

REPUBLICA DOMINICANA  
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

TESIS DE POSTGRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

IMPACTO CLÍNICO Y SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON ESTANCIA  
PROLONGADA EN SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA  
DE LA SALUD MAYO- JULIO 2025

REALIZADO POR:

DRA. SOLANLLY FAUSTINA SURIEL VÁSQUEZ. 21-1088

ASESORADO POR:

DRA. VIOLETA GONZÁLEZ (ASESORA METODOLÓGICA)

DRA. AURORA MENA BÁEZ (ASESORA CLÍNICA)

LOS CONCEPTOS EXPUESTOS EN  
LA SIGUIENTE TESIS DE  
POSTGRADO ES DE EXCLUSIVA  
RESPONSABILIDAD DE LA  
SUSTENTANTE.

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL

JULIO, 2025

IMPACTO CLÍNICO Y SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON ESTANCIA  
PROLONGADA EN SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA  
DE LA SALUD MAYO- JULIO 2025

## ÍNDICE

Dedicatoria.	
Agradecimientos.	
Resumen.	
Summary.	
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>Capítulo I. El Problema</b>	
1.1. Planteamiento del Problema. ....	3
1.2. Preguntas de investigación .....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general .....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación .....	6
1.5. Limitaciones.....	7
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes y referencias .....	8
2.2. Marco Conceptual .....	10
2.2.1. Concepto .....	10
2.2.2. Características de una Sala de Emergencias .....	10
2.2.3. Principios de la Atención en Urgencias .....	10
2.2.4. Importancia de la Atención Oportuna en Urgencias .....	11
2.2.5. Estancia Prolongada en la Sala de Emergencias .....	11
2.2.6. Causas de la Estancia Prolongada .....	11
2.2.7. Morbimortalidad Asociada a la Estancia Prolongada.....	12
2.2.8. Hacinamiento Hospitalario y su Impacto en la Atención de Urgencias .....	12
2.2.9. Consecuencias del Hacinamiento en Emergencias .....	13
2.2.10. Estrategias para Reducir la Estancia Prolongada y Mejorar la Atención en Emergencias.....	13
2.2.11. Intervenciones para Mejorar la Gestión de Pacientes.....	13
2.3. Contextualización.....	14
2.3.1. Reseña del sector.....	14

2.3.2. Marco espacial .....	17
<b>CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Contexto o Demarcación Geográfica .....	18
3.2. Tipo de Estudio .....	18
3.3. Variables .....	18
3.3.1. Operacionalización de las variables .....	19
3.4. Población .....	20
3.5. Muestra.....	20
3.5 Criterios de Inclusión .....	20
3.1.5. Criterios de Exclusión .....	21
3.6. Instrumento de recolección de datos .....	21
3.7. Análisis de los datos .....	21
3.8. Aspectos éticos de la investigación .....	21
<b>CAPÍTULO4: RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados.....	22
<b>CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	
4.1. Conclusiones.....	36
<b>CAPÍTULO 6 RECOMENDACIONES</b>	
6.1. Recomendaciones.....	38
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	40

## **DEDICATORIA.**

Dedicado a mi amado padre Ramón Antonio Suriel Mendez, espero que en el cielo estés orgulloso de todo lo que he logrado y en quien me he convertido, todo esto es gracias a ti te amare hasta el final de mis días.

A mi hermoso hijo Raul Tiburcio Suriel, amado hijo espero que te sientas orgulloso de tu madre, lo eres todo para mí, eres mi motor y mi vida entera.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A **Dios**, por darme las fuerzas cuando pensé en rendirme, nunca perdí la fe por fuerte que fuera la batalla porque sé que mi señor siempre guiaría mis pasos.

A mi madre, **Virginia Vasquez Santana**, dios me premio al darme una madre como tú, sin ti no soy nada gracias por apoyarme siempre, por siempre estar pendiente de mí y no soltarme, sin ti no soy nada no me alcanzara la vida para agradecerte.

A mi hermana, **Sorivel Suriel Vasquez**, mi soporte más que mi hermana mi mejora amiga, mi confidente, gracias por darme ánimos siempre, por tu apoyo por siempre estar ahí para escucharme, eres uno de los pilares más importantes en mi vida y lo sabes.

A mi querido amigo, **Omar Ruiz**, gracias infinita por todo tu apoyo por creer en mí, por impulsarme a dar lo mejor de mí, muchas veces verme llorar y también aguantar cuando estaba de malas, dios siempre manda ángeles a mi vida y tú eres uno.

