



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS

POSTGRADO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEMORA DEL INGRESO DE PACIENTES
DESDE EMERGENCIA A TERAPIA INTENSIVA, REALIZADO EN EL
HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DESDE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”**

**TESIS DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TUTOR: Dr. Héctor Villalba Játiva

METODÓLOGO: Dra. Pamela Cabezas.

Quito, 2018

DEDICATORIA

A todas las personas que me apoyaron y han hecho que este trabajo investigativo lo culmine con éxito, en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron su tiempo y conocimientos.

Dr. Kleber López Naranjo

AGRADECIMIENTO

A mis profesores quienes que con la enseñanza de sus vastos conocimientos y dirección hicieron que pueda crecer como profesional, gracias a ustedes por su dedicación, apoyo, paciencia y amistad incondicional.

También deseo expresar mi reconocimiento a colegas por su ayuda prestada durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo.

Dr. Kleber López Naranjo

INDICE

Contenido

INDICE	4
TEMA: FACTORES QUE INCIDEN EN EL TIEMPO DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EMERGENCIA A TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DESDE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.....	6
RESUMEN.....	6
INTRODUCCION:.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
HIPÓTESIS	11
MARCO TEÓRICO.....	11
Hacinamiento en los servicios de emergencia.....	13
Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de segundo nivel.	13
Factores asociados y motivos de búsqueda de atención en el servicio de emergencia.....	14
Causas de Estancia prolongada en Emergencia según patología.....	14
METODOLOGÍA.....	21
Muestra	21
Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión.....	21
Tipo de estudio	22
Recolección de información.....	22
Variables	22
Independiente	22
Dependiente	22
Operacionalización de Variables.....	22
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	27
RESULTADOS.....	28
ANALISIS UNIVARIADO.....	28
Tabla 1.-Tiempo de ingreso a la unidad de cuidados críticos desde el servicio de emergencia del Hospital “Enrique Garcés”.	28

Tabla 2.- Edad de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital “Enrique Garcés” .	29
Tabla 3.- Género de los pacientes atendidos en el área de emergencias del Hospital “Enrique Garcés” .	30
Tabla 4.-. Comorbilidades asociadas a los pacientes atendidos en emergencias del Hospital “Enrique Garcés” .	30
Tabla 5.-. Diagnóstico al ingreso de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital “Enrique Garcés” .	31
Tabla 6. Patologías al ingreso en el servicio de emergencia, de los pacientes atendidos en emergencia del Hospital “Enrique Garcés” .	32
Tabla 7. Comorbilidades de ingreso, asociadas, de los pacientes atendidos en emergencias del Hospital “Enrique Garcés” .	32
Tablas de Análisis Bivariado.....	34
Tabla 1. Edad Vs Demora de ingreso .	34
Tabla 2. Género Vs Demora de ingreso	35
Tabla 3. Comorbilidades Vs. Demora de ingreso.....	35
Tabla 4. Diagnósticos múltiples vs demora de ingreso .	36
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA	44

**TEMA: FACTORES QUE INCIDEN EN EL TIEMPO DE INGRESO DE
PACIENTES DESDE EMERGENCIA A TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL
ENRIQUE GARCÉS DESDE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

RESUMEN

Contexto

El 75% de los pacientes que ingresan a hospitalización lo hacen desde emergencia. Existen factores que demoran el ingreso de pacientes desde emergencia a terapia intensiva, como espacio físico reducido, limitada capacidad resolutive, falta de insumos, escaso personal administrativo, médico, enfermería y con servicios de apoyo saturando el área que no permiten el flujo de pacientes desde emergencia a salas de internación asociadas con las características del paciente mayor de 60 años de edad.

Las patologías de ingreso y comorbilidades, son factores determinantes en el tiempo de estancia en emergencia.

Según los estándares internacionales el tiempo de estancia en el servicio de urgencias de segundo nivel debe estar entre 2 y 6 horas. El paciente que permanece más de 6 horas, satura los servicios de urgencias y deteriora la calidad de atención.

Objetivo

Establecer los factores que inciden en la estancia prolongada de pacientes tributarios al departamento de terapia intensiva.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de Cohorte, longitudinal, retrospectivo.

Población: 143 casos reportados en la base de datos del Hospital Enrique Garcés, área de estadística, con ingreso a la unidad de cuidados intensivos desde el área de emergencia.

Metodología: La información se procesó en el programa Epi Info 7 Project.

Resultados: La edad sobre 60 años, es un factor de retraso de ingreso a terapia intensiva. RR: 3.3; los diagnósticos múltiples es otro factor que influye en la demora de ingreso. RR: 2.9.

Conclusiones y recomendaciones: Los factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada son: el grupo etario de mayor edad, pacientes con múltiples diagnósticos al ingreso.

Se recomienda facilidad en la gestión de camas hospitalarias adaptadas a las necesidades institucionales.

INTRODUCCION:

La sala de emergencia es la puerta de entrada de un gran porcentaje de pacientes que requieren hospitalización.

