

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS
HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
PEDIATRIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL
PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.**

PARA OPTAR AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA PEDIÁTRICA

PRESENTADO POR

DRA. MARÍA ANDREA GUZMÁN DE FLORES

DRA. NATALIA CAROLINA VAQUERO QUINTANILLA

DOCENTE ASESORA

DRA. FÁTIMA DEL ROSARIO PINEDA FIGUEROA

DICIEMBRE, 2019

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.Ed JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, MARÍA AUXILIADORA Y SAN JUAN BOSCO: por brindarme la oportunidad de ser de ayuda en esta vida para con los demás, siendo de esta forma, lo que tanto se me inculcó a través de los años, sentado así pilares de lo que hoy en día soy, gracias por haberme brindado agudeza para entender, capacidad para retener y serenidad al interactuar a lo largo de mi profesión.

A MIS PADRES: por ser la base fundamental en vida, mi apoyo en vivir, por su paciencia, dedicación y amor inigualable, al serme brindado todos los días desde mi sola existencia, ya que, es gracias a ellos y sus enseñanzas que hoy en día puedo honrarlos de la manera en que la merecen por tanto que me dado a lo largo de los años.

A MIS HERMANOS: por estar en mi vida apoyándome, y brindándome un ejemplo de determinación y perseverancia ante cualquier situación de la vida, por brindarme su ayuda a lo largo de mi trayectoria tanto como persona y profesionalmente.

A MI ASESORA: por su determinación, dedicación, apoyo durante el proceso de investigación.

A MIS DOCENTES: por su dedicación y tiempo en la educación a lo largo de los años en mi profesión.

Dra. Natalia Carolina Vaquero Quintanilla

DOY GRACIAS PRINCIPALMENTE A DIOS por darme la vida, por permitirme formarme como médico y por hacerme su instrumento para ayudar a los más necesitados, por darme esta pasión de servicio, y por darme sabiduría, valentía y perseverancia para culminar este sueño: ser Pediatra.

A MIS AMADOS PADRES que con sacrificio y esmero dieron todo por mí, por mi formación en valores y siempre inculcándome el espíritu de servicio, con humildad y amor. Gracias a ellos soy lo que soy, una mujer valiente y esforzada, infinitamente agradecida por creer en mí y en mis sueños.

A MI AMADO ESPOSO, Mi ayuda idónea, que en todo momento estuvo a mi lado, me brindó su apoyo incondicional, hizo hasta lo imposible para que culminara mi sueño, y me brindo su amor y apoyo a lo largo de este camino que hemos culminado juntos.

A MI HERMANO: por siempre darme palabras de aliento en esos días difíciles, agradecida con el apoyo incondicional que siempre me has brindado.

A MI ASESORA, Agradecida por su infinita paciencia, por la confianza y amistad que nos ha brindado, un gran ejemplo a seguir, gracias por sus consejos que los atesorare para toda la vida.

A MIS MAESTROS gracias por enseñarnos de medicina y no solo de eso, sino que, de la vida, me llevo de cada uno grandes enseñanzas que lo pondré practica y recordare siempre.

A MI COMPAÑERA DE TESIS, agradecida por tu amistad, con la vida por haberte conocido y por ser mi apoyo en esos momentos en que sentía que ya no podía más, hoy podemos decir, ¡lo logramos!

Dra. María Andrea Guzmán de Flores

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	9
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3. ALCANCE DEL PROBLEMA.....	9
1.4. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.6. OBJETIVOS.....	11
1.7. JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	13
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	27
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN DE UNA MUESTRA.....	28
3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29
3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.6. ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
3.8. PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.....	31
4.1. CAUSAS MEDICAS.....	35
4.2. CAUSAS ADMINISTRATIVAS.....	39
4.3. CAUSAS PERSONALES.....	45
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
ANEXOS.....	55

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación consistió en identificar las principales causas de estancias hospitalarias prolongadas en el departamento de pediatría durante el periodo de enero a Julio del año 2018.

El objetivo de este estudio fue determinar cuáles fueron las principales causas administrativas, médicas y personales de cada uno de los pacientes estudiados, para realizar recomendaciones para la mejora de la atención de los usuarios y así disminuir los días de hospitalización de cada uno de ellos.

Se realizó estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en el cual se estudiaron 260 expedientes clínicos, utilizando lista de chequeo, recopilando los datos mediante bases de Excel.

Se determinó que de las principales causas administrativas que predisponían a más de 4 días de estancia hospitalaria, fueron la espera de las interconsultas con subespecialistas; así mismo se determinó que de las causas medicas la principal que aumentan los días de ingresos en los pacientes son el cumplimiento prolongado de medicamentos; y de las causas personales se determinó que el riesgo social, predispone a prolongar su estancia hospitalaria.

Por lo tanto, se concluyó que de las principales causas de prolongar los días de estancia hospitalarias en los pacientes son el cumplimiento prolongado de medicamentos, la espera de las citas con subespecialistas y todos los pacientes con riesgo social.

INTRODUCCIÓN

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación. En el caso de El Salvador, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad.

La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación en la salud pública a nivel mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgos de eventos adversos. En el presente trabajo se realizará una investigación que enumera las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia hospitalarias así como también determinar las principales complicaciones o repercusiones de la misma en el estado de salud del paciente y a la institución de salud.

Un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad.

Es por ello, que se ha querido investigar esta problemática en el servicio de Pediatría del hospital San Juan de Dios de Santa Ana, debido a que no hay datos de antecedentes de este tipo de estudio en dicho servicio. Y así poder aportar medidas o recomendaciones para disminuir los índices de días de estancias hospitalarias prolongadas en este centro.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En los servicios de pediatría del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, se reciben todos los pacientes que vienen referidos de hospitales periféricos de segundo nivel y de unidades de salud. Se reciben pacientes para ingreso en un promedio de 15 pacientes al día. Además, se ingresan pacientes que han sido evaluados en la consulta externa y que ameritan ingreso. Muchos pacientes son ingresados para cumplimiento de antibiótico, procedimientos quirúrgicos, estudios especializados, etc. Sin embargo, un porcentaje de los pacientes por múltiples causas, las cuales se necesitan determinar, producen alargamiento de días de estancias hospitalaria, produciendo consecuencias en los pacientes y gastos hospitalarios.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL:

El estudio se realizó en los servicios de pediatría general, neumología y cirugía pediátrica del hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

1.2.2. DELIMITACIÓN DE TIEMPO:

Se realizó el estudio en el periodo comprendido de enero a Julio del año 2018.

1.3. ALCANCE DEL PROBLEMA

Pacientes que cumplieron más de 4 días de estancia hospitalaria comprendidos en el periodo, indagando la o las causas del alargamiento de estancia hospitalaria

1.4. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN

Pacientes con menos de 4 días de estancia hospitalaria, pacientes ingresados en UCIP, Nutrición e intermedios

1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales causas que prolongan los días de estancia hospitalaria de los pacientes de los servicios de pediatría general, neumología y cirugía pediátrica del hospital de San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo comprendido de enero a Julio 2018?

1.5.1. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

¿Cuáles son las principales causas de estancias hospitalarias prolongadas de los pacientes de los servicios de pediatría general, neumología y cirugía pediátrica del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana?

¿Cuáles son las principales causas administrativas que predisponen a prolongar los días de ingreso hospitalario en los pacientes de pediatría?

¿Cuáles son las principales causas médicas que prolongan los días de estancia hospitalaria?

¿Cuáles son las principales causas personales de los pacientes que prolongan los días de ingreso hospitalario?

1.6. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las principales causas de estancias hospitalarias prolongadas de los pacientes de los servicios de pediatría general, neumología y cirugía pediátrica del hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Objetivos Específicos:

- Determinar las principales causas administrativas que predisponen a prolongar los días de ingreso hospitalario en los pacientes de pediatría.
- Identificar las principales causas médicas que prolongan los días de estancia hospitalaria.
- Definir las principales causas personales de los pacientes que prolongan los días de ingreso hospitalario.

1.7. JUSTIFICACIÓN

Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud, que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales.

Es esencial agilizar el manejo de los pacientes, acortando y haciendo eficaz su estancia hospitalaria, lo cual inicia con un diagnóstico adecuado y oportuno, para que de esta manera se establezca según normativa el tratamiento y se brinde una atención de calidad.

Ante el alza de casos epidemiológicos que aumentan el número de ingresos hospitalarios e importante establecer criterios unificados de tratamiento y de egreso, por lo que se hace sumamente necesario conocer las principales causas que prolongan el tiempo de las estancias hospitalarias y de esta manera concientizar a los médicos y tratar de disminuir costos que pueden invertirse en medicina preventiva y en atención de calidad a los pacientes.

Lo antes expuesto abre un camino de investigación que permitió realizar propuestas para disminuir estancias hospitalarias prolongadas innecesarias.

Además, proporciono sentar precedentes sobre este tema en el Hospital en estudio ya que no se encontró ningún antecedente o investigación previa.

Y se garantizó que no hubo efectos adversos o riesgos hacia los pacientes ya que se realizó revisión de expedientes.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación. El sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes. Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos. Teniendo en cuenta que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios), es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad. (Ceballos-Acevedo T., 2014)

De este modo, unos servicios de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad

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

- Limita la capacidad de los hospitales, dificultando el acceso de pacientes a una cama hospitalaria.
- Al presentarse mayor estancia, hay menor disponibilidad de cama y mayor saturación en los servicios de urgencias por la espera de pacientes por cama. Se suma a esta situación el déficit de camas, un problema común en la capacidad de atención de los hospitales en países como Colombia, Argentina, Brasil y México, según la encuesta del Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial del 2007.
- Incrementa los costos de operación por el uso no apropiado de los recursos.

- Afecta la calidad de la atención, en términos de seguridad del paciente. El hecho de que se incremente la duración de la estancia, hace que se suba la probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso, y especialmente de contraer infecciones nosocomiales, que pueden llevar a la muerte. Asimismo, el hecho de que un paciente sufra un evento adverso, puede llevar a un aumento de la estancia hospitalaria. (Ceballos-Acevedo T., 2014)

Ante esto, las instituciones de salud tienen la necesidad de reducir la estancia hospitalaria para aumentar el flujo de pacientes a través del logro de mayores niveles de eficiencia en la operación, sin afectar la calidad de la atención. Según el grupo de investigación de Advisory Board Company, los hospitales que logran reducir las estancias prolongadas de pacientes pueden agregar camas, aumentando así la capacidad efectiva.

La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico. Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad, además, en estos casos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se retardan siendo estos atribuibles a la organización hospitalaria, mejorar los servicios a los pacientes trae beneficios tanto para este como para la institución como:

- Mejora la rotación de la cama hospitalaria haciendo más oportuno el servicio.
- Se disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria.
- Descongestiona los otros servicios (cirugía y urgencias) disminuyendo la hospitalización del paciente en sillas y camillas.

Es el conocimiento tácito y tangible, lo que nos permitirá mejorar la atención del paciente, identificando los protocolos de abordaje que nos permitan efectivamente manejar bien el paciente, al igual que conociendo los errores que permiten el desarrollo de complicaciones, sólo así podremos evitarlos en el futuro para el bien de nuestros pacientes y de la institución dando como resultado un egreso oportuno a los usuarios.

La estancia hospitalaria generalmente se debe por falta de insumos, medicamentos, valoraciones de médicos tratantes no pertinentes, siendo la mayor importancia las infecciones nosocomiales que ocasionan estancias hospitalarias prolongadas, estas se definen como la infección que adquiere un paciente durante su hospitalización, que no padecía previamente ni la estaba padeciendo en el momento de la admisión. (Caballero-Delgado Y, 2011)

El principal teórico de la calidad en salud, Avedis Donabedian, propone elementos clave que permitan lograr la productividad requerida por las instituciones y el resultado en salud para los pacientes. Los recursos hospitalarios son limitados y su uso racional permitirá que la asistencia prestada sea más eficaz y eficiente.

El programa de calidad en los hospitales debe incluir tanto la atención directa de los factores que afecten los índices de morbimortalidad, así como aquellos que afectan el costo de la atención de los pacientes, por otro lado, también se debe valorar la satisfacción de estos como receptores de un servicio.

