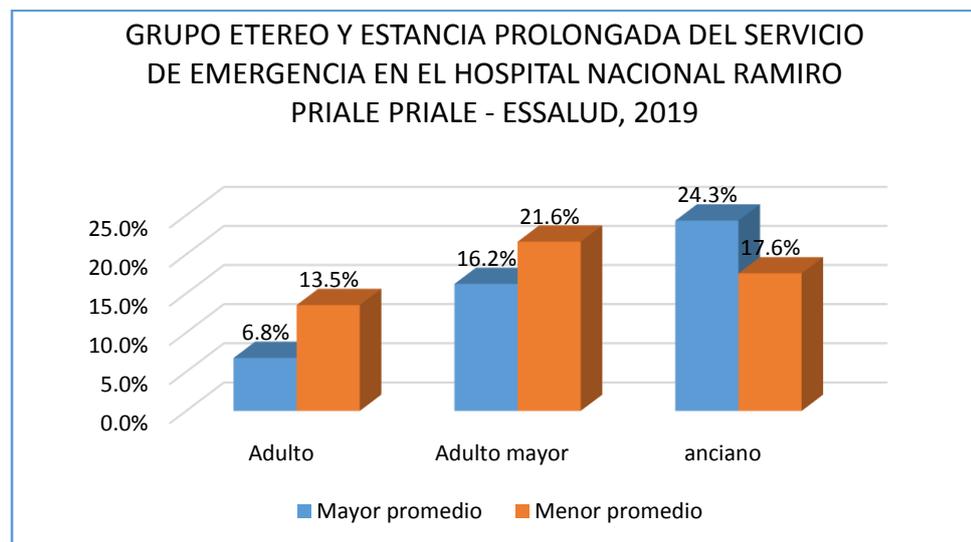


Tabla N° 7 Sexo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

GRUPO ETAREO	ESTANCIA PROLONGADA				TOTAL	
	MAYOR AL PROMEDIO		MENOR AL PROMEDIO			
	N	%	N	%		
Femenino	20	27.0%	22	29.7%	42	56.8%
Masculino	16	21.6%	16	21.6%	32	43.2%
	36	48.6%	38	51.4%	74	100.0%

La tabla 07 nos permite determinar que el 29.3% de los pacientes en estudio son del sexo femenino y que tienen una estancia prolongada menor al promedio.

Gráfico N° 7 Sexo y estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

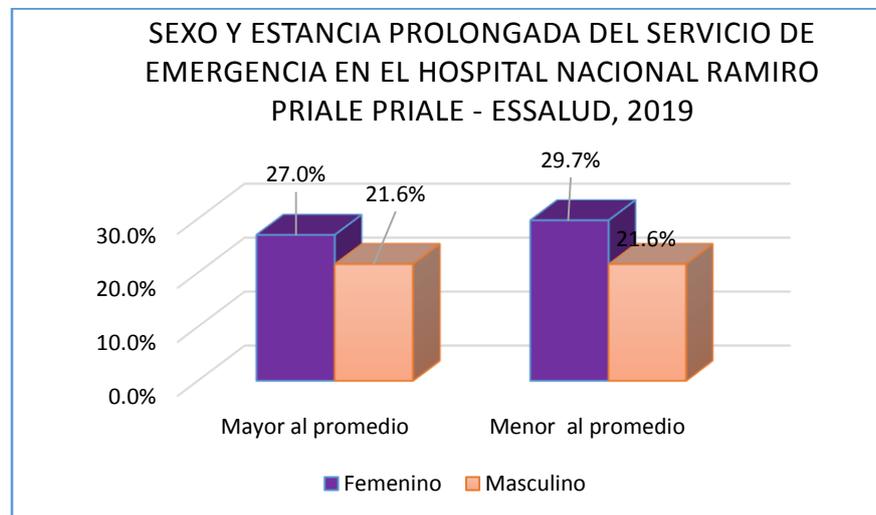


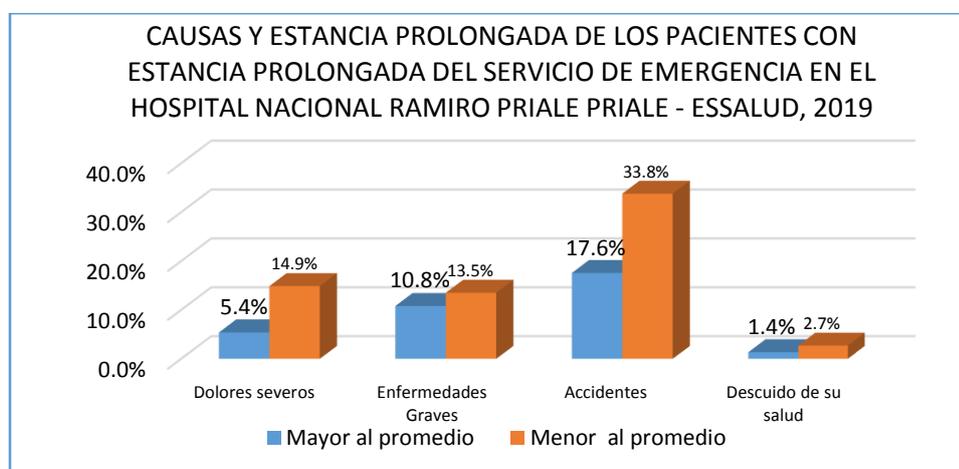
Tabla N° 8 Causas y estancia prolongada de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - Essalud, 2019