El 75% de los pacientes que ingresan a la hospitalización lo hacen desde emergencia. (Ceballos-acevedo, Velásquez-restrepo, & Jaén-posada, 2014)

El espacio físico en hospitales públicos se encuentra en su mayoría saturado y no permiten el correcto flujo de pacientes desde emergencia a salas de internación. (Vásquez-alva et al., 2015)

Existen varios factores que inciden en la demora del ingreso de paciente a terapia intensiva; entre las principales causas son: falta de espacio físico, capacidad resolutive limitada, falta de insumos, infraestructura, personal administrativo médico y enfermería, servicios de apoyo. (Al-qahtani et al., 2017; Vítolo, 2014)

Según los estándares internacionales el tiempo de estancia en el servicio de urgencias de segundo nivel debe estar entre 2 y 6 horas. Hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor. El paciente que permanece más de 6 horas, satura los servicios de urgencias y deteriora la calidad de atención.(Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005)

Por cada hora que pasa un paciente en el servicio de urgencias, la probabilidad de un evento adverso aumentara en 3% (George, 2015)

La saturación del departamento de emergencia, deteriora la seguridad del paciente. (George, 2015)

Las estrategias de atención al paciente deben incluir y garantizar un ingreso oportuno a su destino.

JUSTIFICACIÓN

La sala de emergencia tiene como labor responder a la demanda sanitaria urgente de la población y proporcionar una asistencia de calidad eficaz y eficiente. (Medicina, 2017)

El promedio de la estancia hospitalaria se lo utiliza como indicador de eficiencia de los servicios proporcionados en los hospitales. (Ceballos-acevedo et al., 2014)

A nivel mundial se reportan elevadas tasas de uso inapropiado de los servicios de emergencias, hasta de 24,2 % en un reporte en Norteamérica, afectan la calidad y seguridad de los pacientes. El uso inapropiado es acudir a la sala de emergencia con patologías que pueden ser resueltas en consulta externa.(Vítolo, 2014)

Un estudio en Sudáfrica informó que apenas el 4,8 % de los usuarios de emergencia acuden con sintomatología que debe ser resuelta en emergencia.(Vítolo, 2014)

Pacientes de tercera edad tienen altas tasas de asistencia no urgente, 38,63 % que rápidamente colapsan la capacidad de las instalaciones de emergencia. (Vítolo, 2014)

El aumento del tiempo de estadía en emergencia depende de varios factores entre los cuales les destaca:(Cavada, Daza, & Vukusich, 2017)

1. Uso inapropiado de servicios (atención de pacientes no emergentes)
2. Demoras en estudios diagnósticos, laboratorio, imagenología e interconsultas.
3. Falta de espacio físico.
4. Falta de personal.

El presente estudio pretende evaluar los factores que inciden en la demora de los pacientes de emergencia a terapia intensiva.

La demora en la admisión a Terapia Intensiva por más de seis horas se asocia con aumento de la estancia en el hospital y mortalidad incrementada. (Al-qahtani et al., 2017) Adicional aumento el 1,5 % riesgo de muerte en la unidad de terapia intensiva por cada 1 hora de retraso de ingreso desde emergencia. (Al-qahtani et al., 2017)

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una asociación de los factores de riesgo para la prolongación en la permanencia en el servicio de emergencia de los pacientes que ingresaron a terapia intensiva desde el área de emergencia en el período desde enero del 2017 hasta diciembre del 2017 en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que intervienen en la estancia prolongada en los servicios de emergencia de los pacientes que ingresaron a terapia intensiva desde sala de emergencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar los diversos factores que pueden incidir en la estancia prolongada en urgencias.
2. Determinar el tiempo de estadía en el servicio de urgencias.
3. Correlacionar el tiempo de estadía en el servicio de emergencia y el desenlace final del paciente.
4. Determinar los síndromes clínicos asociados a la demora de ingreso a Terapia Intensiva.
5. Identificar el factor asociado a una mayor demora en el ingreso del paciente desde sala de emergencia a terapia intensiva.

HIPÓTESIS

Los diversos factores asociados a la mayor edad del paciente, mayores comorbilidades y patologías específicas del paciente causan una demora de ingreso del paciente desde emergencia a terapia intensiva.

MARCO TEÓRICO

El departamento de emergencia siendo la entrada principal al hospital es el servicio con mayor número de pacientes; atendiendo a aquellos enfermos con cuadros clínicos o quirúrgicos o reagudizados, manifestándose una urgencia o

emergencia que requieren atención inmediata de acuerdo a la valoración en el área de triaje que lo clasificará en el nivel correspondiente y se prioriza su atención.

El médico de emergencia es un profesional de la salud que brinda asistencia de calidad al paciente que ingresa al área de emergencias.

El servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito presenta saturación de su capacidad física debido a un incremento en el número de atenciones y la carencia de camas disponibles en el servicio de emergencia y en las áreas de hospitalización internas o externas cuando son referidos a otra institución sanitaria.

Hay varios factores que intervienen en saturación del espacio físico entre las cuales tenemos:

1. Atención deficiente en las áreas de primer nivel de salud.
2. Pacientes de la tercera edad asociados con comorbilidades crónicas progresivas y frecuentes reingresos que saturan la capacidad física instalada.
3. Personal de atención de la salud reducido entre médicos, enfermeras y auxiliares.
4. Los fines de semana, días festivos y en las noches el tiempo es crítico, existe retraso de entregas de exámenes diagnósticos como laboratorio, imagenología e interconsultas.
5. Factores clínicos y quirúrgicos asociados la capacidad resolutive del hospital.

6. Las características socio económico, cultural e incluso religioso de la población repercuten indirectamente en la salud.

Hacinamiento en los servicios de emergencia.