Los conceptos de eficiencia y competitividad en los hospitales han sido introducidos en las últimas décadas y una forma de medirlos es por medio de indicadores, con lo cual la implementación de procesos para que la mejor gestión de los recursos tenga una evaluación constante de la actividad.

La estancia hospitalaria es uno de los indicadores de la calidad que se mide en la atención. Su prolongación incrementa la morbimortalidad, disminuye la disponibilidad de camas y aumenta los costos para la organización hospitalaria.

La EHP (Estancia hospitalaria prolongada) se encuentra asociada con los riesgos de infección, eventos adversos, fatiga del cuidador, trastornos psicológicos en el paciente, solvencia del sistema de salud y eficiencia de las instituciones, por lo que una buena gestión redundará en una mejor calidad del sistema de salud.

A la EHP se le han atribuido múltiples causas de tipos sociales, asociadas con el prestador y de planificación y gestión hospitalaria, entre las cuales están la

funcionalidad familiar del paciente, la existencia o no de cuidador, red de apoyo social, ubicación geográfica, sitio de vivienda y la capacidad cognitiva adecuada o alterada.

Entre las causas relacionadas por el prestador se encuentran la infección nosocomial, aplazamiento de procedimientos quirúrgicos, disponibilidad de materiales e insumos para su atención, manejo por personal en entrenamiento o estudiantes y no adherencia a protocolos institucionales.

En un estudio de tipo transversal realizado en el Hospital de San José (HSJ) de Bogotá DC, Colombia, que presenta una complejidad y una diversidad en atención al ser un centro de referencia a nivel nacional. Tiene una capacidad instalada (a mayo de 2014) de 329 camas, de las cuales 152 comprenden el servicio de hospitalización general. El promedio de solicitud de camas para el 2012 fue de 405 semanales y la asignación fue de 220 dejando de asignar un total de 254 por semana.

En cuanto a los participantes de dicho estudio se excluyeron pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía general. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de deterioro cognitivo (demencias o deterioro leve), con alteraciones sensoriales que les impidieran diligenciar las pruebas y que no sabían leer ni escribir. Se realizó un muestreo no probabilístico seleccionando los participantes de manera consecutiva. El tamaño de la muestra se calculó asumiendo un error tipo I de 0,05, el poder del estudio de 80%, una población de 2.308 pacientes hospitalizados al mes, una prevalencia de EHP de 50% y precisión de 8%. Se estimó así un tamaño de la muestra de 470 pacientes.

El procedimiento se llevó a cabo con los pacientes que fueron reclutados en hospitalización; para participar en el estudio se pidió su asentimiento verbal. Un asistente de investigación entrenado siguió las instrucciones de los desarrolladores y realizó una encuesta sobre variables sociodemográficas: edad, género, procedencia (rural o urbana), residencia (Bogotá DC o fuera), estado civil, estrato, escolaridad, ocupación, número de personas a cargo, dependencia económica (si depende de otros para su sustento) y proximidad familiar (presencia o no de red de apoyo). A partir de historias clínicas y de registros de hospitalización se obtuvo la información sobre

estancia hospitalaria: patología, fechas de hospitalización, de alta probable y de alta real, infecciones asociadas con el cuidado de la salud, complicaciones diagnósticas, complicaciones terapéuticas, causas de retraso del procedimiento, tiempo de las complicaciones, demoras en tomas de decisión y por responsabilidad médica; para estas se registraron el tiempo y las causas.

La EHP fue definida como la diferencia en tiempo entre el egreso real del paciente y el probable informado por el especialista tratante. El adicional al probable es el tiempo consignado por el médico tratante en la valoración inicial que queda consignado en los tableros de cada pabellón.

En los resultados de dicho estudio se determinó que la EHP puede influir en la calidad de la prestación de los servicios y es un indicador indirecto de la calidad del cuidado en salud. Los riesgos inherentes directos e indirectos que presenta el paciente durante la estancia hospitalaria, hacen necesario que el tiempo para resolver un proceso morboso interinstitucional sea el adecuado, ni mayor ni menor. Dentro de algunos problemas que puede ocasionar la EHP son los costos para los aseguradores y la familia, también se afecta la esfera familiar y el estado de salud de los pacientes. La EHP se presentó en 26,7% de los casos, con 1,3 días promedio de estancia adicional, cifra por encima de lo reportado en el estudio de Aguirre-Gas y col.16 realizado en 400 pacientes de un hospital de tercer nivel en la ciudad de México donde la EHP se presentó en 23.9%, con un promedio de 7,7 de estancia adicional. El estudio de González-Angulo¹ realizado en el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” (HCAGG) de la ciudad de Tepic, México, en el que se revisaron 219 historias clínicas se encontró una EHP de 18% y promedio general de 15.8 días; este estudio definió la EHP como tiempo mayor a siete días de hospitalización, mientras que en nuestro estudio se estableció como tiempo adicional al probable, este pudo ser un motivo para tener una EHP más alta en el HSJ, pues quedaron incluidas las estancias menores a siete. (Mora, Barreto, & Garcia, 2015)

La población del estudio era en su mayoría del área urbana y 85% residían en la ciudad de Bogotá; proceder de áreas rurales o de otras ciudades es un factor administrativo de EHP debido a que puede presentarse la demora en la autorización

de equipos o traslados al momento del egreso, algunos especializados en ambulancia o en avión, lo que traduce en espera por la autorización o que haya disponibilidad de transporte. Al ser un hospital de referencia nacional es posible que nos enfrentemos con estos casos, los cuales se deben prever desde el inicio de la hospitalización para superar los trámites administrativos. Sin embargo, en nuestro estudio estas condiciones no se asociaron con la estancia prolongada. Entre las otras características de la población encontramos que la mayoría eran casados o en unión libre, lo que indica que no vivían solos y contaban con personal que pudiera apoyarlos durante y después de la hospitalización. Así mismo es dicho estudio se determinó en los pacientes con deterioro cognitivo importante clasificados de acuerdo con la escala Pfeiffer un mayor tiempo de EHP, que concuerda con otros estudios como el de Guerrero y col17 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, donde el promedio de días de EHP fue de 21, mayores que los nuestros posiblemente por la edad avanzada de sus participantes (promedio 8,2 años), confirmando que el deterioro cognitivo es un factor predictor de la estancia prolongada.

El apoyo familiar es un condicionante para el adecuado control de las enfermedades. Influyen en la prolongación las dinámicas familiares y sociales complejas con un pobre apoyo de la familia, los lazos débiles, la poca disponibilidad de cuidadores entrenados o pacientes que por su estado de gravedad ingresan sin familiares, así como la presión de los familiares de no querer recibir el alta aunque en la clínica no se cuente con indicaciones de continuar el manejo institucional.⁴ En 91,5% de nuestros casos se encontraron familias muy funcionales y apoyo sólido; solo 2,6% mostraron deterioro importante de la función familiar.

Se logró observar en los resultados que aquellos con disfunción severa presentaron mayor tiempo de estancia comparados con los de funcionalidad normal, pero estos resultados no tienen significación estadística. Aquellos que con dependencia económica cursaron con un menor tiempo de hospitalización, atribuible al mayor apoyo familiar.

Las infecciones nosocomiales son una de las principales complicaciones de los hospitalizados^{18,19} en especial aquellos con factores de riesgo que predispongan a

la colonización e infección con gérmenes multiresistentes.²⁰ Las infecciones asociadas con el cuidado de la salud estuvieron presentes en 11,5%, mientras que en el estudio de Aguirre¹⁶ fue de 13.2%. La neumonía causó un mayor tiempo de EHP con significancia estadística, las bacteriemias, aunque aportaron un número importante de días de estancia, no fueron significativas con respecto a aquellos que no las presentaron. Se ha descrito que las infecciones intrahospitalarias presentan hasta cinco días de EHP (herida operatoria 7,5 días, bacteremias 7 a 21 días, neumonía 6,8 a 30 días e infección urinaria 1 a 4 días^{21,22}, es por ello la importancia de mejorar la calidad asistencial que impacte en la disminución de las infecciones nosocomiales que se traduciría en un menor requerimiento de días de hospitalización. (Mora, Barreto, & Garcia, 2015)

Por otro lado, en dicho estudio se determinó el retraso en la realización de procedimientos se presentó en 13,4% y de estos casi la mitad se debieron a falta de disponibilidad de salas quirúrgicas, aportando un día de estancia prolongada, mientras que la falta de dispositivo médico arrojó 17,5 días ($p=0,001$). Es común en pacientes que requieren cirugías complejas de alto nivel la demora en equipos protésicos como stents o prótesis ortopédicas que muchas veces no hay en la institución, lo que se asocia con pausa en la realización de procedimientos, confirmando que las patologías cardiovasculares fueron de mayor estancia. (Mora, Barreto, & Garcia, 2015)

Se concluyó 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. Los pacientes con deterioro cognitivo importante presentan una EHP mayor que aquellos que no lo tienen, por lo que se debería incluir dentro de los protocolos de atención y así buscar disminuir los días de estancia. Los factores médico-administrativos que determinan la EHP en el HSJ están acorde con lo descrito en la literatura, donde las patologías cardiovasculares, las infecciones asociadas con el cuidado de la salud y la falta de dispositivo médico aportaron los mayores días de

estancia. Asimismo, se deben evaluar los procesos de atención de las intervenciones quirúrgicas. (Mora, Barreto, & Garcia, 2015)

En otro estudio, Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital determinaron que los programas de calidad en los hospitales, en general debe incluir entre otros aspectos, la atención directa de problemas que aumentan el costo de la atención de los pacientes y no sólo los índices de morbilidad. Se debe valorar la satisfacción de los pacientes como receptores de un servicio, otorgado por un personal que se sienta satisfecho, con la utilización eficiente de los recursos y la determinación de hacerlo bien y de inmediato. La calidad debe ser expresada en términos concretos, que refieran el material ideal y excelencia en la técnica de los servicios médicos. El aumento de los costos hospitalarios ha obligado a la búsqueda constante de situaciones que han contribuido a agravar este problema; las políticas de admisión hospitalaria de las instituciones de salud del Sector Público, al parecer no contribuyen a disminuirlo, por no considerar la influencia que ejercen en ese sentido los pacientes, los médicos y las propias unidades hospitalarias. Se debe considerar entre otros indicadores, la tasa de utilización hospitalaria como se hace en Estados Unidos de Norteamérica (EU). La Secretaría de Salud (SS) de México, ha considerado útil el indicador general de 7 días para hospitales generales de 120 camas; la estancia promedio en los servicios obstétricos de 3 días y el mismo parámetro de 7 días para medicina interna, mientras que en los servicios de neonatología puede ser de 12 días. En México, los sistemas de salud se han desarrollado mediante esquemas de empresa habilitados por el Gobierno, para ser utilizados tanto por pacientes que pagan sus servicios, como por indigentes que reciben atención gratuita, convirtiéndose el estado a la vez en proveedor y comprador de servicios. (Angulo JG, 2009)

Se obtuvieron las siguientes conclusiones: a) En el HCAGG el tiempo prolongado de estancia hospitalaria es dependiente de la actuación de los prestadores de servicio. b) La actuación del prestador de servicio es un riesgo para que se prolongue el tiempo de estancia en el HCAGG.

En el HCAGG la estancia hospitalaria prolongada, se encuentra relacionada con las decisiones de aplazamientos de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuya voluntad de realizarlos depende de los prestadores de servicio y no de los programas.

Con la enfermedad la relación depende de la evolución del padecimiento. Los factores que contribuyen a la prolongación de la estadía hospitalaria en el HCAGG son:

- a. Aplazamiento de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos.
- b. Retención de pacientes por la necesidad de implantes ortopédicos.
- c. Infección nosocomial
- d. La insistencia del personal médico en realizar procedimientos quirúrgicos (Angulo JG, 2009)

La estancia hospitalaria es un buen indicador de calidad de la atención en salud. La estancia prolongada en una unidad neonatal afecta la calidad, genera costos elevados para el Estado y su familia, afecta el vínculo y condición laboral de los padres, y causa deterioro del estado de salud de los pacientes.

La estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha sido definida en forma arbitraria³⁻⁶, oscilando entre 3 a más de 30 días, afectando las incidencias en los diversos estudios, que van desde 5 al 34,2%. El tiempo de estancia hospitalaria depende de varios factores, entre los cuales se destacan la comorbilidad y el grado de severidad de la enfermedad y sus complicaciones. Los cuidados intensivos representan un alto porcentaje del presupuesto de los hospitales, y tiende a aumentar con el tiempo. Una UCI puede consumir entre un 22 y 34% de los costos hospitalarios totales. La estancia prolongada (mayor de 13 días) representa el 7,3% del total de admisiones y consume el 43,5% de días-cama de una UCI (M., 2014)

La duración de hospitalización de un paciente depende de circunstancias relacionadas con el sistema de salud como el estilo individual de práctica médica, el número de camas del hospital y el método de pago (si existe un prepago o cuota por el servicio), esto es conocido como suministro de servicio. Alternativamente, el tiempo

de estancia hospitalaria puede depender de factores relacionados con el paciente: estatus socioeconómico, gravedad del padecimiento y presencia de comorbilidades, conocidos como factores de demanda.

En el estudio "Aguirre-Gas H, García Melgar M, Garibaldi Zapatero J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel." al comparar dos hospitales con paciente hospitalizados con características sociodemográficas y motivos de ingreso similares, se encontró significativamente una menor frecuencia de estancia prolongada intrahospitalaria y de días de hospitalización en los pacientes que durante su hospitalización en medicina interna fueron vistos por un médico con funciones de médico hospitalista. La prevalencia en general de estancia prolongada intrahospitalaria fue de 30 % y la principal causa de la estancia prolongada intrahospitalaria no médica fue "pendiente la realización de algún procedimiento médico o quirúrgico". Nuestros resultados son similares a los observados por Aguirre Gas y colaboradores, quienes estudiaron la prevalencia y las causas de estancia prolongada intrahospitalaria en un hospital de tercer nivel.

La estancia prolongada intrahospitalaria se ha asociado significativamente con mayor edad de los pacientes, sin embargo, en nuestro estudio no se observó dicha asociación y la edad de los pacientes hospitalizados con o sin estancia prolongada intrahospitalaria fue similar (55 ± 17 adversus 57 ± 16 años, $p = 0.48$). La prevalencia mayor de estancia prolongada intrahospitalaria en el Hospital General Regional se debió a que los pacientes hospitalizados en medicina interna no cuentan con un médico especialista y los pacientes durante el transcurso de la mañana están a cargo de médicos residentes, ya que los médicos internistas pasan visita por la mañana y posteriormente bajan a realizar la consulta externa del servicio, en comparación con el Hospital General Regional, donde el piso de medicina interna se encuentra a cargo de un médico que se queda durante todo su turno a cargo de las labores del servicio, mientras los otros médicos internistas pasan visita y después acuden a la consulta externa.

En este caso, los médicos internistas del Hospital General Regional muestran algunos de los roles del médico de hospitalización: están disponibles durante todos los turnos y con esto pueden responder rápidamente a la agudización de algún

síntoma, pueden interpretar exámenes de laboratorio y gabinete recientes, agilizar los procedimientos tanto médicos como quirúrgicos e interconsultas, funciones que contribuyen a disminuir la estancia intrahospitalaria. Además, los médicos especialistas aprenden a navegar más eficazmente en el complejo ambiente hospitalario.

Estos médicos también pueden hacerse expertos en las diferentes áreas clínicas de acuerdo con la experiencia adquirida. Se ha observado que en los pacientes hospitalizados vistos por un médico especialista su estancia hospitalaria se reduce de 3.45 días a 2.19 días ($p = 0.001$), así como los costos por hospitalización de 2332 a 1775 dólares ($p = 0.001$).¹⁰ Sin embargo, no se ha observado una disminución en la mortalidad y la frecuencia de readmisión hospitalaria cuando los pacientes hospitalizados son tratados por un médico especialista.

Desde que los médicos especialistas fueron descritos hace más de una década, han emergido como uno de los grupos de profesionales de la salud con más rápido crecimiento en Estados Unidos. Datos recientes indican que 29 % de los hospitales con 200 o más camas tienen un médico especialista. (Aguirre-Gas H, 1997).

Por otro lado, la contención de costos es una preocupación actual y prioritaria en el contexto de la salud en los países desarrollados, sobre todo en áreas de gastos excesivos con resultados aparentemente insatisfactorios, como lo representan las unidades de terapia intensiva (UTI), donde se llegan a emplear abundantes recursos en la atención de enfermos con bajas probabilidades de sobrevivir y una dudosa calidad de vida posterior. Así, hay estudios que mencionan que la UTI puede ocupar desde un 22% hasta un 34% de los costos hospitalarios totales.

La estancia en la UTI se considera un marcador subrogado del empleo de recursos en muchos estudios clínicos ya que es relativamente constante para diferentes categorías diagnósticas. El análisis de los patrones de empleo de los días en UTI es, por lo tanto, un importante paso hacia la optimización de recursos en el área de la medicina crítica y la reducción de la estancia en la UTI se ha considerado un blanco para los esfuerzos futuros de abatimiento de costos en salud.⁸ En la mayoría de los estudios, la estancia prolongada en la UTI ha sido definida en forma arbitraria, y oscila desde más de 3 días a más de 30 días, por tanto la incidencia es amplia en

los diversos estudios, y va desde el 5% hasta el 34.2%. Estos enfermos condicionan desde un 23% hasta un 80.8% de los días-cama totales de las UTI y la mortalidad va desde 39.8% a 53.0%. Por ello, consumen hasta casi la mitad de todos los recursos de la UTI. Así, en un estudio canadiense, la población con estancia prolongada (> 13 días) contó para sólo el 7.3% del total de admisiones y, sin embargo, consumió el 43.5% de días-cama totales de la UTI, contra 60.3% de las admisiones totales que permanecieron por dos días o menos y consumieron sólo 16.4% de los días-cama de UTI. Además, el periodo de sobrevida posterior al egreso hospitalario se ha reportado de 50% a los 30 meses, por lo que esta población se considera de interés para fines de contención de costos. Es por ello que sería conveniente identificar a esta población que finalmente tiene bajas probabilidades de sobrevida en la UTI y considerar el retiro temprano del apoyo vital para evitar sufrimiento innecesario y el dispendio de recursos. (Sánchez V, 2002)

Si bien existen criterios bien establecidos para el egreso de los enfermos de la UTI, con relativa frecuencia permanecen en la unidad por diversas razones: retiro difícil de la ventilación mecánica, coma, etc. Esta población es de muy difícil manejo por sus condiciones clínicas, los problemas familiares generados de esto, las demandas legales a que pueden dar lugar y por el agotamiento del personal involucrado en su atención. La definición de estancia prolongada en UTI está lejos de ser universal y se han empleado desde cifras arbitrarias hasta algunos métodos estadísticos sencillos, por ejemplo, el 5% de las estancias más largas en UTI. Incluso, se ha propuesto que los enfermos con estancias superiores a los 30 días se consideren “outliers”. Como proponen algunos autores, para el reporte de la estancia en UTI es más conveniente la mediana que la media aritmética habitualmente descrita, ya que en la mayoría de las UTI's esta variable dimensional tiene una distribución con sesgo positivo. En nuestro estudio se decidió considerar la estancia prolongada posterior al tercer cuartil, ocurriendo > 6 días, así, el 80% de la población queda incluida dentro de los primeros tres cuartiles, esto es un abordaje novedoso dentro del contexto de la medicina crítica.

Los factores de riesgo para estancia prolongada en UTI se han estudiado más en enfermos quirúrgicos cardiovasculares, así, Imperial y cols. encontraron que el

tiempo prolongado de circulación extracorpórea, las horas de intubación y la reintubación fueron predictores de estancia > 1 día. Lawrence y cols. reportaron que la calificación de Parsonnet > 10 condicionaba una mayor estancia ($p < 0.01$). Hay estudios que reportan mayor estancia en la UTI en mujeres que sufrieron revascularización coronaria después de ajustar para las demás variables. Esto concuerda con nuestros resultados en que el género femenino acarrea un riesgo de hasta dos veces de mayor estancia en UTI. Otro estudio, encontró que la edad promedio de 68 años y la presencia de comorbilidad y el requerimiento balón de contrapulsación aórtica fueron condiciones que obligaban a una mayor permanencia en UTI. En enfermos politraumatizados también se ha encontrado correlación entre comorbilidad y estancia prolongada. En nuestro estudio también encontramos que la comorbilidad, medida por la calificación de Charlson tenía una correlación significativa con la estancia prolongada, sin embargo, esta variable perdió peso al someterla al análisis multivariado. Becker et al. encontraron correlación entre el componente agudo del APACHE III y la estancia prolongada en UTI.⁴⁰ En nuestro estudio empleamos el APACHE II que ya ha sido validado en nuestra población y encontramos que una calificación superior a 10 puntos implicó un riesgo 3 veces superior de estancia prolongada, esto junto con la presencia de falla orgánica al ingreso y la alta invasividad terapéutica, traducen el efecto de la gravedad de la enfermedad como importantes componentes predictores de estancia prolongada en UTI.

Otros factores de riesgo reportados incluyen la procedencia de hospitalización o traslado con un riesgo de 2.8 (IC95% 2.0-4.0), la reducción en la variabilidad de la frecuencia cardíaca en post-operados de aorta abdominal ($p < 0.01$), y el diagnóstico de politrauma. Higgins y cols. encontraron que el género masculino acarrea un mayor riesgo de estancia prolongada a diferencia de nuestros resultados, además, reportaron que la gravedad de la enfermedad sólo explicaba parcialmente la estancia prolongada y la estancia hospitalaria previa al ingreso a la terapia era un factor de riesgo adicional. Sin embargo, el presente estudio no encontró significancia al considerar dicha estancia. Es probable que los resultados difieran considerando que el abordaje de Higgins fue asignar un peso específico diferente para cada día de estancia y ésta fue la variable dependiente en su análisis. Otros estudios han reportado

las mismas complicaciones en este tipo de enfermos: arritmias, falla renal, respiratoria y cardiaca (choque) e infecciones nosocomiales y mayor empleo de ventilación mecánica al igual que en nuestra población. Sin embargo, pocos estudios, a diferencia del nuestro, abordan las consecuencias de la larga permanencia en UTI: el uso importante de accesos invasivos condiciona la mayor frecuencia de infecciones nosocomiales.

Asimismo, es notable el mayor empleo de hemoderivados, consecuencia de la pérdida hemática común en el enfermo crítico; y procedimientos endoscópicos respiratorios y digestivos lo que traduce la sospecha de complicaciones propias de la UTI (STDA, atelectasia, neumonía). Además, el empleo de fármacos en infusión continua es de 2 a 8 veces más común en esta población, lo que explica una parte de los costos. Swoboda et al. reportaron el impacto sobre las actividades de la familia del enfermo con estancia prolongada en UTI: mayor necesidad de tiempo del familiar con su enfermo, requiriendo reducción de jornadas laborales y escolares y modificación del estilo de vida, incluso con enfermedades en la familia.⁹ En los estudios acerca de la calidad de vida de esta población se encuentra que la recuperación psicosocial es más temprana que la física y, en términos generales, buena aunque no tanto como el resto de la población. Dicha mejoría es progresiva y esto correlaciona con la apreciación de su familia. Sin embargo, en enfermos terminales en quienes se prolonga la estancia en UTI, la consulta de un servicio de ética ofrece un abordaje promisorio con mejor comunicación entre médicos y familiares, decisiones más frecuentes de retiro de apoyo vital y reducción de la estancia en UTI. Para evitar el problema de la estancia prolongada en la UTI es conveniente revisar diariamente las condiciones clínicas del enfermo para identificar el momento en que ya no puede recibir más beneficio de su estancia, esto es, ha alcanzado la homeostasis y el apoyo terapéutico es mínimo o el enfermo está tan deteriorado que intervenciones adicionales no harán más que prolongar su agonía. El Instituto para la Mejora del Cuidado en Salud (IHI) ha seleccionado entre las áreas de interés la reducción de la estancia en las UTI's en más del 25% después del análisis exhaustivo de la literatura encontrando que hay fuerte evidencia científica que se puede mejorar este rubro. (Sánchez V, 2002)

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un tipo de estudio retrospectivo, descriptivo, de casos de pacientes que se encontraron hospitalizados en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo comprendido de enero a Julio del 2018. Según los Estándares de calidad de dicho centro la estancia promedio para el departamento de Pediatría varía entre 2 – 4 días, por lo que se tomó esta pauta para establecer los pacientes a estudiar que son los que estuvieron más de 4 días de estancia hospitalaria.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Todos aquellos pacientes que cumplieron más de 4 días ingresados en los servicios de pediatría del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2018, en total fueron 801 pacientes. Aclarando que egresos totales comprendidos en ese periodo fueron 2008 (Salud, 2018), de los cuales se excluyeron pacientes fallecidos 52, pacientes egresados del servicio de nutrición 159, pacientes ingresados en UCIP 99 y pacientes que cumplieron menos de 4 días de estancia hospitalaria 897; dando un total de 801 que cumplen criterios de inclusión.