GRUPO ETAREO	ESTANCIA PROLONGADA				TOTAL	
	MAYOR AL PROMEDIO		MENOR AL PROMEDIO			
	N	%	N	%		
Dolores severos	4	5.4%	11	14.9%	15	20.3%
Enfermedades Graves	8	10.8%	10	13.5%	18	24.3%
Accidentes	13	17.6%	25	33.8%	38	51.4%
Descuido de su salud	1	1.4%	2	2.7%	3	4.1%
TOTAL	12	35.1%	21	64.9%	74	100.0%

Las causas no influyen en la estancia hospitalaria de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.

Se identifica en la presente tabla, que el 33.8 % de pacientes del presente estudio que tienen como causa el cuadro de su enfermedad presentan una estancia prolongada menor al promedio.

Gráfico N° 8 Causas y estancia prolongada de los pacientes con estancia prolongada del servicio de emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD, 2019



5.2 Análisis y discusión de resultados

TABLA N° 1

La presente tabla, clasificamos los pacientes por grupo etario aquí nos permite identificar que el 41.0% de pacientes que se encuentran en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, del presente estudio son ancianos, el 37.8% son adultos mayores y el 20.3% son adultos.

TABLA N° 2

En esta tabla, hemos clasificamos los pacientes por sexo donde se determina que el 53.3% de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo del presente estudio 56.8% son del sexo femenino y el 43.2% son del sexo masculino.

TABLA N° 3

Esta tabla, nos muestra las Causas por las cuales los pacientes en estudio en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, tienen una estancia prolongada encontrando que el 51.4% es por accidentes propias del paciente, el 24.3% por enfermedades graves y solo el 4.1% por descuido de la salud.

Aquí, podemos observar que los accidentes asociadas a los pacientes que prolongan la estancia prolongada están en un primer lugar y en segundo lugar por otras enfermedades graves.

TABLA N° 4

La tabla, nos permite identificar el periodo de estancia de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de

Huancayo, observándose que la mayor cantidad de pacientes 36.5% (27) tuvieron una estancia de tres semanas y un 25.7% (19) de dos semanas.

TABLA N° 5

Se puede identificar en esta tabla, que el 52.7% de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, tienen una estancia hospitalaria menor al promedio y un 47.3% mayor al promedio.

TABLA N° 6

Esta tabla, se determina que el 24.3% de los pacientes en estudio son ancianos teniendo una estancia prolongada mayor al promedio.

TABLA N° 7

La tabla, nos permite determinar que el 29.7.0% de los pacientes en estudio son del sexo femenino y que tienen una estancia prolongada menor al promedio. Este resultado determina que el sexo no influye en la estancia prolongada de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.

TABLA N° 8

Se nota en la presente tabla, que las causas en relación a la estancia hospitalaria influyen en la estancia prolongada, el 51.4% fueron por accidentes propia del paciente, el 24.3% fueron por enfermedades graves en el estudio del paciente.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Diversos trabajos de investigación, han mostrado realidades diferentes, sobre todo cuando se trata de Factores que influyen en la Estancia Prolongada de Pacientes en el Servicio de Emergencia, debido a los diferentes enfoques, sobre su manejo; sin embargo, en la región Junín se vive una realidad diferente, en todos los niveles de salud y más aún por ser un hospital referencial donde se realizó este trabajo de investigación.

Se analizaron 74 casos de pacientes que ingresaron al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo, con diferentes diagnósticos durante el periodo del 09 de agosto del 2019 al 23 de agosto del 2019, de los cuales fueron ingresados al servicio de emergencia.

En otros estudios, se encontró que la estancia global fue de 6.83 días, pero el 40 por ciento de los pacientes estuvieron menos de 3 días hospitalizados. Esto tiene relación aproximada con estudios que señalan estancia hospitalaria en los casos fue 28.9+o- 20.4 días.