Un panorama caótico en salas de emergencia son los corredores llenos de pacientes en camillas por ser hospitalizados. (Ponce-varillas, Guillermo, & Ponce-varillas, 2017)

Es motivo de reclamo del usuario y por parte del personal de salud quienes solicitan mejores condiciones de trabajo. (Ponce-varillas et al., 2017)

El personal de una emergencia en hacinamiento está predispuesto a mayor ausentismo, poca productividad y renunciaciones. (Florencia & Ratti, 2017)

En los Estados Unidos, entre 1994-2004, las visitas a los servicios de emergencia aumentan un 32 % (Ponce-varillas et al., 2017)

Según el Colegio de Medicina de Emergencia de Australia, se denomina “bloquear el acceso al servicio” a los pacientes que no pueden tener acceso a camas hospitalarias dentro de un tiempo mayor a 8 horas y hacinamiento es el inadecuado funcionamiento del servicio de emergencia por el número excedido de pacientes que superan a la capacidad física o la dotación de personal del servicio de emergencia. (Ponce-varillas et al., 2017)

Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de segundo nivel.

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe estar entre 2 y 6 horas, no obstante se considera que hasta

un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo. (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005)

Los principales padecimientos con estancia prolongada fueron del tipo cardiovascular y alteraciones hidrometabólicas.(Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005)

La demora de estudios complementarios de laboratorio e imagen provoca incremento en la estancia. (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005)

La falta en respuestas de interconsultas es otro motivo de estancia prolongada. (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005)

Factores asociados y motivos de búsqueda de atención en el servicio de emergencia.

El 42,1% de pacientes permanecieron más de 24 horas en el servicio y el 23 % de pacientes ingresados en emergencia requirieron internación hospitalaria. (Acosta, Alice, & Lima, 2015)

Causas de estancia prolongada en emergencia según patología.

Existen patologías que por su complejidad limitan la capacidad resolutive en sala de emergencia; a continuación se destacan según aparatos y sistemas.

Sistema Digestivo.

Síndrome compartimental abdominal.

Es causa de abdomen agudo en la sala de emergencia. Se evidencia cuando la presión intra abdominal esta sobre los 20 mmHg. Esta adaptabilidad se altera y causa falla multiorgánica. (Alberto et al., 2015)

Dolor abdominal agudo en el adulto mayor.

El dolor abdominal es el tercer motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias. Se consideran de alto riesgo por su complejidad con presentaciones atípicas en patologías comunes, comorbilidades asociadas, y la fisiología propia del envejecimiento.

Tienen los peores resultados, estadías en urgencias más prolongadas, tasas de admisión y readmisiones frecuentes. El 20% requieren algún tipo de procedimiento invasivo o cirugía. Presentan un amplio espectro de urgencias abdominales tipo : inflamatorias, obstructivas, vasculares y otras.(Mayor, 2018)

Pancreatitis.

Es el dolor abdominal no quirúrgico más frecuente y una mortalidad del 40 %, las más frecuentes son de origen biliares.(Mayor, 2018)

Patología biliar.

Es el dolor abdominal quirúrgico más frecuente, la colelitiasis aumenta con la edad, un 33 % en mayores de 70 años. (Mayor, 2018)

Apendicitis.

La clínica del paciente de la tercera edad es atípica, con un diagnóstico tardío, aumentando la tasa de perforación. Un quinto de los pacientes consultan luego de tres días de los síntomas.

Menos de la mitad tienen irritación peritoneal.(Mayor, 2018)

Diverticulitis.

La formación de divertículos aumenta un 50% en pacientes con más de 75 años de edad. Un 15% en algún momento presentan episodios de hemorragia digestiva baja (con shock hipovolémico) o con abscesos, obstrucción intestinal, perforación o fístulas.(Mayor, 2018)

Obstructivas.

Entre un 10 % y 12 % del dolor abdominal es obstrucción intestinal, la segunda causa es aguda quirúrgica. (Mayor, 2018)

Causas vasculares.

Casi exclusivas del adulto mayor por su elevada prevalencia de aterosclerosis, fibrilación auricular, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica. El 80% las isquemias mesentéricas son agudas. La mortalidad es elevada.(Mayor, 2018)

Abdomen agudo.

El abdomen agudo es un síndrome de evolución aguda y de brusca aparición o una enfermedad crónica agudizada.(Cir & Revisi, 2016)

Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin trauma tiene dolor abdominal agudo, del 10 % al 25 %, presentan un cuadro quirúrgico.

Las comorbilidades más frecuentes en el abdomen agudo son: hipertensión arterial (36,5%), la diabetes mellitus (10,3%), la gastritis y las enfermedades tiroideas un 9,6 %, cada patología. (Bejarano, 2011)

Sistema Respiratorio.

Neumonías adquiridas en la comunidad, son frecuentes, del 20% al 35 % con hospitalización y de estos pacientes alrededor del 20-54% ingresan a terapia intensiva. La neumonía aumenta a partir de los 50 años y es máxima a los 70 años de edad. (Pachón et al., 2003)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, con síntomas respiratorios persistentes. La disnea, la tos y la expectoración son los síntomas más frecuentes. Las reagudizaciones entran en fases críticas y pueden estar asociadas con enfermedades crónicas. El origen de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras patologías, tenemos el tabaquismo, exposiciones ambientales, combustibles de biomasa, contaminación atmosférica. (Pachón et al., 2003)

La coexistencia de comorbilidades que afectan su evolución es la patología cardiovascular e insuficiencia cardíaca con la mayor incidencia. La hipertensión arterial es la enfermedad concomitante más frecuente en la enfermedad pulmonar crónica. (Pachón et al., 2003)

Sistema urinario – renal.

Infección urinaria.

Las infecciones del tracto urinario se originan en el parénquima o en las vías urinarias pudiendo causar alteración orgánica o funcional en el aparato urinario, pueden ser infecciones del tracto superior o inferior. (Lozano, 2001)

Prostatitis.