El tamaño de la muestra se calculó asumiendo un error tipo I de 0,05 (LE 5%), nivel de confianza del 95% (Z) del estudio de 80%, proporción de éxito 50% (P 0.5) a una población de 801 pacientes hospitalizados que cumplen los criterios de inclusión durante el periodo comprendido. Se estimó así un tamaño de la muestra de 260 pacientes, según la siguiente formula:

$$n = \frac{N Z^2 P (1 - P)}{(N - 1) (LE)^2 + Z^2 P (1 - P)} \quad \text{donde :} \quad \begin{array}{l} N : \text{tamaño de población} \\ Z : \text{nivel de confianza} \\ P : \text{proporción de éxito} \\ LE : \text{máximo error de estimación} \end{array}$$

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN DE UNA MUESTRA

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes que tienen más de 4 días de ingreso en los servicios de Pediatría del Hospital San Juan de Dios de Santa.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes que tienen menos de 4 días de estancia hospitalaria del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
 - Pacientes ingresados en el servicio de nutrición.
 - Pacientes ingresados en UCIP
 - Pacientes fallecidos durante ese periodo.

3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items
Estancia Hospitalaria Prolongada	Medicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostico principal 2. Tratamiento Complicaciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Principales diagnósticos de ingreso 2. Tipo de tratamiento 3. Días de tratamiento Complicaciones durante su ingreso
	Administrativas	<ol style="list-style-type: none"> 3 Trabajo social 4 Estudios de gabinete 5 Interconsulta subespecialista 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casos con trabajo social 2. Estudios especiales 3. Tipo de estudio 4. Días de realización de estudio 5. Exámenes de laboratorio 6. Tiempo de respuesta de exámenes de laboratorio l/c con subespecialista
	Personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo social 2. Enfermedades crónicas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 3 meses 2. Domicilio lejano 3. Casos con fiscalía 4. Antecedentes médicos 5. Antecedentes quirúrgicos

Figura 1: Tabla de operacionalización de las variables

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El servicio de Pediatría de Hospital Nacional San Juan De Dios de Santa Ana presta los servicios de mediana y alta complejidad en la región occidental del país y cuenta con 7 Pabellones de cuidados hospitalarios, dentro de ellos 1 servicio de cuidados intermedios y Unidad de cuidados Intensivos Pediátricos.

Estrategia de recolección: El sistema de evaluación de los factores de riesgo se hizo mediante la revisión de expedientes clínicos, estancia hospitalaria, caracterización del paciente y verificación de listas de chequeo.

Procesamiento de datos: La información recopilada se procesó en Excel 2018 y se representó mediante tablas y gráficos.

Instrumento: Ver Anexo 3

3.6. ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para acceder a la información se solicitó el permiso del director del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana y del comité de Ética en investigación, con el fin de revisar las historias clínicas de los pacientes. Como consideraciones éticas del presente estudio se garantizó los cinco principios éticos: No Maleficencia, Beneficencia, Justicia, Autonomía, e Integridad de los datos de los pacientes incluidos en el estudio, no se utilizaron los nombres sino los números de las historias clínicas.

3.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ver anexo 4

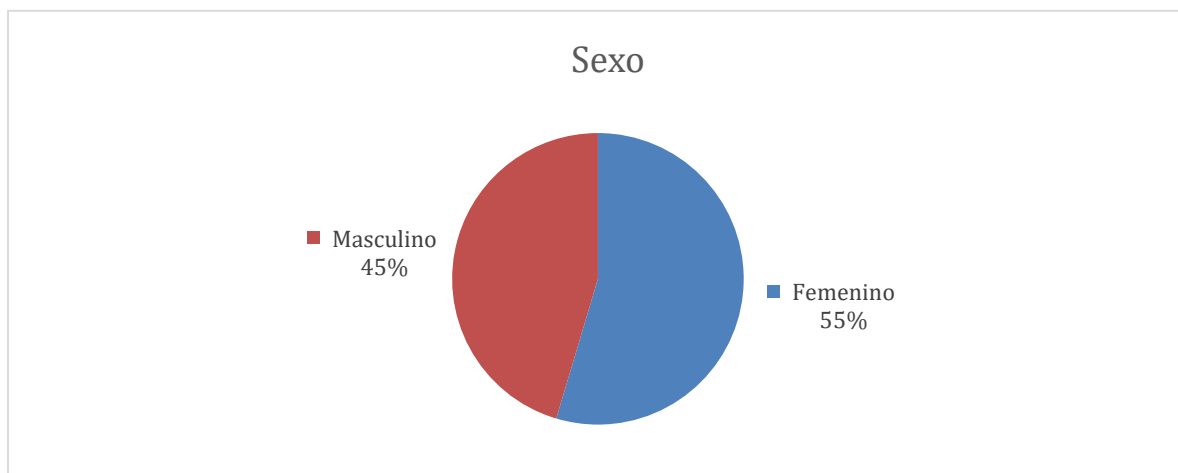
3.8. PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

Ver anexo 5

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

GRÁFICA 1. Sexo

Sexo de Pacientes ingresados más de 4 días



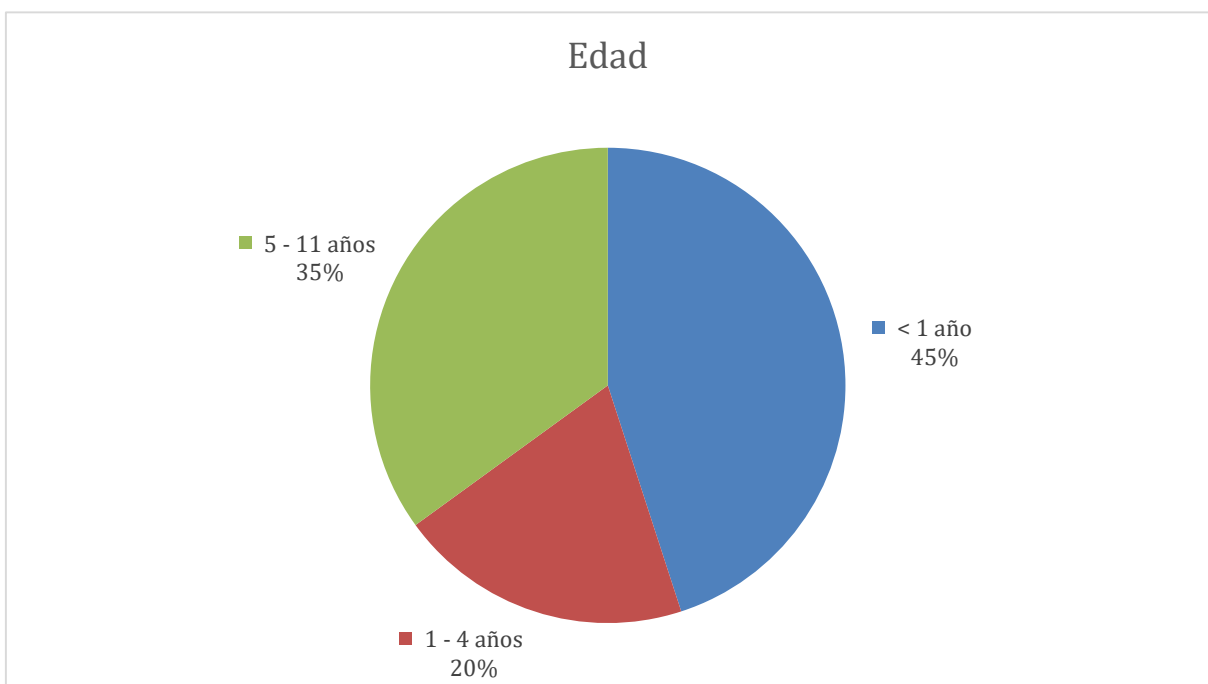
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: En este gráfico podemos observar, que del total de niños que cumplen más de 4 días de estancia hospitalaria, el sexo predominante es femenino con un 55% y el sexo masculino con 45%. Es decir, el sexo del paciente no está relacionado con la estancia prolongada del este.

GRÁFICA 2. Edad

Edad de pacientes ingresados más de 4 días

Edad	Total
< 1 año	117
1 - 4 años	52
5 - 11 años	91
	260



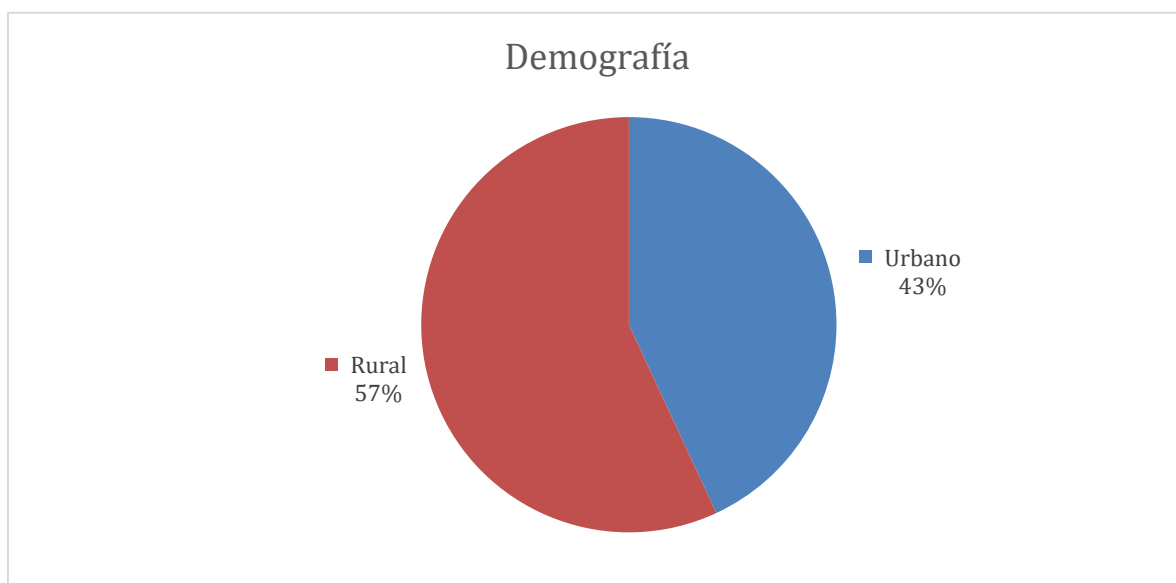
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: En este gráfico, se reporta que el 45% de los niños ingresados por más de 4 días, son menores de 1 año. De 1 a 4 años con 20% y mayores de 5 años con un 35%. Es decir, la edad es un determinante importante en la estancia hospitalaria prolongada. Influyendo principalmente en los menores de 1 año, ya que son los más propensos a recaídas y otras complicaciones que se puedan presentar.

