



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, 08 de mayo de 2018

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Los suscritos:

Edwin Fernando Espinosa Artunduaga con C.C. No. 1.075.214.892 y Daniela Muñoz Rivera, con C.C. No. 1.053.824.235 autores del trabajo de grado titulado Estancia hospitalaria prolongada (EHP) en el servicio de observación urgencias adultos del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo - HUHMP presentado y aprobado en el año 2018 como requisito para optar al título de Especialista en epidemiología; autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Edwin Fernando Espinosa Artunduaga

Daniela Muñoz Rivera

Vigilada Mineducación



<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 3</b>
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:** Estancia Hospitalaria Prolongada (EHP) en el servicio de observación urgencias adultos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo – HUHMP

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Espinosa Artunduaga	Edwin Fernando
Muñoz Rivera	Daniela

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Santofimio Sierra	Dagoberto

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Especialista en Epidemiología

**FACULTAD:** Salud

**PROGRAMA O POSGRADO:** Especialización en epidemiología

**CIUDAD:** Neiva

**AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2018 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 74

**TIPO DE ILUSTRACIONES** (Marcar con una X):

Diagramas \_\_\_ Fotografías \_\_\_ Grabaciones en discos \_\_\_ Ilustraciones en general X Grabados \_\_\_  
Láminas \_\_\_ Litografías \_\_\_ Mapas \_\_\_ Música impresa \_\_\_ Planos \_\_\_ Retratos \_\_\_ Sin ilustraciones \_\_\_  
Tablas o Cuadros X

**SOFTWARE** requerido y/o especializado para la lectura del documento: Ninguno.

Vigilada mieducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional [www.usco.edu.co](http://www.usco.edu.co), link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



**MATERIAL ANEXO:** Instrumento de medición y aprobación comité de bioética

**PREMIO O DISTINCIÓN** (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**

**Español**

1. Estancia Hospitalaria
2. Observación Urgencias
3. Factores administrativos
4. Factores del personal de salud
5. Factores de usuario y familia

**Inglés**

- Prolongada Extended hospital stay  
Emergency Observation  
Administrative factors  
Factors of the health personnel  
User and family factors

**RESUMEN DEL CONTENIDO:** (Máximo 250 palabras)

**Introducción:** La estancia hospitalaria prolongada es un tema de preocupación para las entidades de salud, puesto que limita la capacidad administrativa y financiera de los hospitales, como es el caso de las demoras en el acceso de los pacientes a una cama hospitalaria, el aumento de costos de operación por el uso inapropiado de los recursos y la calidad de la atención en términos de seguridad del paciente.

**Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con enfoque analítico, basado en la revisión de la historia clínica de los pacientes que ingresaron al servicio de observación adultos en el (HUHMP) durante mes de agosto de 2017. Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, sexo, procedencia y régimen de administradora, así como los diagnósticos clínicos y los factores administrativos, asistenciales y del usuario que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** El promedio general de estancia fue de 83.94 horas, con una desviación estándar  $\sigma=100,93$ , el grupo etario que mayor prolongación de estancia fue el de los pacientes  $\geq 65$  años en razón a la condición clínica, 164 pacientes presentaron más de un factor causal (49.8%), lo cual



evidencia que los factores intrínsecos del paciente no excluyen la ausencia de fallas administrativas o asistenciales en el proceso.

**Conclusiones:** La estancia hospitalaria para la población estudiada se ve afectada por la edad, las condiciones intrínsecas del paciente y por factores administrativos y asistenciales.

**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

**Introduction:** Prolonged hospital stay is a matter of concern for health entities, since it limits the administrative and financial capacity of hospitals, as in the case of delays in patient access to a hospital bed, the increase in operating costs for the inappropriate use of resources and the quality of care in terms of patient safety.

**Objective:** To identify the factors that influence the prolongation of the hospital stay in the adult observation service at the HUHMP during the month of August 2017.

**Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with an analytical approach, based on the review of the history Clinic of Patients Who entered the Adult Observation Service in EI (HUHMP) During August of 2017. Sociodemographic variables were studied as Age, sex, origin and Regime of administrator, as well as Clinical Diagnostics and Administrative, care factors and of the user that influence the prolongation of the hospital stay.

**Results:** The general average of stay was 83.94 hours, with a standard deviation  $\sigma = 100.93$ , the group that most prolonged the stay of the hospital stay. a causal factor (49.8%), which shows that the intrinsic factors of the patient do not exclude the absence of administrative or assistance failures in the process. Conclusions: The hospital stay for the studied population is affected by age, the intrinsic conditions of the patient and by the administrative and assistance factors.

**APROBACION DE LA TESIS**

Nombre Presidente Jurado: Dolly Castro Betancourt

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA (EHP) EN EL SERVICIO DE  
OBSERVACIÓN ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO - HUHMP

EDWIN FERNANDO ESPINOSA ARTUNDUAGA  
DANIELA MUÑOZ RIVERA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA  
NEIVA -HUILA  
2018

ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA (EHP) EN EL SERVICIO DE  
OBSERVACIÓN ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO - HUHMP

EDWIN FERNANDO ESPINOSA ARTUNDUAGA  
DANIELA MUÑOZ RIVERA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
Epidemiología

Asesor  
DAGOBERTO SANTOFIMIO SIERRA  
Médico Magíster en VIH Sida  
Doctorando en epidemiología y salud pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA  
NEIVA – HUILA  
2018

Nota de aceptación:

Aprobado mediante Acta de Sustentación  
No. 003 del 11 de mayo de 2018

---

---

---

---

  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, mayo del 2018

## DEDICATORIA

Lo que nace con amor,  
dedicación y trabajo mancomunado  
logra producir buenos resultados

Daniela  
Edwin



## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores presentan sus agradecimientos:

A todas las personas que hicieron posible el desarrollo del presente trabajo de grado, en especial al Doctor Dagoberto Santofimio Sierra, asesor epidemiológico, líder del comité de infecciones y Epidemiólogo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

A los docentes de la especialización en epidemiología quienes contribuyeron con su conocimiento en la formación académica y profesional de los autores.

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, por la disposición para acceder a la información, lo cual permitió la realización del estudio.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. OBJETIVOS	22
4.1 OBJETIVO GENERAL	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
5. MARCO TEÓRICO	23
5.1 GENERALIDADES Y DEFINICIONES	23
5.1.1 Estancia hospitalaria	23
5.2 FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL SALUD	24
5.2.1 Aplicación de protocolos	24
5.2.2 Conducta diagnóstica	24
5.2.3 Interconsulta	24
5.2.4 No oportunidad en ayudas diagnósticas y laboratorios	26
5.2.5 Programar intervención	26

	pág.
5.2.6 Trabajo en equipo	26
5.3 FACTORES DE USUARIO Y FAMILIA	27
5.3.1 Falta de red de apoyo familiar	27
5.3.2 Complicación intrahospitalaria	27
5.3.3 Falta de recursos económicos por parte de la familia	27
5.3.4 No adherencia al tratamiento	27
5.3.5 Tipo de enfermedad	28
5.4 FACTORES ADMINISTRATIVOS	28
5.4.1 No disponibilidad de cama hospitalaria	28
5.4.2 Administración hospitalaria	29
5.4.3 Fases del proceso de atención	29
5.4.4 Eventos adversos	30
5.5 GRUPOS RELACIONADOS DIAGNÓSTICOS	30
5.6 CLASIFICACIÓN TRIAGE	31
5.7 MARCO CONTEXTUAL	31
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
7. DISEÑO METODOLÓGICO	39

	pág.
7.1 TIPO DE ESTUDIO	39
7.1.1 Estudio de corte transversal	39
7.2 ÁREA DE ESTUDIO	39
7.3 POBLACIÓN	40
7.3.1 Muestra	41
7.3.2 Criterios de inclusión y exclusión	41
7.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN	41
7.4.1 Sesgo de medición	42
7.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	42
7.6 INSTRUMENTO	42
7.7 PRUEBA PILOTO	43
7.8 FUENTES DE INFORMACIÓN	43
7.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	43
7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
8. RESULTADOS	49
9. DISCUSIÓN	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

70

## LISTA DE TABLAS

	pág
Tabla 1. Capacidad instalada en el servicio de observación adultos	39
Tabla 2. Capacidad instalada en el servicio de hospitalización	40
Tabla 3. Resultados, productos esperados y potenciales beneficiarios	46
Tabla 4. Generación de nuevo conocimiento	47
Tabla 5. Impactos esperados a partir del uso de los resultados	47
Tabla 6. Grupos relacionados diagnósticos por grupos etarios	50
Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes y su relación con la estancia hospitalaria prolongada	52
Tabla 8. Clasificación de triage y tiempo de estancia hospitalaria prolongada	53
Tabla 9. Condición del paciente al egreso de acuerdo a la clasificación triage	53
Tabla 10. Factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017	54

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Proporción de pacientes atendidos por especialidades del servicio de urgencias en el HUHMP, durante el mes de agosto de 2017	51
Figura 2. Horas de estancia hospitalaria por grupos etarios	56
Figura 3. Relación entre la estancia hospitalaria prolongada y la edad del paciente	57
Figura 4. Intersección de los factores de prolongación de estancia hospitalaria	58
Figura 5. Prolongación de estancia hospitalaria y diagnósticos clínicos	59

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento de recolección	71
Anexo B. Aprobación comité de bioética	73



## RESUMEN

**Introducción:** La estancia hospitalaria prolongada es un tema de preocupación para las entidades de salud, puesto que limita la capacidad administrativa y financiera de los hospitales, como es el caso de las demoras en el acceso de los pacientes a una cama hospitalaria, el aumento de costos de operación por el uso inapropiado de los recursos y la calidad de la atención en términos de seguridad del paciente. De acuerdo con los indicadores de productividad, el servicio de Observación Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), presenta un promedio de estancia de 83,94 horas, lo cual es alto, teniendo en cuenta que los pacientes en ésta área no deben superar las 6 horas.

**Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con enfoque analítico, basado en la revisión de la historia clínica de los pacientes que ingresaron al servicio de observación adultos en el (HUHMP) durante mes de agosto de 2017. Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, sexo, procedencia y régimen de administradora, así como los diagnósticos clínicos y los factores administrativos, asistenciales y del usuario que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** El promedio general de estancia fue de 83.94 horas, con una desviación estándar  $\sigma=100,93$ , el grupo etario que mayor prolongación de estancia fue el de los pacientes  $\geq 65$  años en razón a la condición clínica, 164 pacientes presentaron más de un factor causal (49.8%), lo cual evidencia que los factores intrínsecos del paciente no excluyen la ausencia de fallas administrativas o asistenciales en el proceso. El factor usuario y familia es la primera causa que influye en la prolongación de estancia hospitalaria, siendo el tipo de enfermedad, el apoyo de la red familiar y la falta recursos para el pago de egreso los aspectos de mayor predominio, en cuanto a los factores administrativos se evidencia que la principal causa que está relacionada con la prolongación de estancia es la no disponibilidad de cama (35.2%).

**Conclusiones:** La estancia hospitalaria para la población estudiada se ve afectada por la edad, las condiciones intrínsecas del paciente y por factores administrativos y asistenciales.

**Palabras claves:** Estancia Hospitalaria Prolongada, Observación Urgencias, Factores administrativos, Factores del personal de salud, Factores de usuario y familia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prolonged hospital stay is a matter of concern for health entities, since it limits the administrative and financial capacity of hospitals, as in the case of delays in patient access to a hospital bed, the increase in operating costs due to inappropriate use of resources and the quality of care in terms of patient safety. According to the productivity indicators, the Emergency Observation service of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital (HUHMP), presents an average stay of 83.94 hours, which is high, taking into account that patients in this area should not exceed 6 hours.

**Objective:** To identify the factors that influence the prolongation of hospital stay in the adult observation service in the HUHMP during the month of August 2017.

**Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with an analytical approach, based on the review of the clinical history of patients admitted to the Adult Observation Service (HUHMP) during August 2017. Sociodemographic variables such as age, sex, origin and administrator regime, as well as the clinical diagnoses and the administrative, care and user factors that influence the prolongation of the hospital stay.

**Results:** The general average of stay was 83.94 hours, with a standard deviation  $\sigma = 100.93$ , the age group with the longest prolongation of stay was that of patients  $\geq 65$  years because of the clinical condition, 164 patients presented more than a causal factor (49.8%), which shows that the intrinsic factors of the patient do not exclude the absence of administrative or assistance failures in the process. The user and family factor is the first cause that influences the prolongation of hospital stay, being the type of disease, the support of the family network and the lack of resources for the payment of discharge aspects of greater predominance, in terms of factors administrative data it is evident that the main cause that is related to the extension of stay is the unavailability of bed (35.2%).

**Conclusions:** The hospital stay for the studied population is affected by age, the intrinsic conditions of the patient and by administrative and assistance factors.