La infección urinaria más frecuente del varón entre la segunda y la cuarta décadas. Presenta riesgo de bacteriuria por masaje prostático. (Lozano, 2001)

Cistitis.

El riesgo de colonización renal llegan un 30 % de los pacientes con clínica de cistitis, debe sospecharse en varones con cistitis y en mujeres con diabetes e insuficiencia renal. (Lozano, 2001)

Sistema metabólico.

Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas con hiperglucemia originando complicaciones metabólicas agudas resultantes del déficit absoluto o relativo de insulina, como cuadros de cetoacidosis diabética, síndrome hiperglucémico hiperosmolar o ambas.(Mediavilla, 2001)

Sistema cardiovascular.

Urgencia hipertensiva.

Definida como elevación aguda de la presión arterial sin ocasionar alteración en los órganos diana.(Blanco, Martínez, & González, 2014)

Emergencias hipertensivas.

Definida como elevación aguda y mantenida de la presión arterial con alteraciones estructurales y funcionales graves en los órganos diana.(Blanco et al., 2014)

Sistema neurológico.

La encefalopatía hipertensiva es causada por un incremento brusco y sostenida de la presión arterial en menos de 24 horas, con síntomas neurológicos puede ser causado por:

El ictus isquémico agudo.(Luz Cribero, 2009)

La hemorragia intracraneal aguda.(Luz Cribero, 2009)

Trauma.

Definición y epidemiología:

El poli traumatizado, es aquel paciente con múltiples lesiones orgánicas o músculo esqueléticas que alteran la fisiología de la circulación o ventilación con riesgo de la vida inmediata o en las horas siguientes.(Antonio Martinez, n.d.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los centros de control de enfermedades refieren una mortalidad de 5.8 millones personas de todas las edades por lesiones y violencia involuntarias, el 18 % de las enfermedades mundiales. (Ronald Stewart, 2018)

Los automotores causan más de 1 millón de muertes al año y de 20 millones a 50 millones de las lesiones. El trauma es la principal causa de muerte y el 90% de accidentes de tránsito ocurren en el mundo en desarrollo.

En la súbita y aguda relación de tiempo y gravedad del poli traumatizado, hay la hora de oro de atención, posterior a la lesión con una evaluación y resucitación rápida.(Ronald Stewart, 2018)

METODOLOGÍA.

Muestra.

En el año 2017 según los datos reportados por el servicio de estadística del Hospital Enrique Garcés 143 pacientes que ingresan a emergencia fueron tributarios a la unidad de cuidados intensivos.

Criterios de inclusión.

1. Pacientes mayores de 16 años.
2. Pacientes ingresados por emergencia que requirieron manejo en terapia intensiva.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes menores de 16 años.
2. Mujeres embarazadas.
3. Pacientes que hayan requerido terapia intensiva y estaban hospitalizados en otro servicio.
4. Historias clínicas con datos incompletos.
5. Pacientes fallecidos en el servicio de emergencias.

Tipo de estudio.

Estudio de Cohorte, longitudinal, retrospectivo.

Recolección de información.

1. Protocolo.
2. Obtener autorización de las autoridades del Hospital Enrique Garcés.
3. Obtener autorización del centro de estudios superiores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
4. Solicitar en estadística los números de historias clínicas de pacientes que hayan requerido ingresar a terapia intensiva desde el servicio de emergencia.
5. Generar matriz electrónica de recolección datos.

Variables.

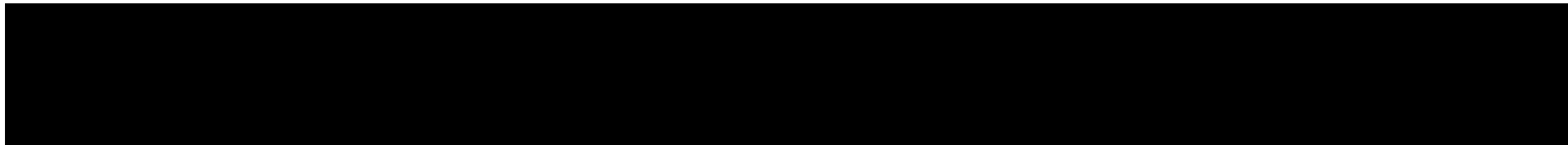
Independiente.

1. Edad.
2. Género.
3. Comorbilidades.
4. Síndromes clínicos o patologías de ingreso.

Dependiente.

1. Tiempo en emergencia.
 - a. Menos de 6 horas = 1
 - b. Más de 6 horas = 2

Operacionalización de Variables.



Características del prescriptor

Género	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Descripción de los géneros masculino y femenino.	Hombre Mujer	Hombre = 1 Mujer = 2	Cualitativa Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su	Descripción cronológica de las edades.	Menor a 60 años	Adulto medio = 1	Cuantitativa discreta

	nacimiento.		Mayor a 60 años	Adulto mayor = 2	
Tiempo de estadía en el servicio de Urgencias	Tiempo de estancia en emergencia desde el ingreso al triaje hasta hospitalización en la unidad de cuidados intensivos.	Descripción del tiempo de permanencia en el área de emergencia hasta el ingreso a terapia intensiva.	Menos de 6 horas Más de 6 horas	Menos de 6 horas =1 Más de 6 horas =2	Cuantitativa discreta
Diagnóstico sindrómico	Patología principal del paciente ingresado en sala	Descripción de la enfermedad o diversidad de	Neurológico	Un diagnostico	Cualitativa

	de emergencia	enfermedades al ingreso del paciente al área de emergencia.	Digestivo Renal Metabólico Cardiaco Respiratorio Múltiples	al ingreso =1 Múltiples diagnósticos al ingreso =2	nominal
Comorbilidades	Patología asociada al cuadro clínico principal.	Descripción de la enfermedad o variedad de patologías del paciente asociadas a su cuadro clínico	Hipertensión Diabetes Falla renal Cuadro neurológico Adicciones	Sin comorbilidades = 1 Con comorbilidades = 2	Cualitativa nominal

		base de ingreso a emergencia.	Múltiples Ninguno Otros		
--	--	-------------------------------	-------------------------------	--	--