GRAFICO 3. Demografía

Área demográfica de pacientes ingresados

Área	Total
Urbano	112
Rural	148
	260



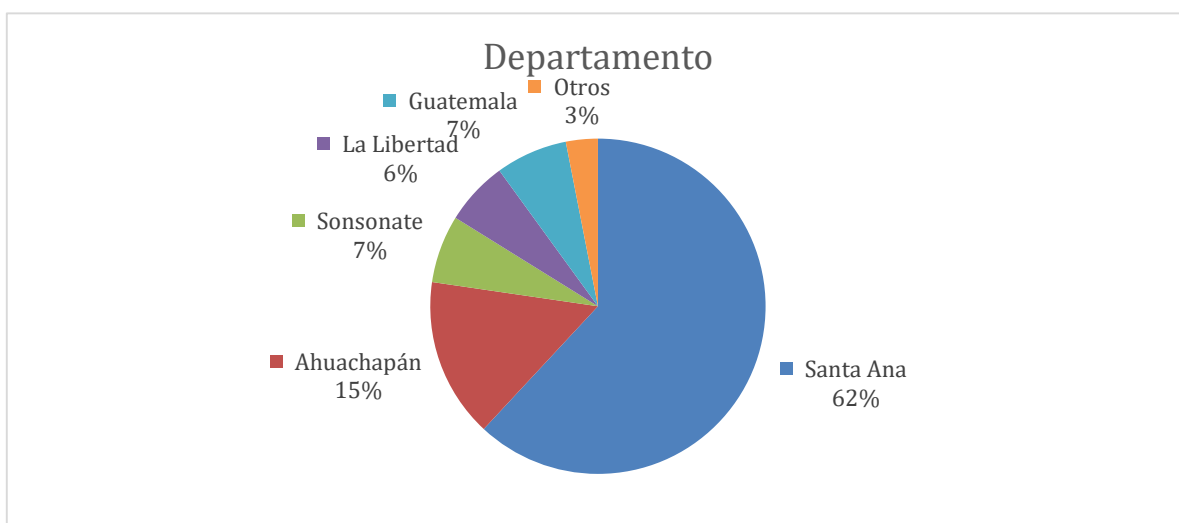
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: El mayor porcentaje de pacientes que cumplen más de 4 días de ingreso hospitalario provienen del área rural con un 57%, en comparación del área urbano que corresponde en un 43%. Se observa una leve predominancia del área rural, esto es por las áreas de difícil acceso geográfico en las que los pacientes habitan y hacen que se prolongue su estancia hospitalaria.

GRAFICO 4. Departamento

Departamentos con mayor número de estancias prolongadas

Departamento	Total
Santa Ana	161
Ahuachapán	40
Sonsonate	17
La Libertad	16
Guatemala	18
Otros	8
	260



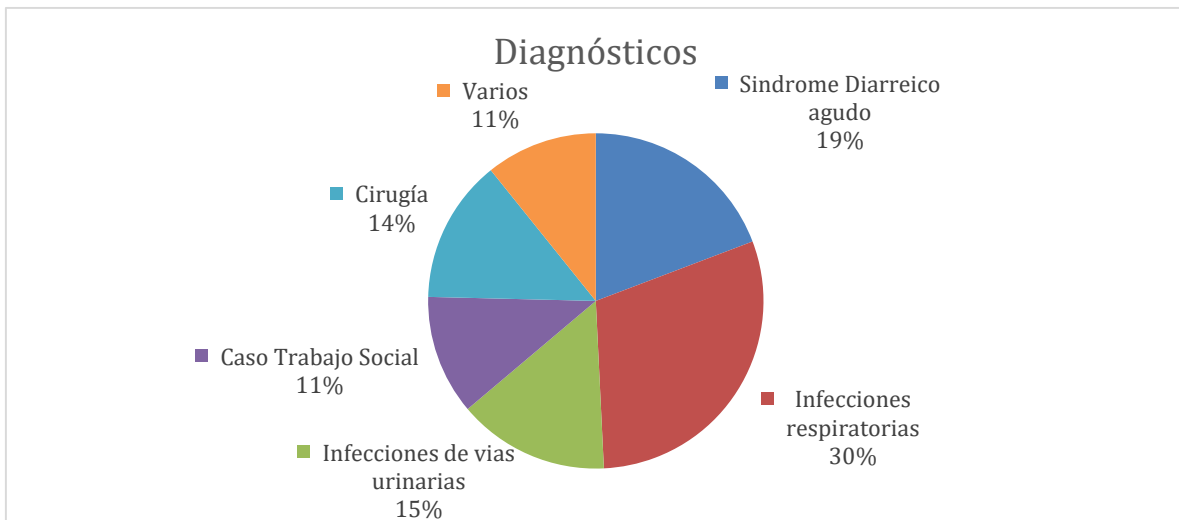
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: En este gráfico podemos observar que el 62% de los pacientes de estancias prolongadas corresponden a Santa Ana, Ahuachapán en un 15%, Sonsonate en un 7%, también La Libertad en un 6% y Guatemala 7%. Dentro de otros departamentos encontramos San Vicente, Chalatenango y San Salvador con un 3%. Esto nos demuestra que, ya que se reciben referencias del occidente del país, esto influye en la estancia prolongada de estos departamentos. Además de concluir que pacientes que viven en Santa Ana no están exentos de tener estancias prolongadas.

4.1. CAUSAS MEDICAS

GRAFICO 5. Principales Diagnósticos de pacientes ingresados más de 4 días

Diagnósticos	Total
Síndrome Diarreico agudo	50
Infecciones respiratorias	78
Infecciones de vías urinarias	38
Caso con trabajo Social	30
Cirugía	36
Varios	28
TOTAL	260

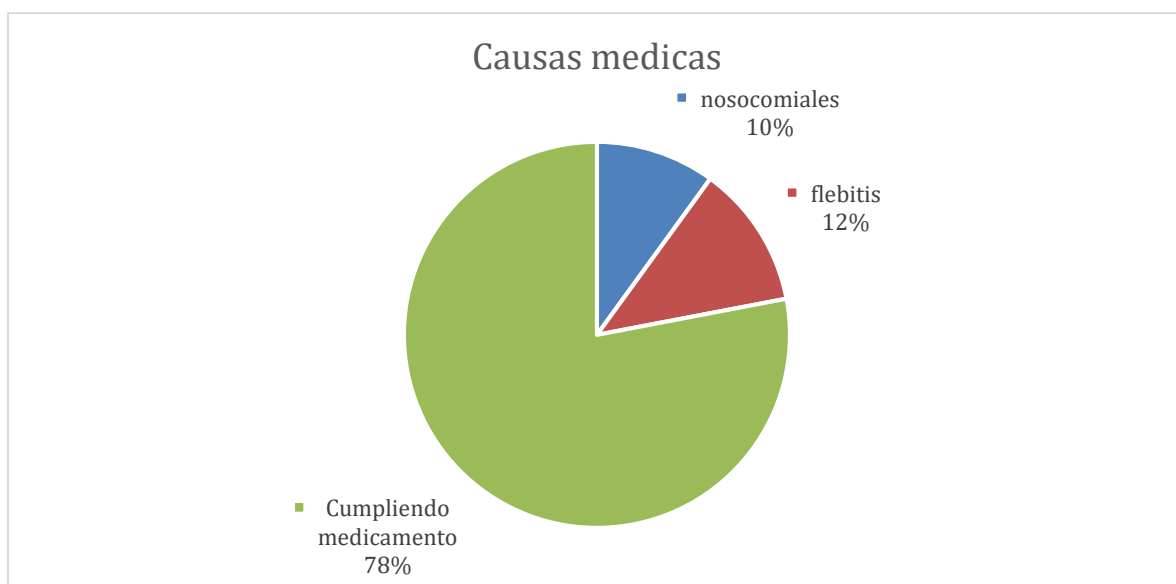


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: En esta grafica podemos observar los diferentes diagnósticos de los pacientes que estuvieron ingresados más de 4 días, en mayor porcentaje con 30% fueron infecciones respiratorias, con un 19% fueron gastroenteritis agudas, luego con 15% infección de vías urinarias, cirugías 14% y caso trabajo social 11%. Esto corresponde con los diagnósticos de las 10 primeras causas de ingreso, predominando las infecciones respiratorias y dentro de estas los casos de Neumonía y Asma.

GRAFICO 6. Causas medicas de estancias prolongadas

nosocomiales	10
flebitis	12
Cumpliendo medicamento	78
total	100

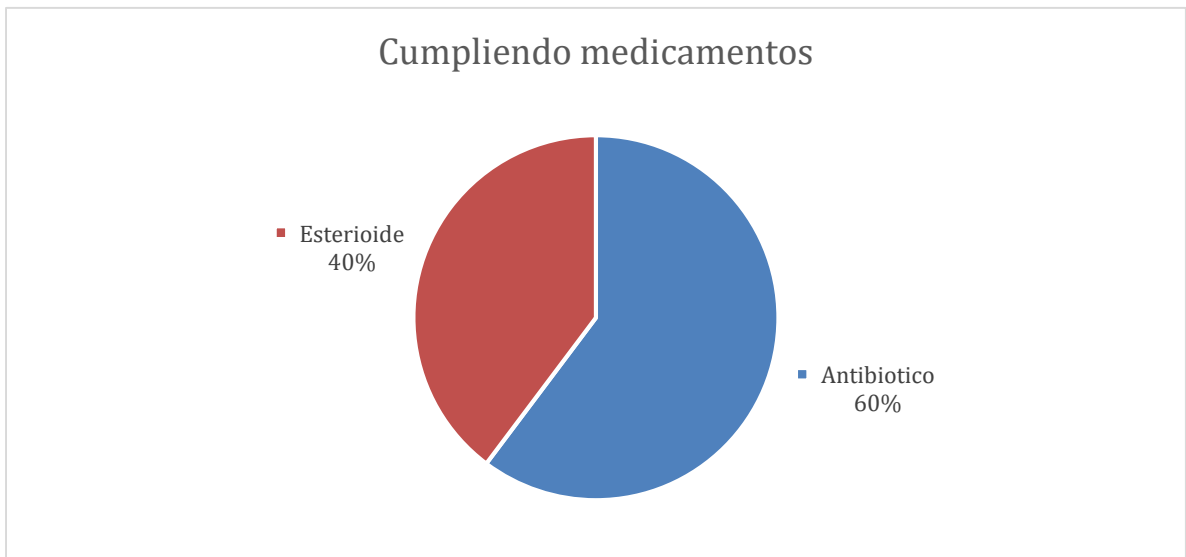


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: De los 100 pacientes que tuvieron una causa medica de estancia prolongada, se encontró que el 78% fue porque se encontraban cumpliendo algún tipo de medicamento, así mismo se encontró 12% de pacientes presento flebitis durante su ingreso y por lo tanto iniciaron antibioticoterapia prolongando así su estancia hospitalaria; también se encontró con un 10% infecciones nosocomiales.

GRAFICO 7. Cumplimiento de medicamentos

Antibiótico	47
Esterioide	31
total	78

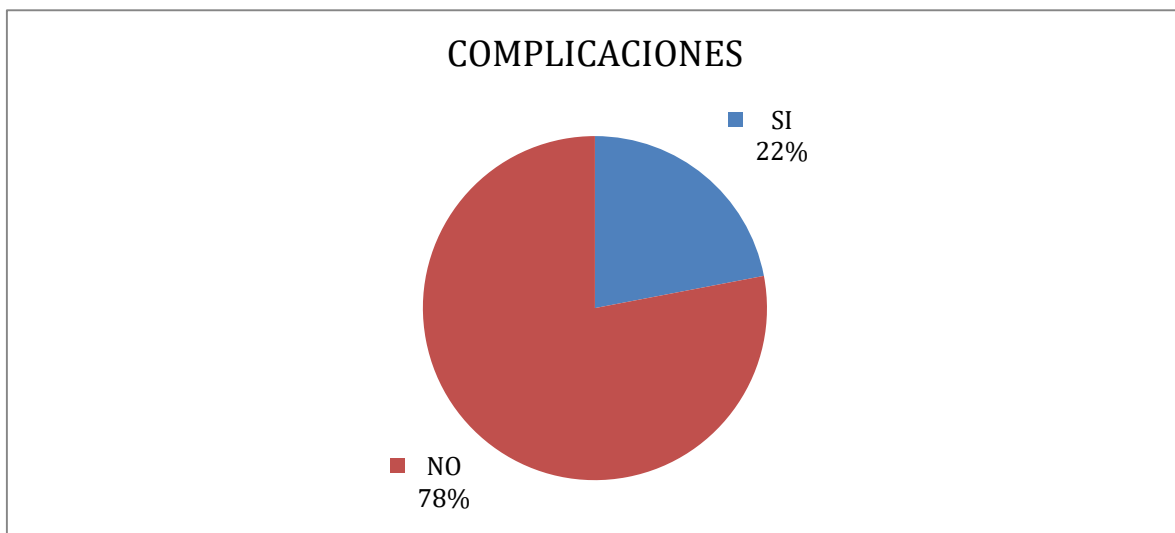


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

ANÁLISIS: De los pacientes quienes tienen más de 4 días de ingresado el mayor porcentaje está cumpliendo antibioticoterapia con 60%, en segundo lugar, la terapia con esteroides endovenosos con 40%.