Los factores de riesgos, que producían una mayor estancia hospitalaria se relacionaron con infecciones, demostrando que existe, a su vez, una asociación significativa entre el desarrollo de infecciones nosocomiales con: estancia prolongada en el servicio (mayor de 6 días), catéter central por un período mayor de 15 días, ventilación mecánica con duración mayor de 4 días administración de fármacos bloqueadores de la producción de ácido gástrico, alimentación parenteral y antimicrobianos de amplio espectro con duración mayor de diez días.

Lo primero en llamar la atención, es la gran cantidad de pacientes que con estancia en urgencias > 6 horas ingresan al servicio de urgencias del Hospital Regional 25, que es más del doble de lo reportado en unidades de Estados Unidos y España.

El grupo de edad, de la población con incremento en la estancia hospitalaria es similar a lo reportado por otras revisiones y esto suena lógico, al ser esta población precisamente la portadora de mayor cantidad de enfermedades crónico degenerativas, cuyas agudizaciones requieren mayor cantidad de protocolos de atención y consumo de recursos, llegando con esto a saturar la torre de hospitalización.

Relacionado a esto, está el que las patologías cardiovasculares e hidro metabólicas sean las asociadas a mayor periodo de estancia hospitalaria, debiendo recordar que precisamente estas entidades son las que predominan en la población derechohabiente de nuestra unidad.

Aunque en algún momento, pudiera ser entendible por las diferencias en recursos y programas asistenciales, resulta injustificable que no se haya contemplado el ajuste de los mismos para responder a las características propias de nuestras unidades, en donde día a día se incrementa la cantidad de población mayor de edad con sus necesidades y enfermedades características.

El hecho de que el 43.8% de los pacientes con estancia elevada tuvieron más de 24 horas de hospitalización es preocupante, ya que estos tiempos son comparables solo para los servicios de hospitalización en torre médica, como sería

Medicina Interna y Cirugía; quedando muy por encima de los indicadores internacionales para servicios de emergencias.

Si bien es cierto, que la principal causa de este incremento en la estancia pudiera no ser atribuible al propio servicio de Emergencias sino a la lenta movilización de pacientes en los diferentes servicios de hospitalización, es de considerar el hecho de que la segunda se refiera a falta de seguimiento por parte del personal del propio servicio de urgencias, principalmente en el turno nocturno. En este sentido será necesaria la realización de estudios más precisos para determinar si esto fue secundario a la sobrecarga de pacientes, falta de personal médico o algún tipo de desviación en la actividad asistencial del personal, características de los turnos afectados.

Al ser el servicio de emergencias, un área que en muchas ocasiones requiere de valoraciones por diferentes especialidades y subespecialidades, y que en muchas ocasiones un retraso en realizar las mismas impide o retrasa notoriamente la determinación de un diagnóstico o plan terapéutico, esto resalta principalmente en las especialidades de tipo quirúrgico (Cirugía General, Angiología, Urología, etc.); pudiéndose llegar a comprometer el pronóstico del paciente al retrasar en ocasiones el establecer un plan diagnóstico o terapéutico óptimo.

Lo mismo sucede con muchos de los estudios de gabinete (Endoscopia, Ultrasonografía y Tomografía), en donde en muchas ocasiones son primordiales para una decisión sobre el paciente y cuyo retraso en realizarse puede ser debido a diferentes motivos (carencia de personal, material, reactivos, sobrecarga de trabajo, etc.).

Finalmente, la estancia prolongada en los servicios de emergencias puede influir negativamente no solo en el consumo de recursos del servicio de urgencias, sino principalmente, en la evolución y pronóstico de los pacientes.

Será necesarios desarrollar políticas de actuación tendientes a resolver los factores que se ven involucrados en este fenómeno y que, como es posible apreciar, en gran parte solo requieren ajuste en algunos de los procesos.

CONCLUSIONES

- El 56.8% de la población en estudio son del sexo femenino y grupo etario corresponde al paciente anciano.
- La principal causa para una estancia prolongada del paciente son los accidentes fortuitos, el cual es el 51.4%.
- El grupo etáreo de los pacientes con estancia prolongada es de tres semanas que representa el 36.5%:
- El grupo etáreo anciano es el que presenta un mayor porcentaje para tener una estancia prolongada el cual representa el 24.3%.
- El sexo femenino es el que presenta una mayor estancia prolongada el cual representa el 56.8% del total de pacientes del servicio emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD, 2019.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcalá, M y Colaboradores. Factores de riesgo asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada. España: 2015.
2. Ángeles, U. Estimación de la estancia adicional en pacientes con infección hospitalaria. México. 2009
3. Bernal, E “Factores asociados con la estancia media hospitalaria prolongada en pacientes con Neumonía por el virus de la gripe AH1N1”. España: 2010.
4. Ceballos, T y Colaboradores. Duración de la estancia hospitalaria. Metodología para su intervención. Colombia: 2014.
5. Curino, W y Colaboradores. Indicadores de Gestión y Evaluación hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA”. Perú: 2013.
6. Elorza, M () Argentina. Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. Perú: 2009.
7. Facila, L. Factores relacionados en la duración de la estancia en pacientes con IAMSEST. España: 2012.
8. Frias, A y Colaboradores. Causas de estancia prolongada en el área de hospitalización de la Clínica Higea IPS.S.A. Colombia: 2012.
9. García. Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. España: 2009.