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos obtenidos de las variables estudiadas y referenciadas, su procesamiento se realizó sobre el programa informático, Epi Info 7 Project

Para el análisis de las univariadas se realizó la estadística descriptiva en porcentajes y frecuencias sobre las variables cualitativas de género como cualitativa nominal. El diagnóstico de ingreso se clasificó como cualitativo nominal y las comorbilidades como cualitativas nominales.

Para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión como la edad, como cuantitativa discreta y el tiempo de estadía en emergencia como cuantitativa discreta.

En el análisis bivariado de la presente investigación, se calculó la correlación entre las variables independientes.

La variable principal de comparación es el factor tiempo, de estancia, con los factores que inciden sobre el estado del mismo.

El procesamiento de la información está detallado en tablas cruzadas 2 x 2 y el resultado obtenido, como es el factor estadístico de riesgo relativo considerándose un RR >1 como positivo, que justifican los objetivos de nuestra investigación.

RESULTADOS.

ANÁLISIS UNIVARIADO.

Se analizaron a los 143 pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés al departamento de terapia intensiva luego de pedir valoración por esta especialidad y permanecer por un determinado tiempo en el servicio de emergencia, durante el año 2017 desde enero a diciembre.

Tabla 1.-Tiempo de ingreso a la unidad de cuidados críticos desde el servicio de emergencia del Hospital “Enrique Garcés”

Tiempo de ingreso(horas)	Frecuencias absolutas N / 143	Frecuencias relativas %
Menos de 6 horas	99/143	69.23
Mayor a 6 horas	44/143	30.77
Total	143	100

El tiempo de ingreso al servicio de terapia intensiva de los 143 pacientes evaluados en el área de emergencia del Hospital “Enrique Garcés” comprende un tiempo menor de 6 horas de estancia, un 69,23 % y pasadas las 6 horas un 30.77 %, de estancia en el área de emergencia.

Tabla 2.- Edad de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital “Enrique Garcés”

Edad de los pacientes ingresados a terapia intensiva. (años)	Frecuencias absolutas N / 143	Frecuencias relativas %
Menor a 60 años	64/143	44.78
Mayor a 60 años	79/143	55.22
Total	143	100

El rango de edad de los 143 pacientes evaluados en el departamento de emergencia del Hospital Enrique Garcés, comprende menores de 60 años, 44.78 % (desde los 15 años de edad) y sobre los 60 años de edad un 55.22 %.

Tabla 3.- Género de los pacientes atendidos en el área de emergencias del Hospital “Enrique Garcés”

Género de los pacientes ingresados a terapia intensiva	Frecuencias absolutas N/ 143	Frecuencias relativas %
Hombre	65/143	45.0
Mujer	78/143	55.0
Total	143	100

El género de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital Enrique Garcés, un 45 % son del sexo masculino y el 55 % son de sexo femenino.

Tabla 4.- Comorbilidades asociadas a los pacientes atendidos en emergencias del Hospital “Enrique Garcés”

PATOLOGIA	Frecuencias relativas %	Frecuencias absolutas (N°)/143
Hipertensión arterial	4.19	6/143
Diabetes mellitus	13.28	19/143
Renal	1.39	2/143
Sistema nervioso central	1.39	2/143

Ninguna	15.38	22/143
Otros	11.88	17/143
Adicciones	0.69	1/143
Múltiples	51.74	74/143

Con referencia a las comorbilidades, la causa más común fueron las de causas múltiples con un 51.74 %, seguido por pacientes sin patología alguna con 15.38 %, enfermedades metabólicas como diabetes mellitus con 13.38 %, otras 11.88 %, hipertensión arterial un 4.19 %, con alteraciones renales y del sistema nervioso un 1.39 % cada uno y adicciones un 0.69 %.

Tabla 5.- Diagnóstico al ingreso de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital “Enrique Garcés”

Diagnósticos múltiples de ingreso	Frecuencias absolutas N /143	Frecuencias relativas %
Si	67/143	47.0
No	76/143	53.0
Total	143	100

El ingreso de los pacientes con diagnósticos múltiples que fueron tributarios a terapia intensiva con el 47 % y un 53 % de pacientes que no presentaron varios diagnósticos al ingreso.

Tabla 6. Patologías al ingreso en el servicio de emergencia, de los pacientes atendidos en emergencia del Hospital “Enrique Garcés”

PATOLOGIA	Frecuencias relativas %	Frecuencias absolutas (Nº) /143
Sistema nervioso central	0.69	1/143
Digestivo	1.38	2/143
Renal	1.39	2/143
Metabólico	12.58	18/143
Cardiaco	8.39	12/143
Respiratorio	11.88	17/143
Múltiples	63.63	91/143

La variedad de patologías en los pacientes que ingresan al servicio de emergencia del Hospital “Enrique Garcés” tienen en su mayoría múltiples patologías con el 63.63 %, luego pacientes con enfermedades metabólicas tipo diabetes mellitus con 12.58 %, con problemas respiratorios con 11.88 %, cardiopatías unos 8.39 %, digestivas y renal 1.39 % cada una y del sistema nervioso central el 0.69 %

Tabla 7. Comorbilidades de ingreso, asociadas a los pacientes atendidos en emergencias del Hospital “Enrique Garcés”

Comorbilidades múltiples	Frecuencias absolutas N /143	Frecuencias relativas %
Si	97/143	68.0
No	46/143	32.0
Total	143	100

Los pacientes que presentaron comorbilidades múltiples al ingreso en el servicio de emergencia y que fueron ingresados a terapia intensiva con el 68 % y un 32 % no presentaron.