GRAFICO 8. Pacientes que presentaron complicaciones

Si	22
No	78



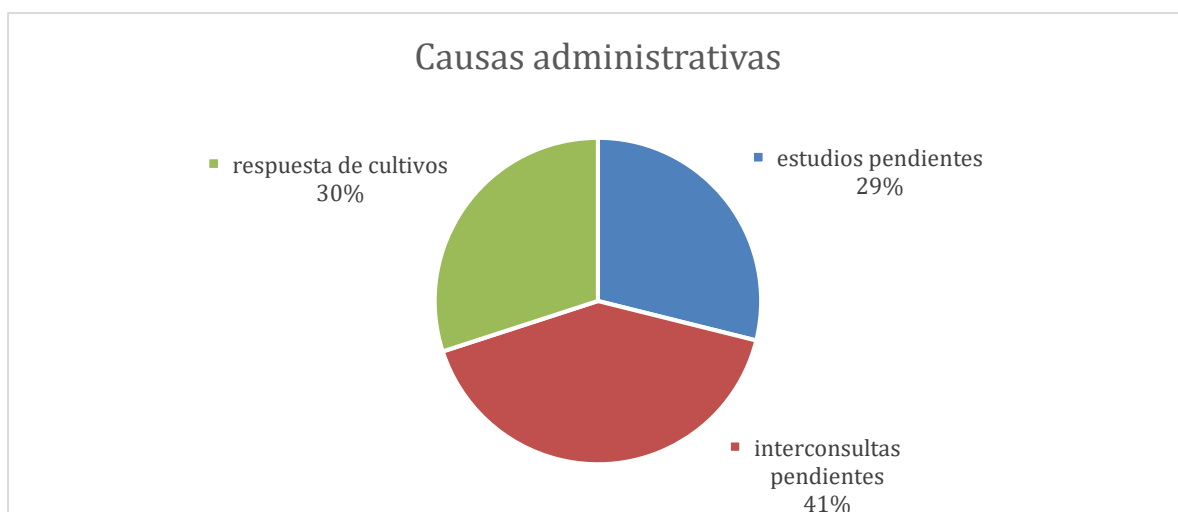
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: Del total de pacientes estudiados solo un 22% presentaron complicaciones intrahospitalarias, que prolongaron su estancia. Un 78% no presentaron ninguna complicación.

4.2. CAUSAS ADMINISTRATIVAS

GRAFICO 9 Causas administrativas de estancia prolongadas

Estudios pendientes	26
Interconsultas pendientes	37
Respuesta de cultivos	27
Total	110

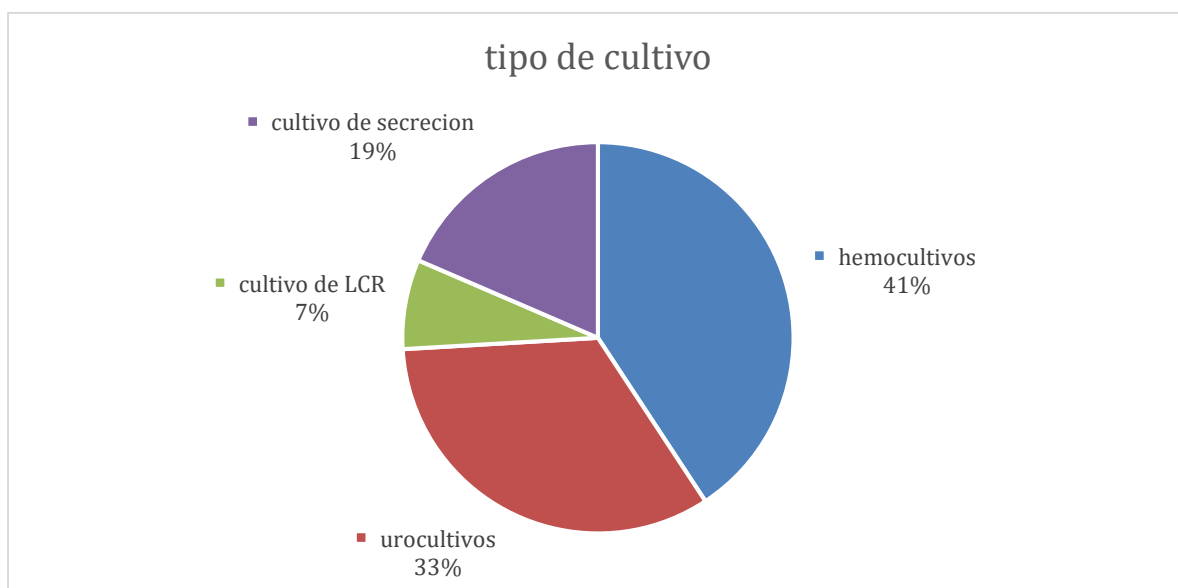


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: Las causas administrativas que se encontraron fueron que había pacientes en espera de respuesta de cultivos en un 30%, pacientes con estudios pendientes en 29% y pacientes con interconsultas pendientes, que fue la mayoría, en un 41%

GRAFICO 10. Cultivos de pacientes ingresados

Hemocultivos	11
Urocultivos	9
Cultivo de LCR	2
Cultivo de secreción	5
total	27

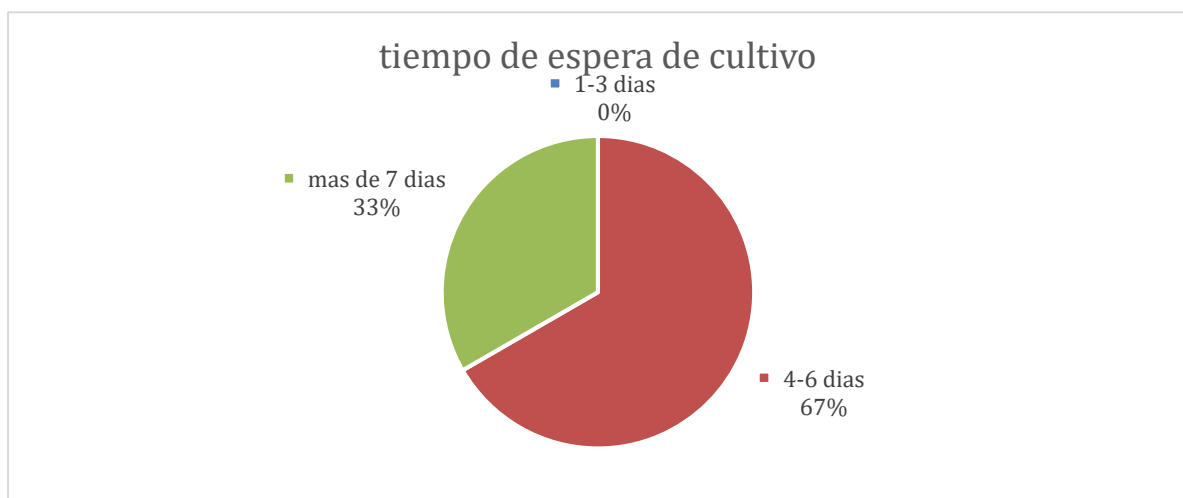


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: Del total de pacientes ingresados con más de 4 días de ingreso, se encontró que el 60% estaba cumpliendo antibioticoterapia; de este porcentaje de pacientes se encontró que 41% de ellos tenían hemocultivos reportados, los cuales se observó que desde la fecha de ingreso estaban reportados 4 días después; así mismo se encontró urocultivos en un 33% los cuales se observó que se reportan por laboratorio aproximadamente 4 días después de tomados.

GRAFICO 11 Días de espera de respuesta de cultivos

1-3 días	0
4-6 días	18
más de 7 días	9
Total	27

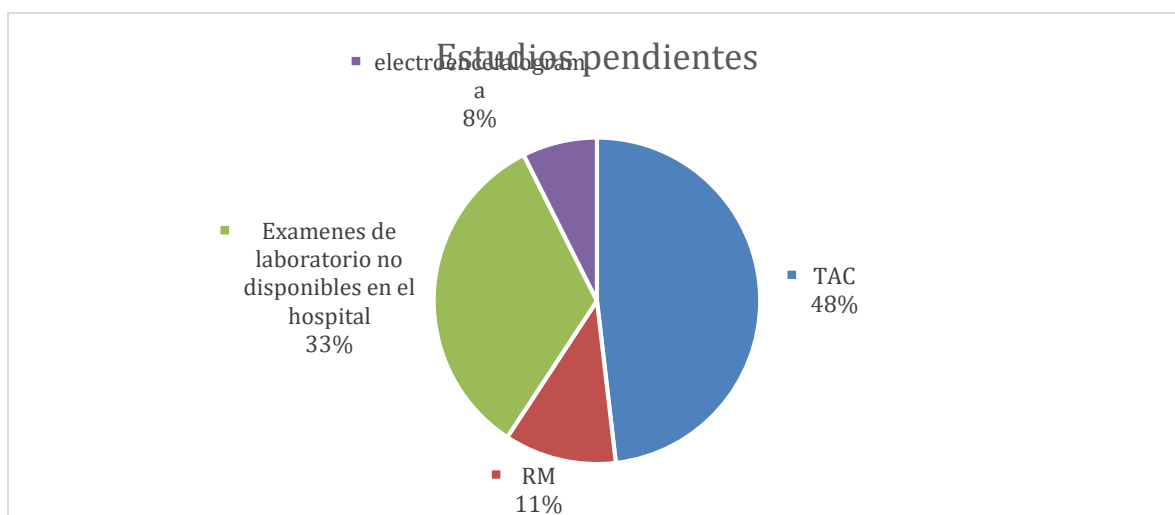


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: De los diferentes cultivos que tienen pendientes los pacientes, se encontró que los resultados impartidos por laboratorio, se reportan con un 67% entre 4 a 6 días después de realizados.

GRAFICO 12. Tipo de estudio pendiente

TAC	13
RM	3
Exámenes de laboratorio no disponibles en el hospital	9
Electroencefalograma	2
Total	26

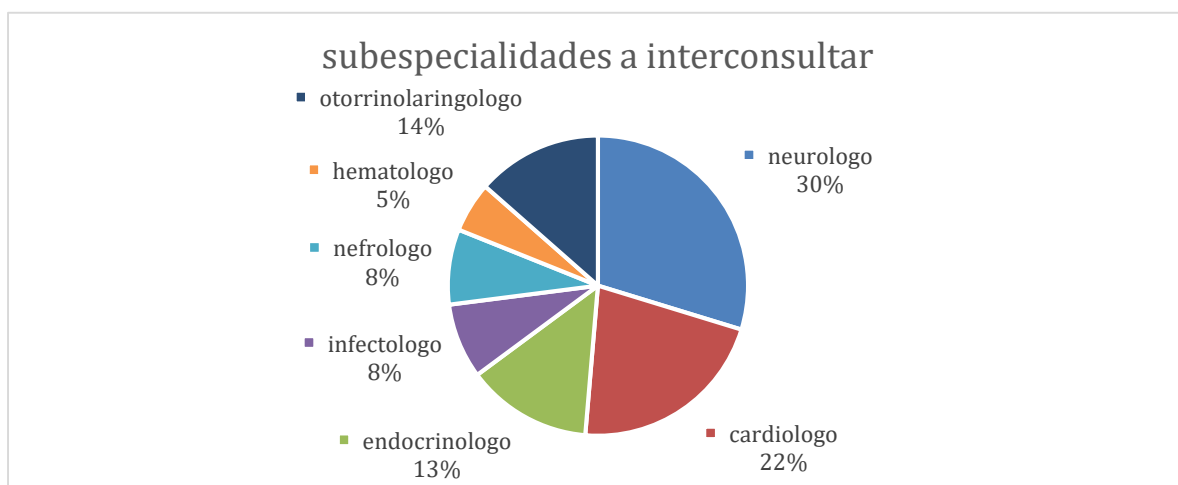


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

ANALISIS: Del porcentaje de pacientes que se encontraba ingresados por estudios de gabinete pendientes, un 48% de ellos se prolongó estancia hospitalaria por esperar citas para TAC, a predominio TAC cerebral. Así mismo con un 33% paciente esperando exámenes de laboratorio no disponibles en nuestro centro: niveles séricos de difenilhidantoína, fenobarbital, ac valproico, IgM E IgG para diferentes enfermedades. También un 11% esperando RM. Y en un 8% electroencefalograma.