**Keywords:** Extended Hospital Stay, Emergency Observation, Administrative factors, Factors of the health personnel, User and family factors.

## INTRODUCCIÓN

La estancia hospitalaria prolongada es un tema de preocupación para las entidades de salud, puesto que limita la capacidad administrativa y financiera de los hospitales, como es el caso de las demoras en el acceso de los pacientes a una cama hospitalaria, el aumento de costos de operación por el uso inapropiado de los recursos y la calidad de la atención en términos de seguridad del paciente. De acuerdo con los indicadores de productividad, el servicio de Observación Urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), presenta un promedio de estancia de 83,94 horas, lo cual es alto, teniendo en cuenta que los pacientes en ésta área no deben superar las 6 horas. Se concluye que la estancia hospitalaria para la población estudiada se ve afectada por la edad, las condiciones intrínsecas del paciente y por factores administrativos y asistenciales.

## 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la actualidad la estancia hospitalaria prolongada es un tema de preocupación para las entidades de salud, puesto que limita la capacidad administrativa y financiera de los hospitales, como es el caso de las demoras en el acceso de los pacientes a una cama hospitalaria, el aumento de costos de operación por el uso inapropiado de los recursos que afectan la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente.

La estancia hospitalaria prolongada, identificada de ahora en adelante con la abreviatura (EHP) es definida como un indicador de calidad del cuidado otorgado a los pacientes en las unidades de segundo y tercer nivel de complejidad que se mide en la atención (1).

Para el presente trabajo de grado se realizó la búsqueda de los antecedentes en diferentes motores de búsqueda tanto en idioma inglés como en español, basados en los términos estancia hospitalaria prolongada (Length of stay), en el servicio de observación urgencias (emergency service, hospital) en pacientes adultos (adults).

De esta manera, en el ámbito internacional se encontraron tres referentes que aportan a la comprensión de esta problemática. El primer artículo titulado “Análisis de los factores que influyen en la duración de la estancia en el servicio de urgencias”, tiene como objetivo identificar y cuantificar los principales intervalos de tiempo de atención de los pacientes en el servicio de urgencias y medir el impacto de procesos de servicios como pruebas de laboratorio, imágenes y consulta entre otras, en la duración de la estancia hospitalaria en pacientes de diferentes niveles de triage (2).

El segundo artículo lleva por nombre “Aglomeración en el servicio de urgencias y su relación con eventos adversos en el hospital: un estudio de cohorte observacional prospectivo”. Esta investigación parte del supuesto que el hacinamiento en el servicio de urgencias se relaciona con la adquisición de eventos adversos. De esta manera, esta investigación busca establecer la asociación entre el hacinamiento en el servicio de urgencias y su relación con el riesgo de muerte, la morbilidad intrahospitalaria y la prolongación de la estancia hospitalaria (3). Dentro de las conclusiones del estudio se indica que el hacinamiento en el servicio de urgencias está asociado con mayor tiempo de hospitalización de los pacientes, más no con el aumento de la mortalidad.

El tercer referente es un estudio transversal titulado “Estancia Mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de segundo nivel de la ciudad de México (4)” en esta publicación se resalta las variables edad, tipo de patología y valoración por subespecialidad como los factores relacionados con la prolongación de estancia, en cuanto a la edad, señala que los pacientes mayores de 65 años permanecieron mayor tiempo en el servicio, así mismo refiere que los principales padecimientos en los pacientes con estancia prolongada fueron del tipo cardiovascular (isquemia, hipertensión, disrritmias) seguido de alteraciones hidrometabólicas (diabetes mellitus, alteraciones electrolíticas).

A nivel nacional se hallaron dos artículos relevantes para el presente estudio, el primero lleva por título “Duración de la estancia Hospitalaria. Metodologías para su intervención”, en este estudio los autores enumeran las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia y las metodologías de logística hospitalaria más aplicadas para su estudio y mejoramiento (5). Las conclusiones de la anterior investigación muestran la necesidad de agrupar la población por grupos diagnósticos y de esta manera establecer la diferencia entre prolongación relacionada a condiciones propias del paciente o factores administrativos.

El segundo estudio se titula procesos médico – administrativos en hospitalizados y prolongación de la estancia realizado en el Hospital San José de Bogotá, Colombia. Éste estudio concluye que la EHP debe considerarse un indicador de calidad, monitorizarse en forma sistemática y ser considerada como trazadora en los procesos de calidad de esta institución, así como evaluar los costos tanto directos como indirectos asociados con la EHP, para aportar información objetiva en el control de los recursos (6).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La estancia hospitalaria prolongada (EHP) es considerada una problemática que afecta a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), puesto que genera efectos negativos como el aumento en los costos, la deficiente accesibilidad a los servicios hospitalarios, la saturación de urgencias y el riesgo de ocurrencia de eventos adversos (5).

El área de urgencias es uno de los servicios que registra estancias prolongadas debido a múltiples causas que la originan. De acuerdo con Ceballos - Acevedo y colaboradores, los factores comúnmente encontrados que prolongan la estancia en los hospitales son la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, la situación socio - familiar y la edad del paciente entre otros (5).

La EHP es un problema que se presenta con frecuencia en las instituciones hospitalarias (6), por tanto, se debe monitorear para garantizar calidad en la prestación de servicios de salud, uso eficiente de los recursos y de esta manera, evitar la ocurrencia de eventos adversos, reducir los costos de no calidad y propender por la seguridad del paciente.

Según los estándares internacionales el tiempo de estancia de un paciente en el servicio de urgencias debe oscilar entre 2 y 6 horas (4). En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social considera la estancia prolongada en urgencias cuando el paciente sobrepasa el estándar de 6 horas (7).

De acuerdo con el proceso de atención en el servicio de urgencias adultos y pediátricas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HU-HMP) “todo paciente que supere las 6 horas de observación en el área de urgencias y no haya sido trasladado a piso u otro servicio debe tener orden de hospitalización” (8), siendo éste el parámetro para el actual estudio.

Con base en lo expuesto anteriormente se plantea como pregunta de investigación la siguiente: ¿Cuáles son los factores que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017?

### 3. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HU-HMP) es una institución de III nivel que ofrece servicios de salud de mediana y alta complejidad, brinda atención de consulta médica especializada y sub especializada, servicio de urgencias, cirugía, hospitalización, servicios ambulatorios como laboratorio clínico, imagenología, unidad de alto riesgo obstétrico, mamografía, gastroenterología, cancerología, unidad renal, unidad cardiovascular y unidades de cuidados intensivos (UCI adultos, UCI Gineco – Obstétrica, UCI neonatal, UCI pediátrica) (9).

Actualmente el HU-HMP se encuentra adelantando el proceso de acreditación que busca garantizar altos estándares de calidad en los procesos administrativos y asistenciales de la institución.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en todo proceso de calidad es la atención en salud, de este modo, la estancia hospitalaria como indicador de eficiencia de la atención hospitalaria debe ser medido y evaluado periódicamente, dado que la prolongación de estancia tiene efectos negativos como el incremento de la morbimortalidad, la disminución del recurso cama y el aumento en los costos (5).

Como parte de las estrategias de evaluación es oportuno implementar mediciones que permitan el mejoramiento continuo y así mismo dar cumplimiento a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

De esta manera, el actual estudio aportará información sobre los factores relacionados con la prolongación de estancia de los pacientes adultos que ingresan al servicio de observación urgencias, con el fin de disponer de un reporte de la situación en el área de urgencias y las dificultades identificadas con relación a la atención de los pacientes.

En otras palabras, la presente investigación aspira proporcionar una descripción de las variables que intervienen en la prolongación de estancia de los pacientes adultos, lo cual contribuirá a conocer la magnitud del problema y del mismo modo generar acciones que permitan el mejoramiento continuo de la atención en el área de urgencias.

Por último, dentro de las exigencias del Ministerio de salud y Protección Social toda institución hospitalaria que tenga dentro de sus objetivos la acreditación y



habilitación debe incluir mediciones permanentes de estudios o seguimiento a los procesos de los indicadores clínicos y administrativos para articularse con los planes de mejoramiento existentes en la institución.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP en el mes de agosto de 2017.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficas de los pacientes que prolongan estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

Determinar el promedio de estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

Describir los factores intrínsecos del paciente, asistenciales y administrativos que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

Estimar las posibles asociaciones entre la prolongación de estancia hospitalaria y las variables sociodemográficas, factores intrínsecos del paciente, asistenciales y administrativas en el servicio de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 GENERALIDADES Y DEFINICIONES

La decisión de dar de alta al paciente corresponde exclusivamente al médico tratante, del oportuno diligenciamiento de las ordenes médicas escritas y del trabajo articulado entre el personal de salud depende que el paciente egrese de la institución, por otra parte hay procedimientos diagnósticos o tratamientos que podrían realizarse de manera ambulatoria una vez indicada el alta hospitalaria (10).

**5.1.1 Estancia hospitalaria.** La estancia hospitalaria es el indicador más utilizado para medir eficiencia en la gestión sanitaria, se obtiene a través del promedio de las horas o días de estancia, que permanece un paciente hasta su egreso del hospital(10).

El tiempo de estancia hospitalaria depende de varios factores como son el tipo de pacientes admitidos, la eficiencia de las unidades de diagnósticos y tratamiento, la morbilidad atendida, el grado de severidad de la enfermedad y sus complicaciones(11).

La estancia prolongada se puede presentar por múltiples causas, entre ellas al inadecuado diagnóstico o tratamiento, a demoras en la autorización por parte de la EPS, a problemas de organización en el trabajo médico y/o tardanzas en el suministro de medicamentos, entre otros(12).

Para obtener el mejor desempeño de este indicador se han planteado estrategias para la reducción del tiempo de estancia, mediante la identificación de los grupos de pacientes que prolongan estancia, lo que puede servir para planificar adecuadamente los cuidados que se deben administrar a los pacientes, así como en la disminución de la morbimortalidad(13)(14).

La prolongación de estancia, ya sea por causas administrativas, asistenciales o personales del paciente, genera costos de estancia y terapéuticos a las instituciones prestadoras de salud, de esta manera, una estancia hospitalaria de menor duración representa un uso eficiente de los recursos, mientras que estancias más largas indican un uso inadecuado de recursos o reflejan problemas en la capacidad resolutoria del hospital(15), que finalmente se manifiestan con el índice de rotación o giro-cama(16).

En la duración de la estancia hospitalaria hay factores administrativos, del personal de salud y del usuario y familia que intervienen en su prolongación, a continuación, se hará exposición de cada uno de los factores en mención.

## **5.2 FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL SALUD**

Se destacan factores propios relacionados con el criterio, competencia médica y la conciencia con respecto a la estancia del paciente en el hospital, lo cual se traduce en la no pertinencia de la atención a la hora de generar el alta una vez conseguido el propósito de la hospitalización, traducido en falta de un diagnóstico claro al ingreso y admisión prematura de pacientes (10).

**5.2.1 Aplicación de protocolos.** Este factor es exclusivo a la institución y sus colaboradores en lo relacionado con la elaboración, actualización, implementación o adopción de Guías de Práctica Clínica y protocolos con base en la mejor evidencia científica disponible, teniendo en cuenta que las recomendaciones pueden cambiar y modificarán la atención del paciente en determinadas circunstancias. El debate también debe centrarse en si las pautas, cuando se incorporan a la práctica, mejorarán o empeorarán la atención(17).

Se destaca la importancia de la capacidad, habilidad y experiencia del médico, así como el uso de buenas guías clínicas para evitar estadías hospitalarias prolongadas o inadecuadas (17).

**5.2.2 Conducta diagnóstica.** De acuerdo con lo planteado por el Ministerio de Salud, la definición de conducta “Debe ser racional, suficiente, integral y acorde con el POS y las Guías de Práctica Clínica Basadas en evidencia, comprende los aspectos de terapia farmacológica, terapia no farmacológica e instrucciones educacionales al paciente” (7).

**5.2.3 Interconsulta.** De acuerdo a los protocolos internos del HUHMP toda interconsulta debe generar una nota de evolución teniendo en cuenta que la atención al paciente debe estar adherida a las normas, guías de práctica clínica institucionales, protocolos, políticas, modelo de atención y demás documentación establecida, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones establecidas en la circular interna institucional:

- La conducta propuesta debe ser socializada con el médico tratante y ser informada al personal de enfermería.
- Las subespecialidades son interconsultantes y no asumirán funciones de especialidades tratantes, por lo tanto, la especialidad de base debe valorar el paciente hasta el momento de su egreso.
- La respuesta de interconsulta de especialidad presencial solicitadas en observación adulto o pediatría es de 3 horas. En caso de interconsulta con especialidades disponibles la respuesta es de 8 horas.
- Para el servicio de Hospitalización se ha definido un tiempo máximo de 24 horas a partir de la solicitud de interconsulta, exceptuando cuando se trate de una Urgencia vital, la cual está contemplada seguidamente.
- Triage 1: atención inmediata, por lo que las especialidades básicas presenciales como Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Anestesia darán soporte inmediato mientras acude la especialidad solicitada en un tiempo de respuesta no mayor a 30 minutos. Esto aplica en el servicio de Hospitalización, cuando el usuario se reagudiza y se convierte en URGENCIA VITAL.
- Triage 2 y 3 conforme a los tiempos definidos en el Triage se darán 2 horas adicionales de gabela para la atención especializada. Igualmente aplica la atención básica inmediata dada por las especialidades presenciales.
- Triage 4 y 5 es manejo por consulta externa donde no aplica el procedimiento de interconsulta.