10. García, C. Optimización el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad. España: 2009.
11. Gonzales, I. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en un hospital. España: 2009.
12. Hernández, Y. Comportamiento de Factores relacionados con la estadía hospitalaria en ancianos con neumonía extra hospitalaria. Cuba: 2015.
13. Huapaya Caña YA. Factores asociados a larga estancia hospitalaria en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora en el año 2015. (Tesis de grado de Medicina). Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017. 66
14. Hurtado, G Y Colaboradores. Incidencia y repercusión clínico-económica y clasificación de la desnutrición hospitalaria. México: 2013.
15. Leiva, A. Factores predictores de días de hospitalización en pacientes con ictus. España: 2011.
16. Loren, I. Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores. España: 2011.
17. Lorena, S. Procesos Medico-Administrativo en hospitalizados y prolongación de la estancia. Colombia: 2015.
18. Maiqui, F y Colaboradores. Indicadores de la Gestión Hospitalaria. Venezuela: 2014.
19. Moreno, D. Indicadores de gestión hospitalaria. España: 2010.

20. Ospina, J. Características de la hospitalización en el servicio de medicina interna del hospital San Rafael de Tunja. Colombia: 2009.
21. Román, J. Evaluación de las estancias inadecuadas en un servicio de cardiología. España: 2009.
22. Saina, M. Las pruebas de imagen reducen las estancias hospitalarias. España: 2010.
23. Tamargo Barbeito TO., Jiménez Paneque RE., Gutiérrez Rojas AR., Mora Díaz I. Estadía hospitalaria ajustada para evaluar la eficiencia en un servicio de medicina interna. Revista Cubana de Medicina. 2009; 48.
24. Tello, T. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un Hospital General de Lima Metropolitana.” Perú: 2011.
25. Vesga, A. Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. Colombia: 2015.
26. Zapatero, G. Acontecimientos adversos causados por medicamentos en pacientes ingresados en medicina interna. España: 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Fecha de ingreso:

Fecha de alta:

Estancia hospitalaria:

Diagnóstico de ingreso:

.....

.....

.....

Diagnóstico de egreso:

.....

.....

.....

Causas que motivaron una estancia prolongada mayor a 7 días.

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE SE INDICADOR RES	METODOLOGIA
<p>FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA PROLONGADA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ - ESSALUD - HUANCAYO 2019</p>	<p>Problema General ¿Cuáles los factores que influyen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿A qué se denomina Estancia prolongada? • ¿Qué factores de influencia médica existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -ESSALUD Huancayo? • ¿Qué factores administrativos existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD HUANCAYO?? • ¿Qué factores asistenciales existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD HUANCAYO? 	<p>Objetivo General Determinar los factores que influyen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir la estancia prolongada. • Determinar qué factores de influencia médica existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -ESSALUD Huancayo. • Determinar qué factores administrativos existen en la estancia excesiva de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD HUANCAYO. • Determinar qué factores asistenciales existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD Huancayo. 	<p>Hipótesis General Existen factores que influyen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen factores de influencia médica existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé -ESSALUD HUANCAYO. • Existen factores Administrativos que influye en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé - ESSALUD HUANCAYO. • Existen Factores Asistenciales existen en la estancia prolongada de pacientes del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD Huancayo. 	<p>Variable Independiente: Factores de Influencia Médica</p> <p>Factores administrativos</p> <p>Factores Asistenciales</p> <p>Variable Dependiente: Estancia Prolongada</p> <p>Pacientes del servicio de Emergencia</p>	<p>Método de la Investigación Método Descriptivo.</p> <p>Tipo de Investigación: Descriptivo, prospectivo, transversal.</p> <p>Nivel de investigación: Nivel Descriptivo</p> <p>Población: Pacientes que se encuentran en el Servicio de Emergencia del Hospital Ramiro Prialé Prialé ESSALUD – Huancayo, 132 pacientes.</p> <p>Muestra: Para caracterizar el tamaño del ejemplo, utilizaremos la ecuación, haciendo una suma de 74.</p> <p>Técnica e instrumentos de recolección de datos: La técnica es la encuesta y el instrumento un cuestionario. Para el procesamiento de datos se empleará el programa Excel</p>