GRAFICO 13. Subespecialidades de interconsultas pendientes

Neurólogo	11
Cardiólogo	8
Endocrinólogo	5
Infectólogo	3
Nefrólogo	3
Hematólogo	2
Otorrinolaringólogo	5
Total	37

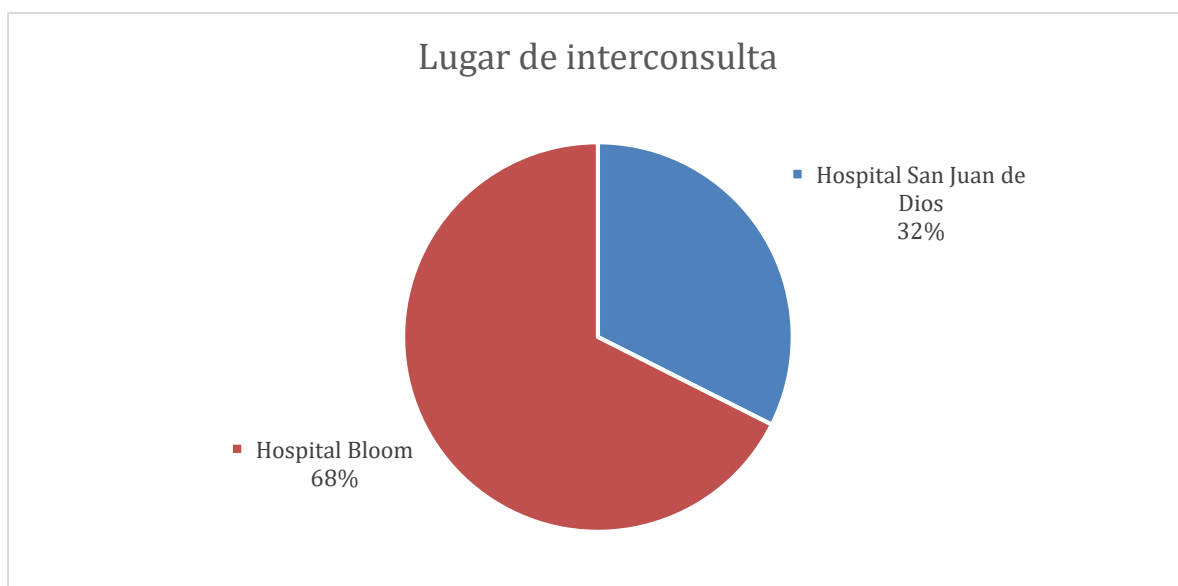


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

ANÁLISIS: De los Pacientes que cumplieron más de 4 días de estancia hospitalaria, se encontró que el 30% de los pacientes ingresados se quedan ingresados esperando la interconsulta con neurólogo pediatra, un 22% pendiente IC con cardiólogo pediatra, 13% pendiente IC con endocrinólogo, también se encontró que un 14% se quedan esperando IC con otorrinolaringólogo. También se encontraron casos de espera de IC con hematólogo con 5%, nefrólogo pediatra 8% e Infectólogo pediatra 8%.

GRAFICO 14. Lugar de realización de interconsulta

Hospital San Juan de Dios	12
Hospital Bloom	25
total	37



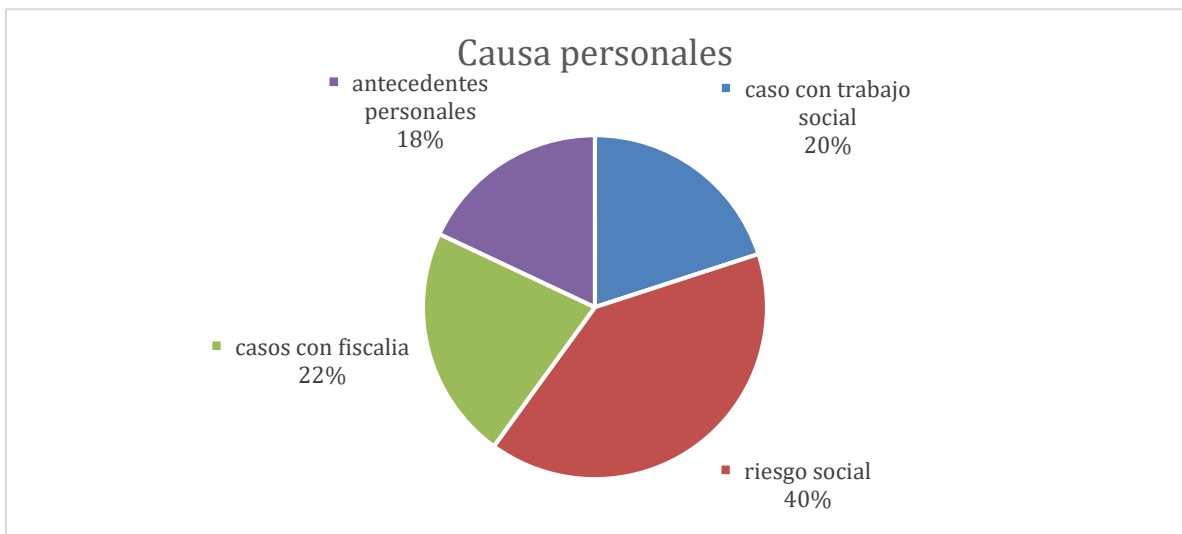
FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

ANALISIS: Del total de pacientes ingresados esperando interconsulta de subespecialista, se encontró que el 32% de las interconsultas se realizaban dentro de nuestras instalaciones, y un 68% se realizan en HNNBB.

4.3. CAUSAS PERSONALES

GRAFICO 15. Causas personales de estancia hospitalaria prolongada

Caso con trabajo social	10
Riesgo social	20
Casos con fiscalía	11
Antecedentes personales	9
total	50

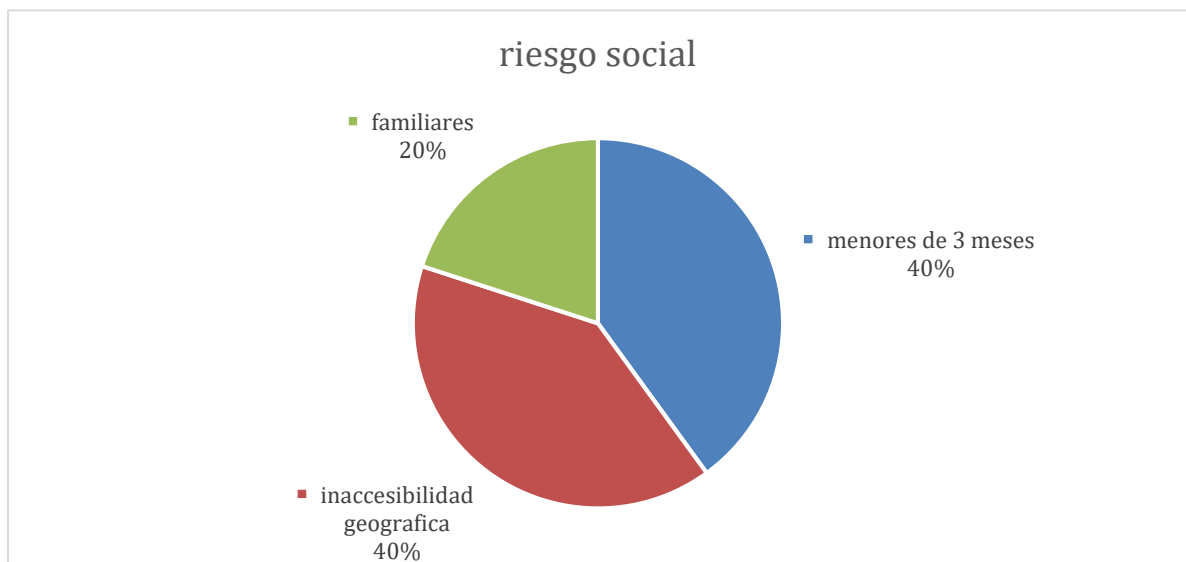


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: Dentro de las causas de carácter personal por lo cual los pacientes estudiados, se les prolongo sus días de estancia hospitalaria, con un 40% son por riesgo social, seguido de un 22% por casos por fiscalía, también un 20% casos por trabajo social.

GRAFICO 16. Causas de ingreso por riesgo social

Menores de 3 meses	8
Inaccesibilidad geográfica	8
Familiares	4
total	20

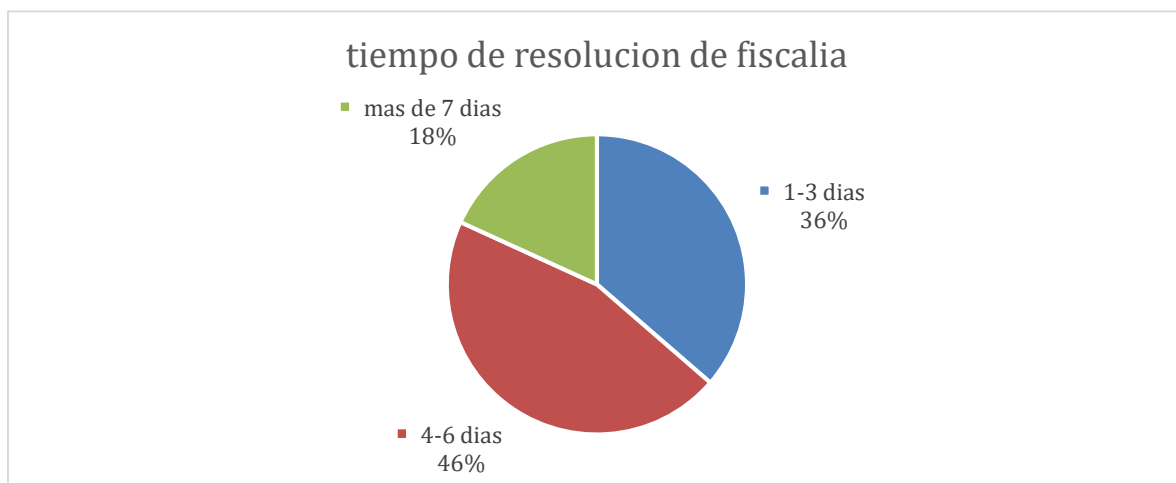


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

ANALISIS: de los pacientes que se encuentran ingresados por riesgo social, la principal causa de ingreso con un porcentaje igual es por ser pacientes menores de 3 meses, y por inaccesibilidad geográfica. También en un 20% se encontró que se ingresaron por situaciones familiares.

GRAFICO 17. Tiempo de resolución por fiscalía

1-3 días	4
4-6 días	5
más de 7 días	2
total	11

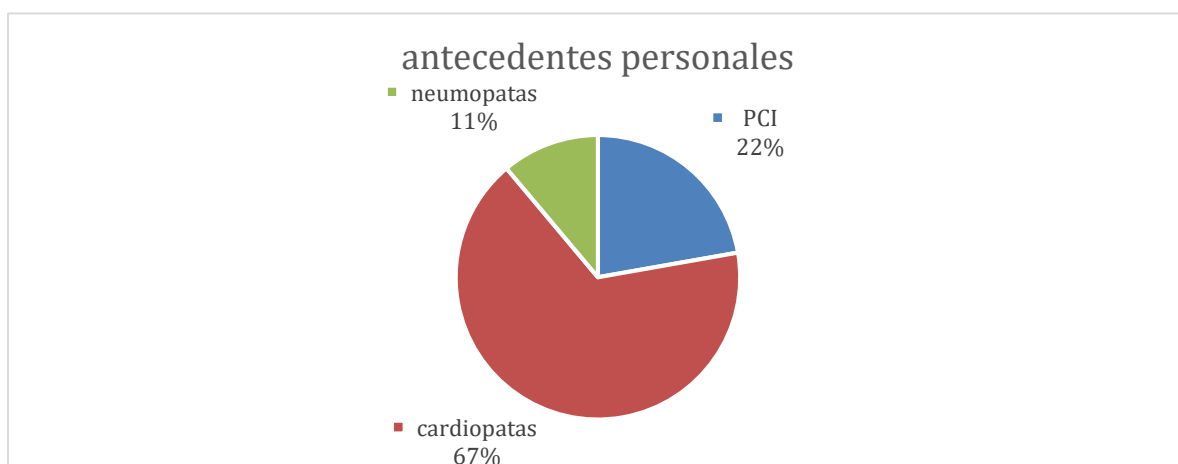


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: De los pacientes que se encuentran ingresados por casos con fiscalía, se encontró que el tiempo de espera para la resolución por fiscalía en un 46% es de 1 a 4 días, seguido de un 36% resuelven los casos en promedio de 1 a 3 días. Y en un 18% se realizan en más de 7 días.