Se generan demoras en los casos en donde solicitándose oportunamente una interconsulta a la especialidad, no hay atención y respuesta por parte de esta, lo cual genera un plan de manejo repetitivo hasta su definición, en otros casos, aun cuando la especialidad responde a la interconsulta esta respuesta no es suficiente, racional o no completa el acto médico con ayudas diagnósticas, prescripciones, incapacidades, etc. lo cual origina consultas complementarias para suplirlas (7).

**5.2.4 No oportunidad en ayudas diagnósticas y laboratorios.** Una vez establecidos los procesos clínicos de atención de acuerdo a la evidencia científica, los criterios de la matriz de análisis, la historia clínica se pueden presentar fallas administrativas en el momento de autorización de estas solicitudes, preparación inadecuada de pacientes o la no oportunidad en la entrega e interpretación de los resultados de las ayudas diagnósticas impide definiciones en el proceso asistencial, favoreciendo el deterioro de su cuadro clínico. El uso de imágenes de diagnóstico y pruebas de laboratorio se puede asociar con periodos de estancia hospitalaria más largo, variando con las pruebas específicas ordenadas(2).

**5.2.5 Programar intervención.** Introducen demoras en la toma de decisiones terapéuticas o diagnósticas, la demora de resultados, interconsultas pendientes, pruebas diagnósticas, estas situaciones se producen con más frecuencia en los servicios de cirugía general por problemas generados en la preparación del paciente, valoraciones preoperatorias y programación (10) (18).

**5.2.6 Trabajo en equipo.** La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son esenciales en la prestación de los servicios de salud, esta se ve reflejada en la atención segura del paciente y en una atención médica oportuna.

El trabajo en equipo entre los profesionales de la salud mejora la seguridad del paciente (19), de esta manera, una gran proporción de errores prevenibles en los hospitales son atribuidos a la falta de trabajo en equipo y fallas en la comunicación (20).

Según una encuesta realizada en 2010 en los Estados Unidos, tanto los médicos como los pacientes refieren que cuando hay una comunicación efectiva entre el personal de salud el tratamiento médico es más efectivo (21).

## **5.3 FACTORES DE USUARIO Y FAMILIA**

**5.3.1 Falta de red de apoyo familiar.** El apoyo familiar es un aspecto importante para la evolución satisfactoria de los padecimientos de salud de los pacientes, de este modo, la falta de acompañamiento familiar contribuye a mayores tiempos de estancia hospitalaria, como es el caso de la ausencia de cuidadores que faciliten apoyo moral y emocional, o en los casos donde el paciente por su estado de gravedad ingresa sin familiares, de la misma manera situaciones en la que los familiares no aceptan recibir el alta, aunque el hospital no cuente con indicaciones de continuar el manejo institucional (6).

Se ha demostrado que el apoyo social, entendido como el apoyo familiar o por parte de cuidadores, mejora los resultados de salud para adultos mayores en varias áreas, incluida la salud mental (22).

**5.3.2 Complicación intrahospitalaria.** De acuerdo con los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente del ministerio de protección social, hace referencia al daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (23).

**5.3.3 Falta de recursos económicos por parte de la familia.** Debido al tipo de población que ingresa a la institución y considerando que son de estratos 1 y 2, régimen subsidiado, la falta de recursos económicos para la compra de medicamentos, el pago de los análisis y exámenes especiales para los familiares son factores que retardan el egreso hospitalario (18), represando de esta manera el servicio de urgencias y afectando la estancia hospitalaria.

**5.3.4 No adherencia al tratamiento.** Una vez el acto médico ha sido definido, se ha generado correctamente la prescripción y se cumplen todos los lineamientos establecidos por el POS para la entrega de medicamentos, no hay oportunidad en la entrega de estos (7), de igual manera una vez dado de alta el paciente con la totalidad de fórmulas médicas, no se adelanta oportunamente la gestión de autorizaciones o falta de cumplimiento del paciente con las instrucciones impartidas por el equipo de salud en lo relacionado con el manejo de la patología, resultando en un aumento de los reingresos hospitalarios.

**5.3.5 Tipo de enfermedad.** Uno de los factores de prolongación de estancia hospitalaria son los factores intrínsecos de los pacientes, como por ejemplo el tipo de enfermedad, en el estudio realizado por Benavides la estadía prolongada (mayor a nueve días) tiene relación con las patologías, encontrándose relación entre la Clasificación CIE10 y la condición del paciente, dado que dentro de las edades de 15 - 44 años las enfermedades del ojo y sus anexos son más frecuentes en el sexo masculino, las enfermedades endocrinas - nutricionales y metabólicas tienen mayor incidencia en el sexo femenino entre las edades de 45-64 años, las enfermedades del sistema nervioso se dan con mayor predominancia en el sexo masculino entre las edades de 45-64 años (18).

## **5.4 FACTORES ADMINISTRATIVOS**

Dentro de los factores que prolongan la estancia se encuentran la atención brindada por parte del personal de salud, ésta se relaciona con el criterio y competencia médica en el momento de ingresar el paciente como, por ejemplo: no generar el alta una vez conseguido el propósito de la atención en salud, fallas en el diagnóstico y admisión prematura (10).

**5.4.1 No disponibilidad de cama hospitalaria.** La gestión de cama hospitalaria constituye una preocupación para los equipos de salud, puesto que es un elemento prioritario, debido a la variedad de necesidades de los pacientes y dotación con la que cuentan las instituciones; entendiendo que cama disponible es aquella que se encuentra instalada en condiciones de uso y de habilitación para atender a los pacientes internados, de acuerdo a su patología.

La cama hospitalaria es el recurso más importante de una institución entorno a la cual giran todos los servicios, la no disponibilidad ocasiona estancias prolongadas, el aumento de riesgos de eventos adversos y mortalidad.

Cuando la estancia se prolonga se genera un problema de salud teniendo en cuenta que mantener un paciente con cuidados posteriores a la atención, mayor a los planeados en un principio, incrementa el gasto en salud en detrimento de la calidad.

De esta manera, el recurso cama es clave en la medición de la eficiencia hospitalaria, dicho concepto de estándares adecuados de la estancia hospitalaria, así como la indicación de las causas que originan las estancias inadecuadas, son instrumentos que contribuyen al buen manejo de los recursos existentes a través de



la disminución de capacidad ociosa, optimizando la disponibilidad de las camas, indicador relevante para el mejoramiento de la eficiencia hospitalaria y la calidad de la atención.

**5.4.2 Administración hospitalaria.** La evidencia señala que la (EHP) está asociada a la “eficiencia en la interacción del servicio de hospitalización con otros servicios del hospital como son los tiempos de respuesta de los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y de transferencia de pacientes entre servicios” (5).

**5.4.3 Fases del proceso de atención.** El Proceso de atención que se desarrolla en la consulta médica se debe dar en cuatro fases secuenciales lógicamente desarrolladas interrelacionadas, a través de las cuales se debe desarrollar la “corroboración iterativa de una hipótesis” que deben darse con la mayor oportunidad y sin desperdicio de recurso:

**Fase 1: Obtención de la Información:** proceso de recolección de Información mediante el cual el médico genera una base de datos útiles para el análisis y resolución del cuadro clínico: anamnesis, examen físico, revisión de sistemas, así como la utilización de las ayudas diagnósticas e interconsultas. En tal fase se espera del médico que optimice su capacidad clínica y utilice los elementos diagnósticos a su alcance con la mayor relación costo-beneficio.

**Fase 2: Producción de un diagnóstico:** En la cual se incluyen la elaboración de una impresión diagnóstica presuntiva inicial y en un segundo momento un diagnóstico que se llamará “definitivo”, independientemente del hecho de que durante la evolución del cuadro clínico pueda ser replanteado en la fase de evaluación de resultados.

**Fase 3: Definición de una conducta:** la cual debe ser racional, suficiente e integral y acorde con el POS y las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, comprende los aspectos de terapia farmacológica, terapia no farmacológica e instrucciones educativas al paciente.

**Fase 4: Evaluación de Resultados:** Comprende el análisis de los resultados de la terapia, en aspectos tanto relacionados con el proceso clínico como con los factores externos a él, pero que están afectando la evolución del paciente (7).

**5.4.4 Eventos adversos.** Un evento adverso se define como el resultado de la atención en salud, que de manera no intencional produce daño en el paciente y que puede resultar en muerte, enfermedad potencialmente mortal, incapacidad y prolongación de la estancia hospitalaria (3); se clasifican en prevenibles y no prevenibles dependiendo del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (24).

Se ha descrito por números autores que los eventos adversos causan estancias hospitalarias más largas (3). Por ejemplo, Sandra Verelst y colaboradores encontraron que el hacinamiento en el servicio de urgencias se ha relacionado con eventos médicos adversos como es el caso de la neumonía nosocomial y riesgo de muerte (5).

## **5.5 GRUPOS RELACIONADOS DIAGNÓSTICOS**

Los grupos relacionados diagnósticos (GRD) son un sistema de clasificación de pacientes que permite homogeneizar el producto hospitalario, entendiéndose éste como los pacientes atendidos en los servicios clasificados por enfermedad, métodos de pago entre otros, lo que permite reducir la variabilidad de la práctica médica, mejorar la gestión clínica y hacer transparente el sistema de pagos (25).

A pesar de que los GRD se utilizan en muchos países, en Colombia ha sido infructuosa su implementación, pues solo 8 hospitales generales han adoptado este sistema (26).

El uso de los GRD si bien son una herramienta para mejorar la gestión clínica y administrativa, implementarla puede ser complicado, ya que la población a intervenir es poco homogénea, como es el caso en los que dos pacientes con el mismo diagnóstico tienen pronósticos diferentes por aspectos intrínsecos que los hacen específicos como la edad, sexo, circunstancias de tiempo, modo y lugar, eventos adversos y otros que generan diferentes opciones de tratamiento y variedad en el consumo de recursos (26).

## 5.6 CLASIFICACIÓN TRIAGE

Hace referencia a la clasificación del tipo de urgencia, de acuerdo al protocolo institucional que tiene en cuenta el motivo de consulta, el tiempo de evolución y el estado clínico en el momento de la valoración.

Triage I: Pacientes que presentan una situación que amenaza la vida en corto tiempo, que requieren atención inmediata y activación del equipo de reanimación.

Triage II: Pacientes con cuadros clínicos agudos que presentan riesgo de inestabilidad hemodinámica, séptica, ventilatoria, neurológica, metabólica o generar secuelas, se deben atender posterior al triage I dependiendo de su condición clínica.

Triage III: Paciente que presenta una enfermedad o lesión que NO pone en riesgo su vida en forma inmediata, ni presenta un riesgo evidente de complicación y puede ser atendido después de pacientes triage I y II.

Triage IV: Paciente cuya enfermedad posiblemente no representa una urgencia y puede ser también atendido en consulta prioritaria en las siguientes 6 a 12 horas (27).

## 5.7 MARCO CONTEXTUAL

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) es una institución pública prestadora de servicios de salud que ofrece atención a la población del Huila, Caquetá, Putumayo, Sur de Tolima, y municipios del Oriente del Cauca. Por la ubicación geográfica que ocupa, es considerado hospital referencial por su capacidad estructural, además es el primer centro de salud que presta servicios de tercer y cuarto nivel en todo el departamento del Huila (9).

De acuerdo a los registros del año 2017 el HU-HMP, atiende en promedio 350 consultas por día en el servicio de urgencias, de las cuales entre el 30-40% ingresan al área de observación, cuenta con un total de 101 camas habilitadas, distribuidas de la siguiente manera; 32 medicina interna-urgencias (MIU), 32 trauma-urgencias (TRU), 8 críticos-urgencias (CRU), 29 VIP y 30 camas aproximadamente para observación adultos (8).