Análisis univariados.

La población de pacientes estudiada, estuvo compuesta por 143 pacientes. Los mismos adultos que ingresaron al servicio de emergencia entre enero 2017 a diciembre 2017 fueron tributarios para el ingreso a terapia intensiva.

Tiempo de ingreso menor a 6 horas un 69.23 %. Reflejando que la mayoría de pacientes ingresan en menos de 6 horas.

El grupo etario de mayor edad que ingreso a terapia intensiva, fueron los de más de 60 años de edad el 55.22 %

En cuanto al género de pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos el 55 % son féminas.

Al ingreso los pacientes presentan un 63.63 % con múltiples diagnósticos.

Un 51.74 % de los pacientes ingresados tienen múltiples comorbilidades.

Hay pacientes que presentan comorbilidades asociadas al ingreso en emergencias del Hospital "Enrique Garcés" un 68 %

Tablas de Análisis Bivariado.

Tabla 1. Edad vs Demora de ingreso.

Variables.

Edad	Menor a 6 Horas	Mayor a 6 Horas	Total	
Menor a 60 años	65	36	101	
Mayor a 60 años	8	34	42	
Total	73	70	143	RR: 3.3

La tabla 1, presenta aquellos pacientes que han ingresado a emergencia son mayores de 60 años de edad con cuadros clínicos agudos o reagudizados que han permanecido más de 6 horas, 34/42.

En tanto los pacientes menores de 60 años de edad han sido tributarios de ingresar a terapia intensiva 65/101, en menos de 6 horas.

El riesgo relativo (RR) calculado fue de 3.3 veces, considerando que la edad es un factor de retraso de ingreso a terapia intensiva.

Tabla 2. Género vs Demora de ingreso.

Variables.

Sexo	Menor a 6 Horas	Mayor a 6 Horas	Total	
Hombre	33	32	65	
Mujer	40	38	78	
Total	73	70	143	RR: 1,01

La tabla 2, nos enseña que el género no presenta diferencia significativa en el tiempo de ingreso a terapia intensiva.

El total de ingresos menor a 6 horas son 73/143 y mayor a 6 horas son 70/143 pacientes con un RR 1,01

Tabla 3. Comorbilidades vs. Demora de ingreso.

Variables.

Comorbilidades	Menor a 6 Hora	Mayor a 6 Hora	Total
Sin	35	34	69

Comorbilidades				
Múltiples Comorbilidades	38	36	74	
Total	73	70	143	RR:0,98

La tabla 3, indica que el número de pacientes que presentaron comorbilidades múltiples en emergencia no afectaron el tiempo de admisión a terapia intensiva, 38/74 menor a 6 horas y mayor a 6 horas 36/74 pacientes. Presentando un RR de 0,98

Tabla 4. Diagnósticos múltiples vs Demora de ingreso.

Variables.

Diagnósticos	Menor a 6 Horas	Mayor a 6 Horas	Total	
Un diagnóstico	46	6	52	
Múltiples diagnósticos	27	64	91	
Total	73	70	143	RR: 2,9

La tabla 4, detalla que la diversidad en los diagnósticos clínicos demora el ingreso a terapia intensiva.

Los resultados señalan que tener un solo diagnóstico en la admisión tiende a ser menor a 6 horas 46/52. Por lo tanto que el tener varios diagnósticos de ingreso a emergencia seria otro factor incidente en la demora de internación a terapia intensiva 64/91. RR 2.9

DISCUSIÓN.

La estancia en el departamento de emergencia del Hospital Enrique Garcés, está dado por múltiples factores.

Siendo el área de emergencia la entrada principal de un hospital, es el servicio con mayor número de pacientes ingresados, clasificados y priorizando su fisiopatología.

El presente estudio se basa en identificar las variables que demoran el ingreso de pacientes a terapia intensiva.

Un número importante de pacientes (69%) de la totalidad son atendidos con criterios de ingreso fueron admitidos dentro de las primeras 6 horas a terapia intensiva.

Los estándares internacionales indican que la estancia del paciente en el área de urgencias entre 2 a 6 horas es lo ideal. Más de 6 horas saturan el área con deterioro de la calidad y mayor consumo de recursos incrementando los riesgos al paciente y del área (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz-

Díaz.2 RESUMEN, 2005) por lo tanto hay que destacar que los pacientes críticos se admiten dentro de las primeras seis horas en su mayoría.

En pacientes con más de 60 años de edad, el ingreso desde emergencia a terapia intensiva la mayoría tuvo un retraso mayor a 6 horas, considerando a la edad como un factor de sesgo para el ingreso.