GRAFICO 18. Antecedentes médicos que predisponen a estancias hospitalarias prolongadas

PCI	2
cardiópatas	6
neumópatas	1
total	9

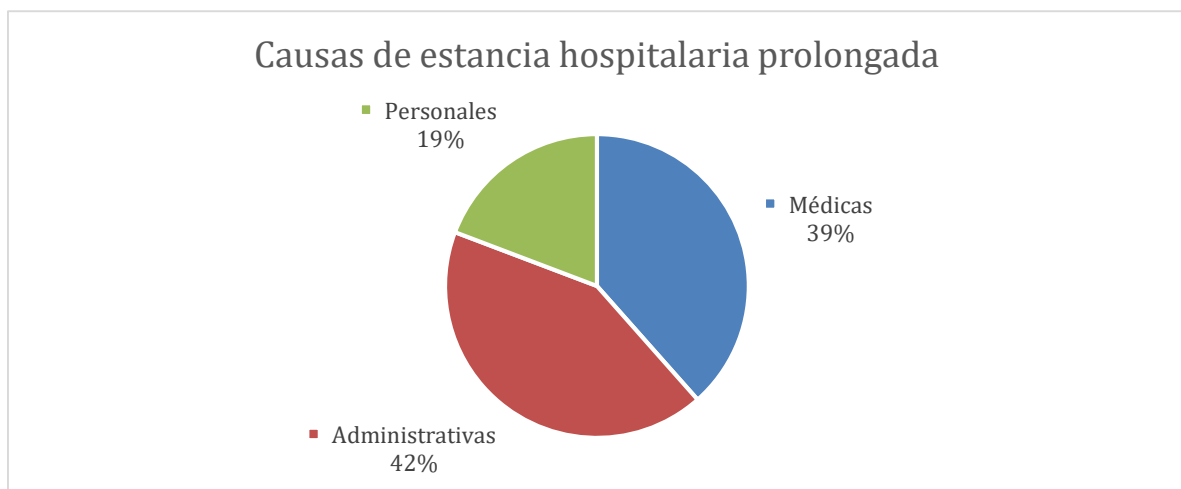


FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Analisis: De los antecedentes personales se encontró que el 100% fueron antecedentes médicos y estos corresponde a enfermedades crónicas que predisponen una estancia hospitalaria prolongada, se encontraron cardiopatas en un 67%, seguido de pacientes con parálisis cerebral infantil con un 22% y pacientes que presentan neumopatías con un 11%.

GRAFICO 19. Causas de estancias hospitalarias prolongadas

Medicos	100
Administrativas	110
Personales	50
Total	260



FUENTE: DETERMINANTES DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018.

Análisis: Dentro de la revisión de expedientes, según el instrumento elaborado, se encontró que el principal determinante de estancias hospitalarias prolongadas es el aspecto administrativo en un 42%, que se encuentra levemente por encima del determinante medico el cual se encontró en un 39% de los casos evaluados y en un menor porcentaje el aspecto personal de los pacientes fue en un 19%.

CONCLUSIONES

1. Del 100% de los pacientes encontrados que cumplen más de 4 días de estancia hospitalaria, el 55% corresponde a sexo femenino, y el 45% al sexo masculino. De este porcentaje la edad de los pacientes predominante es menor de 1 año. El área geográfica a la que corresponden estos pacientes proviene en su preponderancia del área rural 57%, de los cuales provienen del departamento Santa Ana con un 62%, también se encontró en diferencia con menor porcentaje que se reciben pacientes que cumplen más de 4 días de estancia del área fronteriza de Guatemala con un 7%.
2. Los principales diagnósticos encontrados en nuestros pacientes del estudio fueron a la cabeza las infecciones de vías respiratorias, seguido de infecciones diarreicas agudas; así como también infecciones de vías urinarias, también se evidencio cuadros quirúrgicos, predominando las apendicitis agudas. De estos pacientes estudiados se encontró que de las causas medicas principales de las cuales prolongaban la estancia hospitalaria de estos pacientes, fue el cumplimiento prolongado de antibióticos. Lo cual guarda relación directa con el retraso de respuesta de los cultivos, que predispone al realizar cambios tardíos de medicamentos y por lo tanto prolonga los días de hospitalización.
3. También se encontró que de los pacientes a quienes se le prolonga la estancia hospitalaria, presentaron complicaciones de las cuales se evidenciaron infecciones nosocomiales tales como neumonías nosocomiales, flebitis.
4. De las casusas administrativas, se concluyó que la falta de subespecialistas de forma inmediata, favorece que los pacientes que necesitan cumplimiento de interconsultas con subespecialistas, se retrasen y se prolongue sus días de hospitalización a la espera de la cita, ya que muchas subespecialidades no se cuentan en nuestro centro, si no que se debe de hacer uso de consulta externa del hospital de niños benjamín Bloom y que nos otorguen cita, las cuales oscilan entre 3 a 5 días de espera.
5. Así mismo se encontró durante el estudio, que cierto porcentaje de pacientes presentaban estudios de gabinete pendientes en un 11%, de ese porcentaje de

los estudios más representativos pendientes fueron TAC cerebral, seguido de exámenes especiales que no tiene el hospital como lo son niveles séricos de anticonvulsivantes.

6. Entre las causas personales predominantes de estancias prolongadas es por riesgo social, ya que todos estos niños deben de pasar evaluación con trabajadora social. Además de las principales causas de riesgo social son menores de 3 meses e inaccesibilidad geográfica. También denotamos casos por fiscalía, en los cuales se encuentran, sospechas de abuso sexual, maltrato infantil, que se reportan a fiscalía, los pacientes no se les da el alta al tener esa evaluación, sin embargo, se determinó que en los pacientes que presentan casos con fiscalía, pasaban entre 4 a 6 días para la evaluación por ellos.
7. En cuanto a los antecedentes médicos que predisponen a estancias prolongadas, principalmente cardiopatías congénitas, los cuales deben de ser evaluados por subespecialista, por lo tanto, esperan cita al tener cupo disponible para evaluarlo. Además, se encontró en segundo lugar parálisis cerebral infantil y neumópatas.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Departamento de Pediatría buscar estrategias para tener un control más exhaustivo de identificar todos esos pacientes que se encuentran más de 4 días de hospitalización, para realizar el abordaje directo y así disminuir sus días de ingreso.
2. Se recomienda que todos aquellos pacientes con evolución clínica satisfactoria, al estar cumpliendo antibiótico o esteroide endovenoso, realizar traslape de estos medicamentos a vía oral para disminuir sus días de estancia hospitalaria.
3. Disponer de personal médico Staff de los servicios de pediatría del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante los fines de semana, que aseguren un flujo continuo de altas de los pacientes hospitalizados que así lo requieran.
4. Instruir al personal de residentes de Pediatría en el manejo de guías y protocolos con indicaciones precisas para la hospitalización adecuado y el alta oportuna de los pacientes.
5. Realizar un plan de atención ambulatorio, para aquellos pacientes que presentan mejoría clínica satisfactoria, pero que aún no terminan sus días de tratamiento con antibióticos endovenosos, para que puedan ser dados de alta y presentarse únicamente al cumplimiento de antibiótico.
6. Coordinar con el departamento de radiología, laboratorio para dar preferencia a las programaciones de los exámenes y procedimientos de los pacientes del servicio de pediatría del hospital san juan de Dios de Santa Ana
7. Mantener una constante coordinación y comunicación con el personal médico de subespecialidades del Hospital Bloom y consulta externa del hospital san juan de Dios de Santa Ana, con el propósito de dar preferencia a los pacientes hospitalizados, y así obtener una cita con pocos días de espera para disminuir los días de hospitalización.
8. Se sugiere a las diferentes instituciones involucradas en protección a los derechos del niño, buscar estrategias para mejorar los protocolos de atención, para disminuir los días de espera para la evaluación de los pacientes que están hospitalizados por casos con trabajo social, CONNA, fiscalía.

9. Propiciar el desarrollo de estudios de investigación referente a la problemática de las estancias hospitalarias prolongadas, que contribuyan a tener un mayor conocimiento del problema y consecuentemente permitan la implementación de medidas que promuevan la disminución de la estancia hospitalaria para de esta manera, optimizar los recursos hospitalarios, mejorar la calidad de atención y disminuir los costos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguirre-Gas H, G. M. (1997). Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac Med México*, 71-1.
2. Angulo JG, G. C. (2009). relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista Conamed*, 14-21.
3. Caballero-Delgado Y, C.-M. S. (2011). *Estancias hospitalarias prolongadas relacionadas con complicaciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos en cirugía general de la Fundación oftalmológica de Santander*. Santander: Clínica Carlos Ardila Lulle.
4. Ceballos-Acevedo T., V.-R. P.-P. (2014). *Duración de la estancia hospitalaria. Metodología para su intervención*. Colombia: Rev. Gerencial.
5. M., A. (2014). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. *Revista Chilena de pediatría*, 85-164.
6. Mora, S. L., Barreto, C. A., & Garcia, L. R. (2015). *Procesos medico-administrativos en hospitalizados y prolongación de la estancia del Hospital De San José Bogotá*. Bogotá: Hospital de San José.
7. Salud, M. d. (Junio, Julio de 2018). *Sistemas de Informacion en Salud*. Obtenido de <https://simmow.salud.gob.sv/>
8. Sánchez V, R. S. (2002). Estancia prolongada en terapia intensiva: predicción y consecuencias. *Rev Mex Med Ter Crit*, 7-41.

5. ANEXOS

ANEXO 1: GLOSARIO

PACIENTE HOSPITALIZADO: Es la persona que ocupa una cama de hospital mientras recibe atención de diagnóstico y/o tratamiento. No se considera paciente hospitalizado al recién nacido sano en el hospital, que no necesite otros servicios que los normales. Los recién nacidos sólo se contarán como pacientes hospitalizados cuando requieran cuidados especiales. Tampoco se considera paciente hospitalizado al lactante que acompaña a la madre mientras ésta permanece hospitalizada.

EGRESO HOSPITALARIO: Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento.

ALTA: Un egreso se produce por alta cuando el paciente se retira vivo del hospital. Razón de alta, puede ser: Alta médica definitiva, Alta médica transitoria, Traslado a otro establecimiento, Por otras causas (retiro voluntario, fuga, disciplina, etc.).

DÍAS DE ESTANCIA: Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Para el cálculo se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso. A los pacientes ingresados y egresados el mismo día se les computa un día de estancia.

PROMEDIO DÍAS DE ESTADA: Es el número de días que, en promedio, han permanecido hospitalizados los pacientes egresados, el promedio se obtiene dividiendo el número de días de estada (días de hospitalización) de los egresados durante el año, para el número total de egresos (altas y defunciones) durante el mismo período.

DIAGNÓSTICO: son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.

ANEXO 2: ABREVIATURAS

EHP: estancia hospitalaria prolongada

HSJ: Hospital San José

HCAGG: Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara

EU: Estados Unidos de América

SS: Secretaría de Salud de México

UCI o UTI: Unidad de Cuidados Intensivos

IHI: Instituto para la mejora del cuidado de Salud

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2019

		Año 2019													
Actividad		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable/s	
Tiempo															
Problema o fenómeno a investigar.															
Revisión de la literatura.															
Trabajo de campo.															
Elección de los instrumentos de observación.															
Definición de muestras.															
Procesamiento de los datos.															
Análisis e interpretación de los datos.															
Informe de investigación.															

ANEXO 4: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

Concepto del gasto	Importe
Papelería	\$20.00
Fotocopias	\$30.00
Gasolina	\$40.00
Anillados	\$25.00
Empastado	\$30.00