## 6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Número de años vividos desde su nacimiento. Grupo de edad/población total.	Razón
	Sexo	Conjunto de individuos que presentan características orgánicas en común siendo estas el sexo masculino o femenino.	Masculino Femenino	Nominal
	Procedencia (Dpto./Mpio.)	Lugar donde reside el paciente en el momento de la consulta	Departamento y municipio donde vive actualmente el paciente	Nominal
	Régimen de administradora	Identifica el régimen de la administradora al cual pertenecen los usuarios.	Contributivo Subsidiado No afiliado	Nominal
Tiempos de prolongación de estancia hospitalaria	Tiempo de estancia hospitalaria en observación adultos	Tiempo (horas) transcurrido desde el ingreso del paciente a observación adultos hasta su egreso del servicio	Número de horas transcurrido desde el ingreso del paciente a observación adultos hasta su egreso del servicio	Razón
	Tiempo de valoración médica especializada	Tiempo (horas) transcurrido desde el ingreso del paciente a observación adultos hasta su valoración por especialista	Número de horas transcurrido desde el ingreso del paciente a observación adultos hasta su valoración por especialista	Razón

	Tiempo de evaluación diagnóstica y terapéutica	Tiempo (horas) transcurrido desde la valoración médica especializada hasta la definición de conducta clínica del paciente	Número de horas transcurrido desde la valoración médica especializada hasta la definición de conducta clínica del paciente	Razón
	Tiempo de hospitalización (28)	Tiempo (horas) transcurrido desde la orden médica de hospitalización hasta la asignación de cama	Número de horas transcurrido desde la orden médica de hospitalización hasta la asignación de cama	Razón
		Tiempo (horas) transcurrido desde la orden médica de alta hasta el egreso institucional	Número de horas transcurrido desde la orden médica de alta hasta el egreso institucional	Razón
Triage	Clasificación de Triage (27)	Sistema de selección y clasificación de pacientes, basados en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido	Proporción de pacientes según clasificación triage	Ordinal
Diagnósticos médicos	Grupos relacionados por el diagnóstico (29)	Sistema de clasificación de pacientes que conforma grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos y su coherencia clínica.	Proporción de pacientes clasificados de acuerdo a la clasificación de grupo relacionado diagnóstico	Nominal
Factores Administrativos de Prolongación de Estancia Hospitalaria	No disponibilidad de cama	La no asignación de cama inmediatamente después de la orden médica de traslado a hospitalización.	Número de pacientes que permanecieron en el servicio de observación después de tener orden médica de traslado a hospitalización y autorización de la estancia.	Nominal

Factores administrativos de prolongación de estancia hospitalaria	Recurso humano	Acto propio de los profesionales de la salud, entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga (30).	Número de pacientes que durante su estancia presentaron inoportunidad en el proceso de atención.	Nominal
	Trámite administrativo (5)	Gestión realizada de manera previa a la solicitud de un procedimiento que se evidencia en la eficiente interacción entre el servicio de observación adultos con otros los servicios del hospital como son los tiempos de respuesta de los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y de transferencia.	Proporción de pacientes que presentaron demoras en los tiempos de respuesta en la autorización, procedimientos de trámites quirúrgicos, diagnósticos y de transferencia de pacientes a otros servicios.	Nominal
	Trámite de alta al paciente	Demoras en el proceso administrativo de egreso inmediatamente después de la orden de salida del paciente.	Número de horas transcurridas desde la orden médica de salida hasta el egreso del paciente.	Nominal
Factores del personal de salud de prolongación de estancia hospitalaria	Administración de medicamento	Prescripción médica de terapia farmacológica, que involucran el proceso de solicitud, preparación, administración y monitoreo.	Número de pacientes que por no disponibilidad del medicamento presentan inoportunidad en su administración.	Nominal

Factores del personal de salud de prolongación de estancia hospitalaria	Aplicación de protocolos	Dar cumplimiento a los documentos institucionales que describen de manera ordenada y sistemática la atención del paciente.	Número de historias clínicas que no cumplieron con las normas y procesos establecidos para la atención del paciente.	Nominal
	Conducta diagnóstica (7)	“Debe ser racional, suficiente e integral y acorde con el POS y las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, comprende los aspectos de terapia farmacológica, terapia no farmacológica e instrucciones educativas al paciente”.	Número de horas transcurridas desde la valoración médica especializada hasta que se resuelva el motivo de consulta.	Nominal
	Contestar interconsulta	Valoración de un paciente que requiere una atención complementaria por parte de otro profesional sanitario.	Número de pacientes que no fueron valorados en los tiempos establecidos de respuesta a interconsulta.	Nominal
	Indicar examen especial o laboratorio	Solicitud de exámenes complementarios que ayudan a descartar o confirmar un diagnóstico presuntivo.	Historias clínicas en las cuales se describe en el plan la solicitud de exámenes complementarios, pero no se carga la orden médica.	Nominal

Factores del personal de salud de prolongación de estancia hospitalaria	Indicar interconsulta	Derivación de un paciente por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	Historias clínicas en las cuales se describe en el plan la solicitud de interconsulta pero no se carga la orden médica.	Nominal
	Interpretación de resultados	Valoración de pruebas analíticas que sirven de soporte a la clínica para obtener un punto de referencia en la prevención, diagnóstico, pronóstico y seguimiento terapéutico de las enfermedades.	Número de pacientes que no tuvieron oportunidad en la valoración de los resultados por parte de la especialidad solicitante para definir una conducta diagnóstica.	Nominal
	Programar intervención	Demoras en la toma de decisiones terapéuticas, diagnósticas, interconsultas pendientes, y resultados para la realización de la intervención.	Tiempo transcurrido entre la orden de intervención autorizada hasta la programación del procedimiento.	Nominal
	Trabajo en equipo	Fallas en la comunicación entre el personal de salud que se ve reflejada en la atención integral del paciente.	Número de pacientes que prolongaron estancia debido a fallas de comunicación entre el personal de salud.	Nominal



Factores de usuario y familia	Apoyo de red o familiar	Conjunto de condiciones presentadas durante la estancia hospitalaria como son la ausencia de cuidadores por periodos largos de tiempo, familiares que no aceptan recibir el alta, usuarios que ingresan sin la compañía de un familiar y permanecen sin el acompañamiento del mismo.	Número de pacientes que presentan ausencia de cuidadores por periodos largos de tiempo, familiares que no aceptan recibir el alta, usuarios que ingresan sin la compañía de un familiar y permanecen sin el acompañamiento del mismo.	Nominal
	Complicación intrahospitalaria (23)	Daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente	Número de pacientes que presentan complicaciones intrahospitalarias.	Nominal
	Falta de recursos para el pago del egreso	Falta de recursos económicos del paciente y su red de apoyo familia para la compra de medicamentos, el pago de exámenes y el tratamiento.	Número de pacientes que presentan dificultad para el pago de la cuenta.	Nominal
	No adherencia al tratamiento	Fallas de los pacientes a la hora de seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud y presentan reingresos hospitalarios.	Número de pacientes que presentaron reingresos a causa de la no adherencia a los tratamientos.	Nominal

Factores de usuario y familia	Permanencia por recomendación	Se refiere a los pacientes que por orden del médico o del especialista deben permanecer por razones de estudio o tipo de enfermedad.	Proporción de pacientes con orden médica de permanecer más tiempo por recomendación.	Nominal
	Tipo de enfermedad	Patologías de mayor complejidad y manejo clínico que requieren de tratamientos largos, tales como: cáncer, enfermedad obstructiva crónica, enfermedad arterial periférica, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, la carga de comorbilidades.	Número de pacientes que prolongaron estancia y contaban con un diagnóstico de enfermedad crónica o de largo tratamiento.	Nominal

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio descriptivo transversal con enfoque analítico. Denominado descriptivo dado que pretende cuantificar los factores de prolongación de estancia de tipo administrativo, asistencial y del usuario, la frecuencia del evento en la población de pacientes mayores de 18 años que consultaron el HUHMP durante el mes agosto de 2017 y su distribución en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

**7.1.1 Estudio de corte transversal.** Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado(31).

Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado(31).

### 7.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio es el servicio de observación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo HU-HMP, que atiende en promedio 350 consultas por día en el área de urgencias, de las cuales el 40% ingresan observación, cuenta con un total de 101 camas habilitadas, distribuidas de la siguiente manera.

Tabla 1. Capacidad instalada en el servicio de observación adultos

<b>Servicio hospitalario</b>	<b>Número de camas habilitadas</b>
Observación adultos: MIU	27
Observación adultos: TRU	27
Observación adultos: CRU	6
Observación adultos: VIP	22

Observación adultos: Pasillo – PPC	16
------------------------------------	----

Fuente: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2017

El servicio de hospitalización cuenta con la siguiente distribución y el número de camas habilitadas.

Tabla 2. Capacidad instalada en el servicio de hospitalización

Servicio hospitalario	Número de camas habilitadas	Días promedio de estancia
Séptimo piso	19	9.15
Séptimo piso (Oncología)	7	9.64
Sexto piso (Medicina interna)	30	10.26
Sexto piso (Infectología adultos)	6	16
Quinto piso (Hospitalización Cirugía)	40	7.88
Cuarto Piso (Neurocirugía)	18	5.6
Cuarto Piso (Gineco obstetricia)	27	2.54
Unidad Mental	32	18.69

Fuente: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2017

Dentro del estudio no se analizó la población pediátrica, por lo cual se excluyeron los servicios: Unidad Básica, Tercer piso (pediatría, infectología pediátrica, UCI pediátrica, UCI neonatal, urgencias pediatría, observación pediatría y servicios ambulatorios como consulta externa porque los pacientes son referidos e ingresados por urgencias.

### 7.3 POBLACIÓN

La población objeto de estudio son los pacientes de sexo femenino y masculino de edad  $\geq$  a 18 años que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de agosto de 2017.

**7.3.1 Muestra.** El tipo de muestreo empleado es probabilístico, específicamente el aleatorio simple. Se realizó el cálculo de la muestra con el Software estadístico OpenEpi versión 3.01, dicho muestreo indica que el tamaño de muestra corresponde a 373 unidades muestrales, de un universo de 780 historias clínicas.

Así mismo, con el Software estadístico OpenEpi versión 3.01 se generó una tabla de números aleatorios, de la cual se escogió la muestra de 373 unidades muestrales. Dicha selección de las historias clínicas se organizó en una base de datos de archivo Excel con la numeración correspondiente al número de ingreso del paciente y así facilitar la localización.

**7.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.** En este caso los criterios de inclusión para determinar los participantes del estudio son la edad ( $\geq$  a 18 años). Se excluyeron de la muestra a los pacientes que presentan una historia clínica incompleta.

#### **7.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN**

Uno de los factores potenciales de sesgo se presenta cuando la recopilación de datos que no es sistemática, puede generar un sesgo de clasificación errónea, por lo tanto, una manera objetiva de recopilar los datos fue mediante la utilización de un instrumento probado y organizado, el cual se pudo ajustar a la información extraída del software institucional.

Dado que la manipulación de los datos brinda una oportunidad adicional de errores, esto se minimizó con la lectura por parte de 2 revisores y el consenso o la determinación a partir del juicio de los mismos, logrando así la depuración de la información y la clasificación oportuna de los datos del paciente, sin embargo las recomendaciones sobre la realización de estudios de revisión de historias clínicas, hacen mención que el efecto final de los registros médicos electrónicos en la investigación retrospectiva sigue sin estar claro debido a que se pueden introducir nuevos sesgos mediante el uso de etiquetas repetitivas, casillas de verificación predeterminadas y datos erróneos con relación al tiempo real de atención (32).

**7.4.1 Sesgo de medición.** El hecho de seleccionar de forma retrospectiva la información de los registros de la historia clínica, evidencio que el control de este tipo de error sistemático es complejo, no obstante, se realizó mediante la revisión detallada de la base de datos en mención la verificación de la calidad de los datos completando mediante la revisión de la historia clínica y el cruce de información con los protocolos institucionales.

## **7.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se presentó ante el comité de bioética del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo HUHMP la solicitud para desarrollar el estudio con la descripción del proyecto que incluía un resumen, la pregunta problema con los objetivos general y específico, el periodo o tiempo del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, así como el proceso de recolección y el análisis estadístico a emplear.

La técnica empleada para la recolección de los datos fue a través de la revisión documental de la historia clínica. El procedimiento para el acopio de la información es efectuado por los investigadores del proyecto e inicia con la lectura de la historia clínica y la extracción de los datos relacionados con las variables de la investigación.

Luego de recolectar los datos, se procedió a analizar la información obtenida de las variables sociodemográficas (edad, sexo, régimen de administradora y procedencia), las variables diagnósticos médicos y tiempos de estancia, así como los tiempos de espera entre la autorización de interconsulta con especialista y la valoración por el mismo, la definición de conducta clínica, tiempos transcurridos entre la autorización de hospitalizar al paciente y la hospitalización, los factores administrativos, del personal de salud y del usuario o familia.

## **7.6 INSTRUMENTO**

En los proyectos de investigación los instrumentos de medición son herramientas que permiten obtener información de las variables que se desean medir. En otras palabras, un instrumento es el medio o técnica utilizada por el investigador para recolectar los datos del estudio (33).