En algunos estudios los factores de riesgo para el deterioro de un paciente son entre otros: (López Pardo, Socorro García, & Baztán Cortés, 2016) la estancia prolongada asociada con la mayor edad, en el grupo etario de 45-64 años, (Sáenz, 2006) y mayor comorbilidad. (López Pardo et al., 2016)

El Hospital docente en Riad, Arabia Saudita, con 900 camas, realizó un estudio con 940 pacientes, se identificó que dentro de las primeras 6 horas de estancia ingresaron (25%) los de menor edad (48 años). Entre las 6 a 24 horas ingresaron (39 %) con una edad de 50 años de edad y pasadas las 24 horas ingresan pacientes (36%) los de mayor edad sobre los 58 años de edad. (Al-qahtani et al., 2017) Los pacientes sobre 65 años de edad tienen un mayor número de reingresos relacionados con presencia de comorbilidades, fragilidad o discapacidad severa. (Caballero, Pinilla, Mendoza, & Peña, 2016)

El género no es una condición que retrasa el ingreso a terapia intensiva. Un estudio realizado reporta mujeres (57,5%) y 58,3% de varones en promedio. (Varillas & Ignacio, 2017) La estancia prolongada en emergencia determina que un (51,81%) fueron de género masculino. (Vásquez-alva et al., 2015)

El género no parece ser una condición para retrasar el ingreso. Sin existir una diferencia significativa entre el tiempo de ingreso y el género. El género no es

factor de riesgo para reingreso se necesitan estudios adicionales. (Caballero et al., 2016)

Un número importante de pacientes que ingresan a terapia intensiva desde la emergencia presentan múltiples comorbilidades que afectan en su estancia, sin embargo no en la demora de su ingreso; dentro de las principales patologías comorbidas se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatías y/o múltiples comorbilidades. En la bibliografía internacional el ingreso de pacientes a terapia intensiva también se presentan pacientes con patologías y comorbilidades como: patologías múltiples 26,30%, cardíacas 30%, respiratoria 19%, sistema nervioso central 14.8% e intoxicaciones 6,3%. (Este, 2009) Los resultados corroboran que los pacientes con mayor número de enfermedades que acude al área de emergencia presentan mayor tiempo de estancia (Acosta et al., 2015). La edad del paciente y las pluripatologías crónicas fomentan a una valoración frecuentemente en emergencia y requieran procesos diagnósticos complejos y prolongados. (Aguinaga, Hbaaa, Febrero, & Del, 2018)

Estas poblaciones portadora de enfermedades crónicas degenerativas y crónicas requieren mayor cantidad de protocolos de atención. (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005). Las enfermedades con mayores ingresos son del sistema circulatorio, respiratorio, neoplasias, sistema digestivo y del sistema genitourinario. Otra causa de ingreso es la alta médica temprana. (Caballero et al., 2016)

La etiología diagnóstica con una diversidad de enfermedades crónicas reagudizadas y también con cuadros agudos que pueden alargar su estancia hospitalaria, causan demora para el ingreso a terapia intensiva. Entre las principales patologías de ingreso al área de emergencia encontramos enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, respiratorias, neurológicas, digestivas y/o múltiples patologías.

El número de enfermedades aumentan con la edad, los pacientes que ingresan con tres o más comorbilidades preexistentes como diagnóstico de ingreso a emergencia tuvieron 15 veces más posibilidades de fallecer durante su estadía. (Martins, Cardenuto, & Golin, 1999)

Las principales patologías de ingreso a emergencia son causantes de mayor estancia en esta área, tienen una asociación entre los diagnósticos de ingreso con las comorbilidades propias del paciente crónico. (Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN, 2005) .

Es más probable que se presente una demora en el ingreso a terapia intensiva si el paciente tiene diagnósticos múltiples, siendo un factor de riesgo la relación entre patologías del paciente al ingreso y con predisposición de una estancia mayor. (Sáenz, 2006) En un estudio canadiense el ingreso no programado por emergencia encontró que aumentaba el riesgo de reingreso. (Caballero et al., 2016)

CONCLUSIONES.

La estancia hospitalaria prolongada en emergencia de un paciente responde a varios factores: institucionales, personales y patológicos entre otros.

La estancia es un indicador de eficiencia hospitalaria.

La mayoría de pacientes ingresaron en un tiempo menor a 6 horas.

Los factores que más influyen en la estancia hospitalaria prolongada son:

El grupo etario de mayor edad, pacientes con múltiples diagnósticos al ingreso, pacientes ingresados con múltiples comorbilidades.

Las patologías más comunes asociadas con la prolongada estancia hospitalaria son: enfermedades sistema nervioso central, digestivo, renal, metabólicas, cardíacas, vasculares, respiratorias, adicciones.

El servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés tuvo importantes resultados de atención en el año 2017, la población de adultos con patologías crónicas descompensadas, tributarios a unidad de cuidados intensivos ingresaron dentro del tiempo límite de estancia en el área de emergencia, comparables con los límites internacionales.

Los usuarios utilizan la emergencia como una alternativa para obtener asistencia rápida, oferta de más y mejor tecnología, mejor resolutivez, facilidad de acceso, incluso de vínculos de amistad y familiaridad.

Hay factores que contribuyen a la estancia prolongada en emergencias como consultas no urgentes, el número de consultas, ingresos no programados, problemas de salud más complejos con población de la tercera edad con patologías crónicas con elevada tasa de internación por la exacerbación del cuadro clínico.

La sala de urgencias es un departamento complejo es la forma más rápida de evaluar la salud pública.

RECOMENDACIONES.

Los factores de estancia prolongada del servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés dependen principalmente de la edad del paciente y su patología de ingreso.

Se necesitan realizar estudios que analicen las características de cada servicio de hospitalización para conocer las causas de estancia prolongada por entidad nosológica.

Adicional fomentar estudios de un indicador predictor y sensible a intervenciones de gestión que tenga impacto en los pacientes y personal de salud, reforzando la gestión de camas.