El instrumento empleado consistió en una planilla de registro con las variables a evaluar en el actual estudio, cabe señalar que la elaboración del instrumento se

tomó con base en el diseñado previamente por el área de epidemiología del HUHMP aplicado en una investigación en el servicio de hospitalización de medicina interna. Del mismo modo, el estado del arte sobre el tema aporta a la construcción de los ítems de los factores que intervienen en la prolongación de la estancia hospitalaria, así como el conocimiento práctico que se tiene de la problemática.

## **7.7 PRUEBA PILOTO**

Se realizó una prueba piloto con el instrumento que consistió en la aplicación de la planilla de registro a 10 historias clínicas de los pacientes que consultaron durante el mes de agosto de 2017, la selección se hizo de forma aleatoria y durante la revisión documental se decidió descartar las variables nivel socioeconómico y lo relacionado con sucesos de seguridad del paciente como incidente y eventos adversos, dado que ésta información no se encontraba en la totalidad de historias clínicas. Así mismo, se decidió modificar el ítem factores administrativos a la prolongación de estancia la opción de respuesta cama insuficiente, por la opción de respuesta no disponibilidad de cama hospitalaria, teniendo en cuenta que esta última denominación describe mejor el evento.

En el ítem factores de usuario y familia se agregó la opción de respuesta no adherencia al tratamiento considerando que este aspecto influye en la prolongación de la estancia hospitalaria.

## **7.8 FUENTES DE INFORMACIÓN**

La fuente de información será la historia clínica de los pacientes mayores de 18 años que ingresaron al servicio de observación urgencias en el mes de agosto de 2017, extraídas del Software institucional Indigo Crystal.

## **7.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel y se procesaron en el programa estadístico STATA versión 13.1, con el cual se generaron estadísticas descriptivas (frecuencias y proporciones) para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas.

Para cada una de las pruebas estadísticas realizadas se interpretaron como estadísticamente significativas los resultados con valores de  $p < 0,05$  y un nivel de confianza del 95%.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para establecer posibles asociaciones en las variables cualitativas y de igual manera se utilizó pruebas de estadística no paramétrica, dado que al ser la mayoría de las variables de estudio categóricas no cumplen el supuesto de normalidad.

Las posibles asociaciones se realizaron de acuerdo a los objetivos de la investigación.

<b>RELACIÓN DE VARIABLES DE ACUERDO A SU NATURALEZA</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>PROCESAMIENTO ESTADISTICO</b>
Factores administrativos Vs Edad categorizada (18-64 años) (>65 años)	Cualitativa Vs Cualitativa	Prueba Chi cuadrado
Factores de usuario y familia Vs Clasificación generada por grupos relacionados diagnósticos	Cualitativa Vs Cualitativa	Prueba Chi cuadrado

## **7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Según la resolución 8430 de 1993, es importante expresar que esta investigación no tiene como fin de ninguna manera ir en contra de la ética. Este es un estudio basado en análisis de los factores que determinan prolongación de la estancia hospitalaria mediante la revisión documental de la historia clínica, lo cual se cataloga como proyecto con riesgo mínimo. Para el respeto a los principios de confidencialidad no se tomarán variables que tengan algún tipo de relación interpersonal con los pacientes y no se vulnerara de ninguna manera sus derechos, ni se hará algo que atente contra su dignidad personal ni a las personas de su entorno.

Los datos de los pacientes serán protegidos mediante una nueva codificación asignada que comienza desde el 001 en adelante, con el fin de NO revelar el número de identidad o cualquier dato que pueda revelar la intimidad del paciente, conservándolo así en el total anonimato.



Consideración de los principios bioéticos para el estudio:

**BENEFICENCIA:** procurar por el bienestar la persona enferma teniendo en consideración su dignidad, respeto a su condición de vulnerabilidad, evitando el daño clínico y psicosocial con enfoque humanístico, basado en los principios éticos e identificar las peculiaridades individuales de la población que asiste a este servicio.

**JUSTICIA:** relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

**AUTONOMÍA:** Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica.

**ALCANCE:** a partir de la descripción de las variables que prolongan la estancia hospitalaria se busca sensibilizar a la institución de salud sobre los efectos que el hacinamiento ocasiona en la vulneración de los principios éticos, la humanización en la prestación de servicios de salud, la dignidad del ser humano y el respeto por la vida.

Con este trabajo de investigación se espera lograr realizar una publicación en una revista científica en un periodo a corto plazo, esta publicación será producto e insumo referente al Hospital para para ajuste de protocolos de calidad en la atención y futuros trabajos de investigación prospectiva.

**IMPACTO:** Se espera que este proyecto de investigación genere nuevos conocimientos en los investigadores, mejorar las condiciones de la atención de los pacientes. Aportar al desarrollo investigativo en esta línea de investigación tipo epidemiología hospitalaria en la institución.

**COSTO – BENEFICIO:** Identificar los pacientes con prolongación de la estancia hospitalaria y la determinación de los factores de riesgo, con lo cual se pretende

mejorar la atención integral de salud, el proceso de la atención, el posible ajuste de protocolos y aporte de la investigación de la institución.

**SEGURIDAD:** En este proyecto de investigación no se vulnera en ningún sentido la seguridad del paciente, no se realizarán intervenciones clínicas sobre el paciente. La revisión de historias clínicas se realizará bajo un rígido esquema de confidencialidad y ética, y por el contrario los objetivos de esta investigación son promover el mejoramiento de la atención de los pacientes.

Tabla 3. Resultados, productos esperados y potenciales beneficiarios

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Identificación factores que determinan prolongación de estancia hospitalaria en el servicio observación urgencias Hospital Universitario Hernando Moncaleano, 2017.	Un documento con la información.	Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.
Identificación de principios bioéticos vulnerados (dignidad, justicia).	Información obtenida a partir las variables descritas con relación al hacinamiento y sus consecuencias clínicas y psicosociales.	Pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HUHMP.

Tabla 4. Generación de nuevo conocimiento

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
<p>Resultado: Divulgación oral y escrita del conocimiento.</p> <p>Producto esperado: Identificación de los factores administrativos que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria de los pacientes que ingresan al servicio de observación urgencias adultos del HUHMP durante el mes de septiembre de 2017.</p> <p>Identificar los posibles factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes del servicio de observación urgencias adultos del HUHMP durante el año 2017.</p>	<p>Un artículo para publicación en una revista científica.</p> <p>Presentación oral a; Servicio de Medicina. Primer congreso de Epidemiología en el mes de noviembre de 2017.</p>	<p>Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.</p> <p>Grupo Infectocontrol.</p> <p>Comunidad Científica del Departamento.</p>

Tabla 5. Impactos esperados a partir del uso de los resultados

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1- 4), mediano (5 - 9), largo (10 o más)</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos*</b>
Punto de partida para nuevas investigaciones en calidad de la atención	Corto (1- 4)	Estudio prospectivo con base y referente de los resultados de	Medición de la Estancia prolongada en el HUHMP. Descripción de

hospitalaria.		este estudio.	determinantes de la prolongación de la estancia hospitalaria.
---------------	--	---------------	---

## 8. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 329 pacientes prolongaron estancia hospitalaria, el tiempo medio de estancia en el servicio de observación urgencias fue de 83.94 horas (DE+0.021; IC 95% 0.18-0.26). El 88.2% de los pacientes se encontraron con >6 horas de estancia hospitalaria y hasta un 34.1% estuvieron más de 83.9 horas en el servicio.

La duración de la estancia hospitalaria se ve afectada por características propias del paciente y no solamente por problemas en la eficiencia de la administración hospitalaria, por lo cual se hizo necesario aplicar la metodología de ajuste por riesgo con el fin de clasificar los pacientes en grupos relacionados diagnósticos (GRD). Para la conformación de estos grupos se tuvo en cuenta la clasificación CIE 10, el diagnóstico principal en el momento de ingreso, los diagnósticos secundarios (complicación o comorbilidades) y la condición final de egreso.

Los Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD) fueron útiles para estimar el promedio de estancia de los pacientes que pertenecen a una misma categoría diagnóstica, obteniendo los siguientes resultados:

En primer lugar, el GRD con mayor proporción corresponde al de los pacientes sindrómicos (21.6%), cuyos diagnósticos principales son el dolor digestivo y abdominal (45.2%), síntomas generales (32.1%), síntomas de los sistemas circulatorio o respiratorio (22.6%), los usuarios en edades entre los 18 y 64 años (24.1%) fueron los que con mayor frecuencia consultaron por esta causa (Tabla 3).

En segundo lugar, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (14.3%) como lo son los traumatismos múltiples (75.3%), producto de la accidentalidad en tránsito, los traumatismos de la cabeza y cuello (29.8%), seguido del traumatismo en miembros superiores (24.5) y los traumatismos en miembros inferiores (21%).

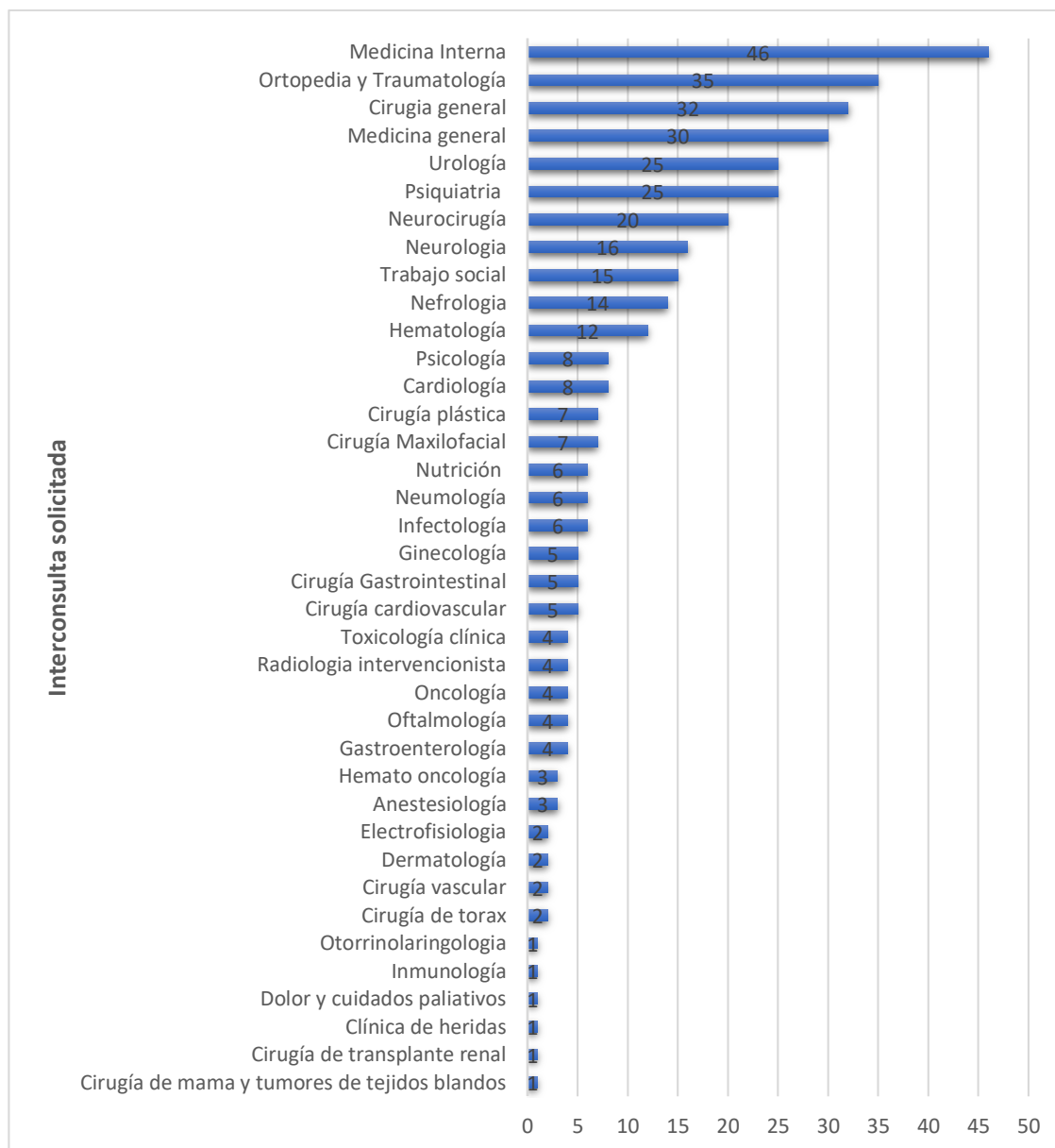
En tercer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio (11.2%) de mayor prevalencia las enfermedades cerebrovasculares (25.6%), otras cardiopatías (Insuficiencia cardíaca) (25.6%), seguidas de las enfermedades hipertensivas (17.9%), las enfermedades isquémicas (15.3%) y finalmente las enfermedades de venas y arterias (15.3%). Se encontró que el grupo etario ( $\geq 65$  años) fueron los que con mayor frecuencia consultaron por esta causa (20.4%) (Tabla 3).

Tabla 6. Grupos relacionados diagnósticos por grupos etarios

CLASIFICACIÓN CIE 10	GRUPO ETÁREO					
	18 - 64 AÑOS	%	≥ 65 AÑOS	%	TOTAL	%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	2	0,97	1	0,82	3	0,9%
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	10	4,83	7	5,74	17	5,2%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	6	2,9	4	3,28	10	3,0%
Enfermedades del aparato digestivo	18	8,7	12	9,84	30	9,1%
Enfermedades del aparato genitourinario	10	4,83	7	5,74	17	5,2%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	1	0,82	1	0,3%
Enfermedades del sistema circulatorio	12	5,8	25	20,49	37	11,2%
Enfermedades del sistema nervioso	7	3,38	2	1,64	9	2,7%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	8	3,86	2	1,64	10	3,0%
Enfermedades del sistema respiratorio	3	1,45	5	4,1	8	2,4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	1,45	6	4,92	9	2,7%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7	3,38	1	0,82	8	2,4%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	7	3,38	0	0	7	2,1%
Neoplasias	16	7,73	13	10,66	29	8,8%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	50	24,15	21	17,21	71	21,6%
Trastornos mentales y del comportamiento	16	7,73	0	0	16	4,9%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	32	15,46	15	12,3	47	14,3%
<b>FRECUENCIA GENERAL</b>	<b>207</b>	<b>100</b>	<b>122</b>	<b>100</b>	<b>329</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaborado por los autores, 2018.

Figura 1. Proporción de pacientes atendidos por especialidades del servicio de urgencias en el HUHMP, durante el mes de agosto de 2017



Fuente: elaborado por los autores, 2018.

La especialidad médica que más interconsultaron los pacientes durante el mes de agosto de 2017 fue la de medicina interna (12,2%), seguido de ortopedia y traumatología (9.3%) y la de cirugía general (8.5%).

Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes y su relación con la estancia hospitalaria prolongada

VARIABLE	No prolongaron estancia n=44	Prolongaron Estancia n=329	TOTAL N=373
<b>Sexo</b>			
Femenino	21 (47.7%)	148 (44.98%)	169 (45.3%)
Masculino	23 (52.2%)	181 (55%)	204 (54.7%)
<b>Edad</b>			
18 – 64	32 (72.7%)	207 (62.9%)	239 (64.1%)
> 65	12 (27.3%)	122 (37%)	134 (35.9%)
<b>Régimen de Administradora</b>			
Contributivo	19 (43.2%)	78 (23.7%)	97 (26%)
Subsidiado	24 (54.5%)	235 (71.4%)	259 (69.4%)
No afiliado	1 (2.3%)	16 (4.86%)	17 (4.5%)
<b>Procedencia Departamento</b>			
Huila	41 (%)	304 (92.4%)	345 (92.4%)
Tolima	1 (%)	3 (0.9%)	4 (1.07%)
Caquetá	0	10 (3.03%)	10 (2.68%)
Bogotá D.C.	0	5 (1.51%)	5 (1.34%)
Valle del Cauca	1 (2.27%)	1 (0.30%)	2 (0.53%)
Antioquia	1 (2.27%)	1 (0.30%)	2 (0.53%)
Cauca	0	3 (0.91%)	3 (0.80%)
Putumayo	0	1(0.30%)	1 (0.26%)
Quindío	0	1(0.30%)	1 (0.26%)

Fuente: elaborado por los autores, 2018.

La edad media (DE) para los pacientes que prolongaron estancia fue de 55.5 años y 181 (55%) eran hombres. Doscientos siete (62.9%) pertenecen al grupo etario entre los 18 a 64 años, el régimen de administradora fue mayor para los usuarios subsidiado (71.4%) seguido del contributivo (23.7%).



En cuanto a la variable procedencia los departamentos a los cuales pertenecen los pacientes que consultaron son en su mayoría del Huila (92.4%), no obstante, se registran otros departamentos como Caquetá (2.68%), el distrito de Bogotá (1.34%) y el departamento del Tolima (1.07%) (Tabla 4).

Tabla 8. Clasificación de triage y tiempo de estancia hospitalaria prolongada

CLASIFICACIÓN TRIAGE	No prolongaron		Prolongaron		TOTAL	
	n=44		n=329		n=373	
I	0	0	0	0	0	0
II	6	13,64%	30	9,12	36	9,65%
III	32	72,73%	174	52,89	206	55,23%
IV	6	13,64%	124	37,69	130	34,85%
V	0	0	1	0,30	1	0,27%
<b>Frecuencia General</b>	44	100%	329	1,00		100%

Fuente: elaborado por los autores, 2018.

Se puede evidenciar que el ingreso de pacientes con patologías no urgentes es uno de los factores que sobrecarga el servicio de urgencias, dado que los resultados indican que el triage III (55.23%) representa la mayor proporción de las consultas, de las cuales el 52.89% corresponden a los pacientes que prolongaron estancia, por su parte la clasificación triage IV equivale al 34.85% de las cuales prolongaron estancia el 37.69% de los pacientes.

Tabla 9. Condición del paciente al egreso de acuerdo a la clasificación triage

Condición de Egreso	Clasificación Triage								Total	
	II	%	III	%	IV	%	V	%		%
Alta	22	73,33	149	85,63	114	91,94	1	100	286	86,93
Fallecido	6	20,00	10	5,75	3	2,42	0	0	19	5,78
Hospitalización en casa	0	0,00	1	0,57	1	0,81	0	0	2	0,61
Hospitalizado	1	3,33	4	2,30	4	3,23	0	0	9	2,74
Remitido	1	3,33	4	2,30	2	1,61	0	0	7	2,13
Retiro Voluntario	0	0,00	6	3,45	1	0,81	0	0	7	2,13
<b>Total</b>	30	100,00	174	100,00	124	100,00	1	100	329	100,00

Fuente: elaborado por los autores, 2018.

De acuerdo a la condición final de egreso 286 pacientes fueron dados de alta desde el servicio de urgencias (86%) de los cuales 234 tenían orden médica de hospitalización (81.8%), 19 pacientes fallecieron (5,78%) de los cuales 17 tenían orden de hospitalización (89%), del total de pacientes que prologaron estancia fueron hospitalizados 9 usuarios (2.74%) donde 270 tenían orden de hospitalización (82%), el resto equivalen a los pacientes que fueron remitidos (2.13%) y solicitud de retiro voluntario (2.13%) (Tabla 6).

De los 329 pacientes 174 (52.8%) ingresaron con clasificación de Triage tipo III donde la condición de egreso que predominó fue el alta (85.6%), seguido del Triage IV con un 91.9% de altas, lo que determina que de los 329 pacientes que permanecieron en observación adultos por más de seis horas egresaron el 91.1 % desde el mismo servicio lo que contribuye a la aglomeración del área de urgencias.

Tabla 10. Factores que influyen en la prolongación de estancia hospitalaria en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017

<b>FACTORES ADMINISTRATIVOS</b>	<b>Sí</b>	<b>%</b>
Recurso humano	14	4,26
Trámite administrativo	38	11,55
Trámite de alta al paciente	3	0,91
No disponibilidad de cama	116	35,26
<b>FACTORES PERSONAL SALUD</b>	<b>Sí</b>	<b>%</b>
Contestar interconsulta	7	2,13
Programar intervención	10	3,04
Conducta diagnóstica	52	15,81
Indicar examen especial o laboratorio	1	0,30
Indicar interconsulta	9	2,74
Interpretación resultados	14	4,26
Prescripción	3	0,91
Administración medicamento	3	0,91
Trabajo equipo	9	2,74
Aplicación protocolos	5	1,52
Otros	29	8,81
<b>FACTORES DE USUARIO Y FAMILIA</b>	<b>Sí</b>	<b>%</b>

Falta recursos compra medicamento	0	0,00
Apoyo de red o familiar	12	3,65
Tipo de enfermedad	158	48,02
Falta recurso pago egreso	11	3,34
Complicación intrahospitalaria del paciente	7	2,13
No adherencia al tratamiento	10	3,04
Permanencia por recomendación	6	1,82
Otros	7	2,13

Fuente: elaborado por los autores, 2018.

De acuerdo con los resultados obtenidos el factor usuario y familia es el que mayor prevalencia presenta, siendo el evento tipo de enfermedad (48.02%) el que más influye en la prolongación de la estancia hospitalaria, seguido de la falta de apoyo de la red familiar (3.65%).

La falta de recurso para el pago del egreso (3.34%) es otro factor que denota una prolongación de estancia, teniendo en cuenta que algunos usuarios deben cancelar un porcentaje (cuota moderadora).

La no adherencia al tratamiento (3.74%) es otra causa que origina que los usuarios prolonguen estancia, debido a distintas razones, en algunos casos a la no autorización o entrega oportuna de medicamentos por parte de la EPS, situación que complica la patología de base y al consultar genera tiempos de tratamiento mayores y reingresos hospitalarios.

En cuanto a los factores administrativos se evidencia que la principal causa que está relacionada con la prolongación de estancia es la no disponibilidad de cama (35.2%).

Los factores asistenciales son otra causa de prolongación de estancia, de este modo, la conducta diagnóstica aparece como el principal motivo (15.81%), seguido de otras causas (8.81%). En cuanto a la conducta diagnóstica definitiva el tiempo promedio fue de 29 horas, puesto que aun cuando la especialidad tratante responde la interconsulta, esta respuesta no es suficiente, racional o completa para definir el tipo de intervención y conducta a seguir (7).

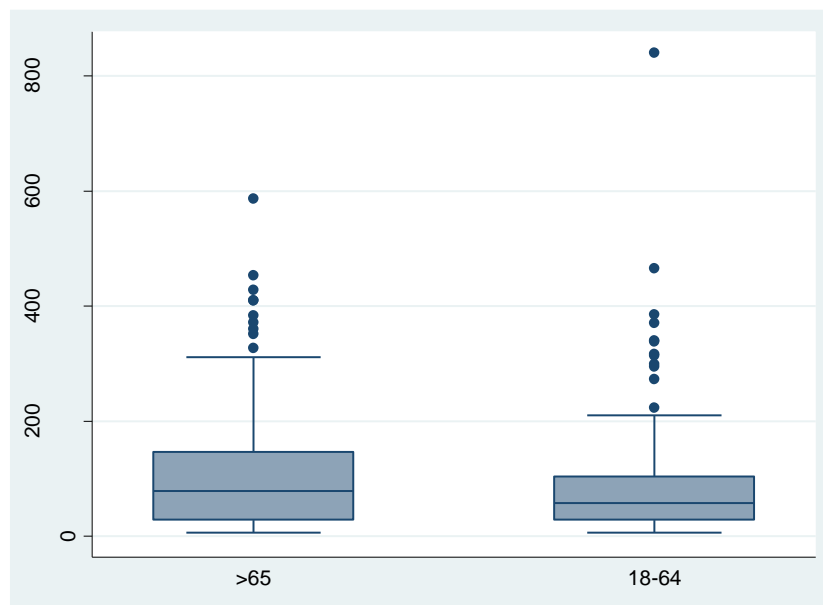
Por su parte, otras causas (8.81%) que involucra la ocurrencia de eventos adversos, y la estancia inadecuada afectaron la estancia hospitalaria.

Se determinó que entre la variable factor administrativo y la edad, hay una asociación significativa con un Chi2: 15.97 y un valor de  $P < 0.003$ , con lo cual se podría relacionar directamente con la no disponibilidad de cama y los trámites administrativos, siendo estos factores los de mayor influencia.

Así mismo se halló una asociación estadísticamente significativa entre el factor de usuario/familia y la clasificación generada por grupos diagnósticos, con un fisher: 166 y un valor de  $P < 0.001$  lo que indica que la condición clínica (factores intrínsecos) del paciente se relaciona con las patologías de mayor complejidad o que requieren mayores tiempos de atención.

Se obtuvo a partir del coeficiente de Spearman una correlación positiva  $r = 0.1$  ( $p = 0.04$ ) entre las variables “edad” y “tiempo de estancia hospitalaria” un valor de lo que sugiere que a mayor edad los pacientes tardan más tiempo en observación urgencias.