Al problema darle un enfoque global que tenga factores intervenibles, como administrativos (demanda e ingreso de pacientes), disponibilidad de camas, tiempos en los servicios, de apoyo diagnóstico e interconsultas y recurso humano para asegurar la calidad del cuidado.

La sobre demanda en áreas de emergencia debe estar en las investigaciones de salud pública al ser un problema local, nacional y también internacional.

La saturación con pacientes no programados requiere análisis profundo de sus causas, efectos y posibles soluciones locales.

El hacinamiento es causa de un mal rendimiento del servicio de emergencia.

Se necesita de una investigación para comprender el mecanismo del hacinamiento como afecta al paciente en la superpoblación y saturación de las salas de emergencia.

Ejecutar un plan integrador entre los diferentes niveles asistenciales de salud para un mejor control ambulatorio de pacientes.

Con una gestión mejorada realizar la derivación de pacientes a otros hospitales de la red de salud.

Dar facilidad en la gestión de camas hospitalarias adaptadas a las necesidades institucionales.

Para los factores de riesgo como los sociodemográficos, biológicos y psicológicos ejecutar programas prevenibles de fragilidad en el adulto mayor.

BIBLIOGRAFIA.

- Acosta, A. M., Alice, M., & Lima, S. (2015). Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención 1, 23(2). <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0072.2560>
- Aguinaga, A., Hbaaa, A., Febrero, L. O. S. M. D. E., & Del, Y. M. (2018). SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL BASE.
- Al-qahtani, S., Alsultan, A., Haddad, S., Alsaawi, A., Alshehri, M., Alsolamy, S., ... Al-dawood, A. (2017). The association of duration of boarding in the emergency room and the outcome of patients admitted to the intensive care unit, 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0143-4>
- Alberto, R., Briones, D., Farías, M. F., Alonso, F., Aguilar, D., Alejandra, M., ... Farías, F. (2015). Hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental abdominal, XXIX.
- Antonio Martinez. (n.d.). ATENCION AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
- Bejarano, M. (2011). Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26, 33–41.
- Blanco, C. A., Martínez, J. S., & González, S. V. (2014). Crisis hipertensivas : pseudocrisis , urgencias y emergencias. *Hipertensión Y Riesgo Vascular*, (xx), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2014.04.001>
- Caballero, A., Pinilla, M. I., Mendoza, I. C. S., & Peña, J. R. A. (2016). [Hospital readmission rate and associated factors among health services enrollees in Colombia]. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), 1–12.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00146014>

Cavada, G., Daza, P., & Vukusich, A. (2017). Puntaje predictivo de emergencias médicas en un servicio médico quirúrgico, usando variables clínicas y los diagnósticos de ingreso, 156–163.

Ceballos-acevedo, T. M., Velásquez-restrepo, P. A., & Jaén-posada, J. S. (2014). Length of the Hospitalization . Methodologies for Intervention Duração da estancia hospitalar . Metodologias para sua intervenção, 13(27), 274–295. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>

Cir, R. C., & Revisi, C. D. E. (2016). Causas inesperadas de abdomen agudo, (tabla 1).

Dr. Jorge Loría-Castellanos¹ y Dr. Porfirio Ortiz- Díaz.² RESUMEN. (2005). ESTANCIA MAYOR DE 6 HORAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE 2DO NIVEL DE LA CIUDAD DE MEXICO, 5(1), 1–7.

Este, F. (2009). Motivos de ingreso más frecuentes y variables relacionadas en la sala de reanimación de urgencias. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.02.005>

Florencia, M., & Ratti, G. (2017). Fenómeno de crowding en central de emergencias : una problemática mundial, 155–156.

George, F. (2015). iMedPub Journals The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes Results, 1–6.

López Pardo, P., Socorro García, A., & Baztán Cortés, J. J. (2016). Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gaceta Sanitaria*, 30(5),

375–378. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.008>

Lozano, J. A. (2001). Infecciones urinarias . *Offarm*, 1(1), 99–106.

Luz Cribero. (2009). Morbimortalidad en urgencias y Emergencias Hipertensivas. *Revista de Ciencias Médicas*, VIII(2).

Martins, S. J., Cardenuto, S. L., & Golin, V. (1999). Factores de riesgo de mortalidad en personas mayores de 65 años internadas en un hospital universitario, São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(6), 386–391. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891999000500002>

Mayor, A. (2018). DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ACUTE ABDOMINAL PAIN IN THE ELDERLY.

Mediavilla, J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento, 27, 132–145.

Medicina, F. D. E. (2017). Departamento de Medicina Organización de un servicio de urgencias : análisis de la.

Pachón, J., Alcántara, J. D. D., Cordero, E., Lama, C., Andaluza, S., & Infecciosas, D. E. (2003). Manejo clínico de las neumonías adquiridas en la comunidad, 21(7), 350–357.

Ponce-varillas, T. I., Guillermo, H. N., & Ponce-varillas, T. I. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia Overcrowding in the hospital emergency services, 218–223.

Ronald Stewart. (2018). *Advanced Trauma Life Support*.

Sáenz, N. (2006). Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el

Hospital Nacional PNP Luis N, 6, 3–12.

Varillas, P., & Ignacio, T. (2017). Overcrowding in the hospital emergency services.

Vásquez-alva, R., Amado-tineo, J., Ramírez-calderón, F., Velásquez-velásquez, R., Huari-pastrana, R., Medicina, F. De, ... M, H. E. R. (2015). adultos de un hospital terciario , Lima , Perú Overcrowding in medical attention in the Adult Emergency Service of a tertiary hospital, 379–385.

Vítolo, F. (2014). *Saturación de las Guardias de Emergencia.*