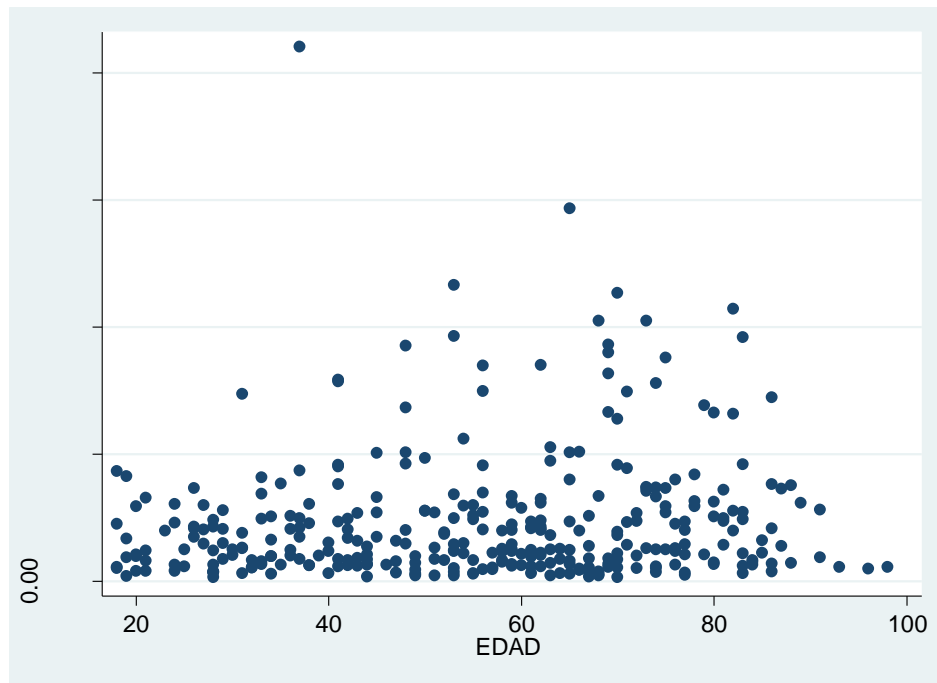
Figura 2. Horas de Estancia Hospitalaria por Grupos Etarios



Fuente: elaborado por los autores, 2018.

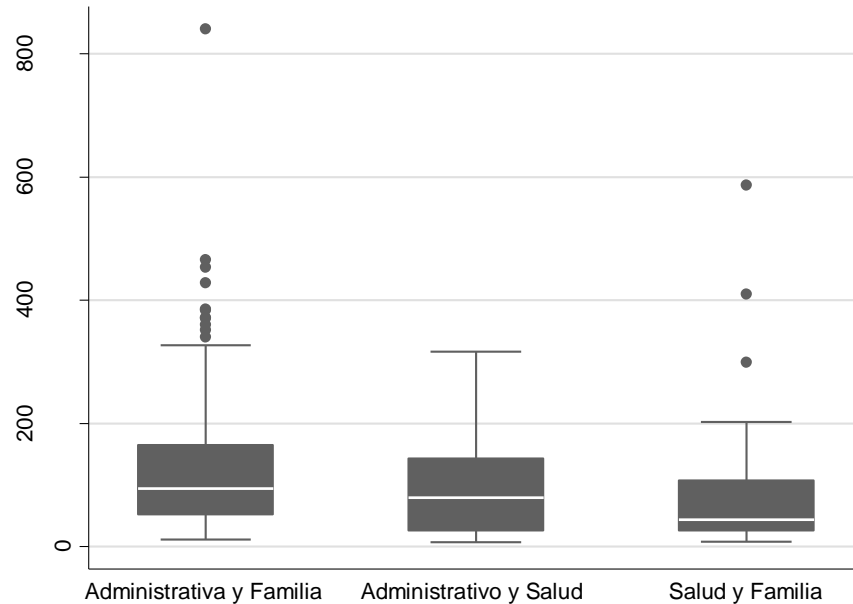
Como se logra evidenciar en el diagrama de caja el grupo de pacientes >65 años ( $\bar{x} = 112.6$  horas) presentó una estancia hospitalaria mayor con respecto al grupo de pacientes de edad entre los 18 y 64 años ( $\bar{x} = 84.3$  horas), la longitud de los bigotes para los pacientes >65 se encuentra por encima de los valores centrales, así mismo el tamaño de la caja indica una mayor dispersión con relación a los usuarios entre 18-64 años (Figura 2).

Figura 3. Relación entre la estancia hospitalaria prolongada y la edad del paciente



En los pacientes  $\geq 65$  años hubo una tendencia a experimentar periodos más largos de estancia hospitalaria, en la (Figura 2) se aprecia como luego de superar las 192 horas en el servicio de observación los pacientes  $\geq 65$  años prolongaron estancia en mayor proporción que los pacientes de 18-64 años, en una razón de 4:3 (Figura3).

Figura 4. Intersección de los factores de prolongación de estancia hospitalaria



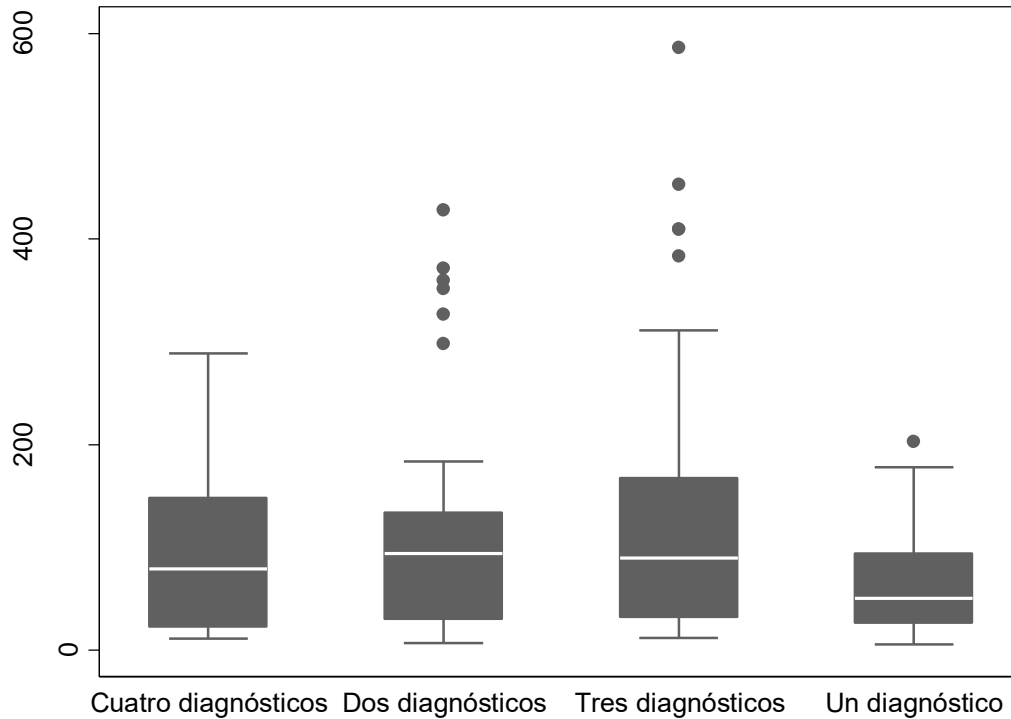
Fuente: elaborado por los autores, 2018. N=329.

De los análisis obtenidos en el estudio se pudo identificar que un usuario puede prolongar estancia hospitalaria por más de una causa, de esta manera de los 329 pacientes que prolongaron estancia (88.2%), 164 pacientes presentaron más de un factor causal (49.8%), lo cual evidencia que los factores intrínsecos del paciente no excluyen la ausencia de fallas administrativas o asistenciales en el proceso.

La representación gráfica de los factores de prolongación de estancia personal de salud y usuario/familia, (Salud y Familia), describe una distribución asimétrica positiva, indicando que la mayoría de los pacientes se sitúan en los valores inferiores de la variable.

Los factores administrativo y usuario/familia, presentan valores extremos que se alejan más de lo esperado del centro de la distribución (Rango intercuartílico), indicando que bajo esta clasificación se encuentran los pacientes que permanecieron mayor tiempo de estancia en el servicio de observación adultos (figura 4).

Figura 5. Prolongación de estancia hospitalaria y diagnósticos clínicos



Fuente: elaborado por los autores, 2018. N=329.

En este gráfico de caja, en el que se analiza la estancia hospitalaria prolongada y la cantidad de diagnósticos que presentaron los pacientes, de acuerdo a la posición de la mediana de la variable “Un diagnóstico” se aprecia una distribución asimétrica positiva indicando que la mayoría de los usuarios con un diagnóstico presentaron periodos cortos de estancia, mientras que los valores atípicos evidencian que los pacientes con tres diagnósticos prolongaron estancia por periodos largos de tiempo, así mismo, los bigotes de las variables en mención, muestran una marcada variabilidad de las distribuciones, por encima de los valores centrales.

La diferente variabilidad de las distribuciones expresada a través de la forma de las cajas, indican que la mayor dispersión, es mayor para la variable “Tres diagnósticos” donde se puede observar con la expansión de la caja (distribución platocúrtica) que contrasta con la homogeneidad de la variable “Un diagnóstico” (figura 5)

## 9. DISCUSIÓN

Durante la realización del ajuste del riesgo se evidenció que el registro de los diagnósticos en la historia clínica es de baja calidad, siendo esta una de las limitantes, dado que el diagnóstico principal muchas veces no correspondía con el motivo de consulta del paciente, además carecen de un buen proceso de codificación.

Por tanto, en el actual estudio se tuvo en cuenta los diagnósticos de ingreso y de egreso con el fin de determinar el diagnóstico principal y no el signo o síntoma de que motivo la consulta.

En el estudio realizado por Cortés A, Gorbanev I, Agudelo-Londoño S, Yepes FJ. sobre grupos relacionados por el diagnóstico en tres hospitales de alta complejidad en Colombia, encontraron que la calidad de los datos fue baja, un 15.3% de los códigos GRD no pudieron ser agrupados, el 99.3% tenían un solo diagnóstico y el 0.7% tenía un diagnóstico secundario (26). De esta manera, una de las limitantes del actual estudio fue que el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo no tiene implementado un sistema de ajuste del riesgo que permita identificar cuando la estancia prolongada está asociada a problemas de la atención y no a las características propias del paciente.

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que la estancia hospitalaria se ve afectada por la edad, en concordancia con lo planteado con Ceballos-Acevedo y colaboradores que refieren que en diversos estudios la edad del paciente constituye un factor determinante en la prolongación de estancia hospitalaria, así lo confirma la evidencia empírica como es el estudio elaborado por Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva, donde se observó que la edad de los pacientes mayores de 45 años, la estancia en UCE, estancia en UCI y estancia general es igual o superior a cinco días se comportaron como factores de riesgo asociados a eventos adversos hospitalarios (34).

Así mismo en el estudio realizado por P Hendy, JH Patel, T Kordbacheh, N Laskar and M Harbord, donde se concluye que hubo una tendencia de experimentar retrasos más largos de tiempo con el aumento de la edad del paciente, los autores señalan que 9 de cada 10 pacientes cuya alta se retrasó más de cinco días tenían más de 75 años(35).



En el actual estudio el factor usuario y familia es la primera causa que influye en la prolongación de estancia hospitalaria, siendo el tipo de enfermedad, el apoyo de la red familiar y la falta recursos para el pago de egreso los aspectos de mayor predominio.

El factor administrativo es la segunda causa por la que mayor prolongación de estancia se presentó, para la variable otras causas (20.42%), como son la ocurrencia de eventos adversos, la programación de cirugía, el indicar con orden el traslado a hospitalización, la toma de exámenes y la estancia inadecuada, Ceballos-Acevedo y colaboradores indican que la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (67,6%) es “el factor más frecuentemente encontrado en la literatura, que prolonga la estancia en los hospitales (5) (34)”.

## CONCLUSIONES

El promedio de estancia hospitalaria en el área de observación adultos en el HUHMP durante el mes de agosto de 2017 fue de 83.94 horas, la población que permaneció en el servicio por más de 6 horas fue el 88.2%, se encontró una correlación positiva entre la edad y la estancia hospitalaria, siendo los pacientes >65 años lo que presentaron un promedio de estancia mayor ( $\bar{x}=112.6$  horas) quienes a su vez presentaron más de un diagnóstico (68.3%) en comparación con los usuarios de 18 a 64 años que obtuvieron un promedio de estancia de ( $\bar{x}=84.3$  horas).

Este aumento de la proporción de >65 ha generado impacto en el sistema de salud, teniendo en cuenta que el consumo de la atención a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiopatías, cáncer, diabetes entre otras) es un factor que contribuye a la prolongación de la estancia hospitalaria.

## **RECOMENDACIONES**

Considerando que la estancia hospitalaria comprende múltiples factores, derivado de la condición de los pacientes, procesos asistenciales y organizacionales se recomienda realizar un ajuste del riesgo para identificar cuando la prolongación de estancia se asocia al proceso de atención y no a las características propias del paciente.

Se recomienda la implementación de unidades de transición para el diagnóstico y definición de los criterios de hospitalización en las áreas de urgencias, mejorando la calidad de la atención y reduciendo el hacinamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre-Gas H, García Melgar M, Garibaldi Zapatero J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac Med Mex.* 1997;133(2):71–7.
2. Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *CJEM Can J Emerg Med care = JCMU J Can soins médicaux d'urgence* [Internet]. 2003;5(3):155–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17472779>
3. Verelst S, Wouters P, Gillet J-B, Van den Berghe G. Emergency Department Crowding in Relation to In-hospital Adverse Medical Events: A Large Prospective Observational Cohort Study. *J Emerg Med.* 2015;49(6):949–61.
4. Loría-Castellano JO-DP. Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México. *Rev Cuba Med Intensiva y Emergencias* [Internet]. 2005;2005;4(1):7. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4\\_1\\_05/mie04105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol4_1_05/mie04105.htm)
5. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev Gerenc y Políticas Salud.* 2014;13(27):274–95.
6. Mora SL, Barreto CA, García LR. Procesos Médico–Administrativos en Hospitalizados y Prolongación de la Estancia. *Repert Med y Cirugía.* 2015;24(4):285.
7. Ministerio de la Protección Social. Eficiencia con Calidad y Seguridad para el Paciente [Internet]. Ministerio de la Protección Social . 2009 [cited 2018 Mar 18]. p. 68. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Eficiencia\\_con\\_calidad.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Eficiencia_con_calidad.pdf)
8. Trujillo Valderrama, Carmen Adriana; Sánchez Estupiñan Liliana; Herrera Acevedo Luis Enrique; Acosta R. Proceso: Atención en el servicio de

urgencias adulto y pediátricas Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva; 2017 p. 55.

9. Plan de desarrollo 2012-2016 [Internet]. Neiva; 2013. Available from: <http://www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=J9Nc356hZqk%3D&tabid=189&language=es-CO>
10. Lic. María Eugenia Elorza, Lic. Nadia Vanina Ripari, Lic. Franco Cruciani, Dra. Nebel Silvana Moscoso, Dra. María Eugenia Gullace. Clasificación de las causas para determinar estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. BVSSLD. 2012;
11. Arias M. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. Rev Chil pediatría. 2014;85(2):164–73.
12. David D, Inga P, María D, Farro EL, Correa Aldave J. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con enfermedad cerebrovascular [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo ; 2017 [cited 2018 Apr 24]. Available from: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9446/PacherresInga\\_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9446/PacherresInga_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. López Pardo P, Socorro García A, Baztán Cortés JJ. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. Gac Sanit [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2018 Apr 23];30(5):375–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300541>
14. Allaudeen N, Vashi A, Breckenridge JS, Haji-Sheikhi F, Wagner S, Posley KA, et al. Using Lean Management to Reduce Emergency Department Length of Stay for Medicine Admissions. Qual Manag Health Care [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 27];26(2):91–6. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00019514-201704000-00005>
15. Chau Rivera Tania Rocío del Pilar Director de Tesis Jhony A De La Cruz Vargas Asesor de Tesis Valentín Jorge Marín Suarez T EL. Asociación entre características clínico epidemiológicas del asma bronquial y la estancia hospitalaria en pacientes del servicio de Pediatría del Hospital Militar Central

de Enero 2010 a Diciembre 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2017 [cited 2018 Apr 24]. Available from: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1051/1/Chau Rivera Tania Rocío del Pilar\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1051/1/Chau_Rivera_Tania_Rocío_del_Pilar_2017.pdf)

16. Natividad M, Huayta M, Gonzalo A, Medina S, Gutierrez EG, Reyes ED, et al. Factores de riesgo neonatales asociados a prolongación de estancia promedio por GDR en Neonatología del HRDT 2011-2014 Risks factors neonatal associated an extension of stay average by GDR Neonatal Servicio HRDT 2011 -2014. ECIPerú [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 24]; Available from: [http://www.reddeperuanos.com/revista/eci2015irevista/09articulosaludMarey keNatividadMedina2.pdf](http://www.reddeperuanos.com/revista/eci2015irevista/09articulosaludMareykeNatividadMedina2.pdf)
17. Weingarten S, Riedinger M, Sandhu M, Bowers C, Ellrodt AG, Nunn C, et al. Can practice guidelines safely reduce hospital length of stay? Results from a multicenter interventional study. *Am J Med* [Internet]. 1998 Jul 1 [cited 2018 Apr 25];105(1):33–40. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934398001296>
18. Benavides Zúñiga A, Franco GC, Gallardo L, Ruiz GV. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N N. Sáenz. 2006;6(2):3–12.
19. Mcgonagle AK, Essenmacher L, Hamblin L, Luborsky M, Upfal M, Arnetz J. Management Commitment to Safety, Teamwork, and Hospital Worker Injuries. [cited 2018 Apr 26]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5113017/pdf/nihms822672.pdf>
20. Havyer RDA, Wingo MT, Comfere NI, Nelson DR, Halvorsen AJ, McDonald FS, et al. Teamwork Assessment in Internal Medicine: A Systematic Review of Validity Evidence and Outcomes. *J Gen Intern Med* [Internet]. [cited 2018 Apr 26];29(6):894–910. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11606-013-2686-8.pdf>
21. Mujumdar S, Santos Diana. Teamwork and communication: An effective approach to patient safety [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 26]. Available from: [http://www.dkgev.de/media/file/16510.RS169-14\\_Anlage\\_IHF-](http://www.dkgev.de/media/file/16510.RS169-14_Anlage_IHF-)

22. Naganathan G, Kuluski K, Gill A, Jaakkimainen L, Upshur R, Wodchis WP. Perceived value of support for older adults coping with multi-morbidity: Patient, informal care-giver and family physician perspectives. *Ageing Soc* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 26];36(9):1891–914. Available from: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6D099064D3A10F5773142CDEA5C1231A/S0144686X15000768a.pdf/perceived\\_value\\_of\\_support\\_for\\_older\\_adults\\_coping\\_with\\_multi\\_morbidity\\_patient\\_informal\\_caregiver\\_and\\_family\\_physician\\_perspect](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6D099064D3A10F5773142CDEA5C1231A/S0144686X15000768a.pdf/perceived_value_of_support_for_older_adults_coping_with_multi_morbidity_patient_informal_caregiver_and_family_physician_perspect)
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Colombia; 2008 p. 52.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 16]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
25. Gorbanev I, Cortés A, Agudelo S, Yepes FJ, Gorbanev I, Cortés A, et al. ¿Por qué los grupos relacionados de diagnóstico no se implementan en Colombia? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 Sep [cited 2018 Apr 27];31(9):2027–31. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000902027&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000902027&lng=es&tlng=es)
26. Gorbanev I, Martínez AEC, Londoño SA, Lujan FJY. Grupos relacionados por el diagnóstico: experiencia en tres hospitales de alta complejidad en Colombia. *Univ Médica* [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2018 Apr 9];57(2):171–81. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/17031>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015 [Internet]. Resolución 5596 de 2015 2015 p. 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5596-de-2015.pdf>
28. Casalino E, Wargon M, Peroziello A, Choquet C, Leroy C, Beaune S, et al. Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a

prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways. *Emerg Med J.* 2014;31(5):361–8.

29. Paolillo DE, Scasso A, Torres F, Barrios G, Tavares G, Ahmed Z, et al. Siniestros de tránsito, los Grupos Relacionados por el Diagnóstico y los costos hospitalarios. Características clínicas y costos de 740 pacientes hospitalizados por siniestros de tránsito en el trienio 2012-2014 en la Asistencial Médica Departamental de Maldonado, Uruguay. *Rev Médica del Uruguay* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 25];32:41–50. Available from: <http://www.gruposrelacionadosporeldiagnostico.com/siniestros.pdf>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1164 de 2007 [Internet]. 2007 1164 p. 30. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_1164\\_DE\\_2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf)
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. 6 edición. McGRAW-HILL/Interamericana editores SADCV, editor. México; 2014 [cited 2018 May 4]. 634 p. Available from: [https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada\\_de\\_la\\_investigac3a3c2b3n\\_-sampieri-\\_6ta\\_edicion1.pdf](https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada_de_la_investigac3a3c2b3n_-sampieri-_6ta_edicion1.pdf)
32. Kaji AH, Schriger D, Green S. Looking Through the Retrospectoscope: Reducing Bias in Emergency Medicine Chart Review Studies. *Ann Emerg Med.* 2014;
33. Polit-O'Hara D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud [Internet]. McGraw-Hill Interamericana; 2000 [cited 2017 May 29]. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-investigacion-cientifica-en-ciencias-de-la-salud-6-ed/9789701026908/732682>
34. Hosseinejad SM, Aminiahidasthi H, Pashaei SM, Khatir IG, Montazer SH, Bozorgi F, et al. Determinants of Prolonged Length of Stay in the Emergency Department; a Cross-sectional Study. *Emergency* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 28];5(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325925/pdf/emerg-5-e53.pdf>
35. Hendy P, Patel JH, Kordbacheh T, Laskar N, Harbord M. In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Clin Med* [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 Apr 9];12(4):320–3. Available from:



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22930874>

# **ANEXOS**

## Anexo A Instrumento de Recolección

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Código de ingreso:	Sexo:	Edad:		
Régimen de administradora:	Procedencia: (DPTO/MPIO)			
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS				
Clasificación Triage:	Diagnostico Ingreso # 1	Diagnostico Ingreso # 2	Diagnostico Ingreso # 3	Diagnostico Ingreso # 4
Diagnostico Egreso 1	Diagnostico Egreso 2		Diagnostico Egreso 3	
TIEMPOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA				
Fecha y hora de ingreso obs. D/M/A: Hora:		Fecha y hora de egreso obs. D/M/A: Hora:		
Tiempo esperado de observación:		Tiempo real de observación:	Tiempo prolongación observación SI: _____ NO: _____	
TIEMPOS DE ESPERA DESDE ORDEN MÉDICA INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA HASTA LA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA				
Fecha y hora de ingreso obs. D/M/A: Hora:		Fecha y hora de egreso obs. D/M/A: Hora:		
Interconsulta solicitada:		Tiempo esperado entre la orden médica y la valoración por especialista:		
DEFINICIÓN DE CONDUCTA				
Fecha y hora definición de conducta. D/M/A: Hora:		Horas para definición de conducta:		
HOSPITALIZACIÓN				
Fecha y hora orden de hospitalización. D/M/A: Hora:		Fecha y hora orden de hospitalización. D/M/A: Hora:	Horas en hospitalización:	
FACTORES ADMINISTRATIVOS A LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA				
Recurso humano		Trámite administrativo	Trámite de alta al paciente	
No disponibilidad de cama		Ausencia de suministros médicos	Otros	

<b>FACTORES PERSONAL SALUD A LA PROLONGACION DE LA ESTANCIA</b>		
<b>Contestar interconsulta</b>	<b>Programar intervención</b>	<b>Conducta diagnóstica</b>
<b>Indicar examen especial o laboratorio</b>	<b>Indicar interconsulta</b>	<b>Interpretación resultados</b>
<b>Prescripción</b>	<b>Administración medicamento</b>	<b>Trabajo equipo</b>
<b>Aplicación protocolos</b>	<b>Otros</b>	
<b>FACTORES DE USUARIO Y FAMILIA</b>		
<b>Falta recursos compra medicamento</b>	<b>Apoyo de red o familiar</b>	<b>Tipo de enfermedad</b>
<b>Falta recurso pago egreso</b>	<b>Complicación intrahospitalaria del paciente</b>	<b>Permanencia por recomendación</b>
<b>No adherencia al tratamiento</b>	<b>Otros</b>	
<b>CONDICIÓN FINAL AL EGRESO</b>		
<b>Hospitalizado</b>	<b>Alta</b>	<b>Fallecido</b>
<b>Hospitalizado en casa</b>	<b>Remitido</b>	<b>Retiro voluntario</b>

## Anexo B Aprobación Comité de Bioética



### COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

#### ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 012-005

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 23 de Noviembre del 2017.

**Nombre completo del Proyecto:** "FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA (EHP) EN EL SERVICIO DE OBSERVACIÓN ADULTOS DEL HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO - HUHMP "

Enmienda Revisada. Ninguna.

**Sometido por:** Investigadora Daniela Muñoz Rivera y Co-investigador Edwin Fernando Espinosa Artunduaga.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
  - a.  Resumen del proyecto
  - b.  Protocolo de Investigación
  - c.  Formato de Consentimiento Informado
  - d.  Protocolo de Evento Adverso
  - e.  Formato de recolección de datos
  - f.  Folleto del Investigador (si aplica)
  - g.  Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
  - h.  Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425  
Correo Institucional: [hospital.universitario@huhmp.gov.co](mailto:hospital.universitario@huhmp.gov.co)  
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co)  
Neiva - Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
  - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
  - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
  - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
  - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
  - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
  - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
  - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
  - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
  - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigadora: Daniela Muñoz Rivera.

  
**Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO**  
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación

¡Corazón para servir!  
Calle 9 No. 15-25 PBX: 871 5907 FAX: 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425  
Correo Institucional: hospital.universitario@huhmp.gov.co  
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co)  
Neiva - Huila