A mis compañeros de residencia **Juan Carlos De los Santos, Sarah Grullon, Willie Pichardo, Gerandy Peñalo, Victor Calcaño y Claudio Rosario**, los hermanos que me regalo la residencia, el día a día nos volvió familia para levantarnos juntos cada vez que caíamos, atesoro conmigo tantos lindos recuerdos y momentos vividos, que me llenan de felicidad al ver en lo que hoy nos hemos convertido.

A mis maestros **Dra. Lucrecia Velez**, usted sabe cuánto cariño y respeto le tengo una de las mejores personas que he conocido, **Dra. Aurora Mena**, le agradezco de todo corazón por las enseñanzas, por de dedicar su tiempo a mi formación profesional, **Dra. Gricely Pozo** gracias por sus consejos y sus enseñanzas, uno de mis ejemplos a seguir como profesional y como persona, **Dr. Juan Castillo y Dr. Jorge Encarnación** gracias por ser mis guías, por su apoyo y confianza, **Dra. Vilma Urbaez** más que agradecida con usted por siempre cuidarme, por sus consejos para hacerme cada vez mejor y forjar mi carácter, gracias por tratarme como una hija y por estar para mí en momentos de dificultad.

## **RESUMEN.**

La presente investigación analiza el impacto clínico y socioeconómico de la estancia prolongada en la sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud (HGPS) durante el periodo mayo-julio 2025. Se considera estancia prolongada aquella superior a 6 horas desde el ingreso del paciente hasta su traslado, alta o fallecimiento, situación que afecta la calidad del servicio, el estado clínico de los pacientes y los costos institucionales y familiares.

El estudio se realizó con una muestra de 300 pacientes adultos, mediante revisión de historias clínicas y aplicación de cuestionarios. Se evaluaron variables como tiempo de permanencia, complicaciones clínicas, diagnósticos, uso de insumos y percepción del servicio recibido.

Los resultados muestran que el 77.3% de los pacientes permanecieron entre 5 y 48 horas en emergencia, siendo la neumonía, el abdomen agudo y los eventos cerebrovasculares los diagnósticos más frecuentes. El grupo más afectado fue el de mayores de 70 años. El 91% experimentó demoras en la atención, y un 93% requirió insumos adicionales debido a la prolongación de la estancia. Aunque el 88% no presentó complicaciones, se registraron casos de descompensación metabólica (6.8%) y delirio (4.7%).

Desde la perspectiva económica, la estancia prolongada implicó mayores gastos en recursos humanos, suministros, medicamentos y atención médica continua, con impacto tanto para el hospital como para las familias, que enfrentaron costos indirectos y pérdida de productividad.

Se concluye que la estancia prolongada es un problema multifactorial con importantes consecuencias clínicas y económicas. Se recomienda implementar unidades de estadía corta, mejorar el triaje, optimizar el flujo de pacientes, emplear tecnologías diagnósticas en el punto de atención y fortalecer la atención primaria y la coordinación interhospitalaria.

**Palabras claves:** estancia prolongada, emergencias hospitalarias, impacto clínico, impacto socioeconómico, hacinamiento hospitalario, atención de urgencias, hospital General Plaza de la Salud, saturación en sala de emergencias, morbimortalidad, gestión hospitalaria.

## **SUMMARY**

This research analyzes the clinical and socioeconomic impact of prolonged stays in the emergency room of the Hospital General Plaza de la Salud (HGPS) during the period May–July 2025. A prolonged stay is defined as one that exceeds six hours from a patient's admission to their transfer, discharge, or death—a growing issue that negatively affects service quality, patient outcomes, and institutional and family costs.

The study was conducted with a sample of 300 adult patients through medical record reviews and questionnaires, focusing on variables such as length of stay, clinical complications, diagnoses, use of hospital supplies, and patient experience.

Results showed that 77.3% of patients remained in the emergency room between 5 and 48 hours, with pneumonia, acute abdomen, and cerebrovascular events being the most common diagnoses. The most affected age group was patients over 70 years old. A significant 91% of patients experienced notable delays in care, and 93% required additional medical supplies due to their extended time in the emergency department. Although 88% had no complications, some patients experienced metabolic decompensation (6.8%) and delirium (4.7%).

From an economic perspective, prolonged stays generate additional costs for both hospitals and families due to increased use of medical staff, supplies, medications, and continuous care, along with indirect costs such as transportation and loss of productivity.

The study concludes that prolonged emergency stays are a multifactorial issue with high clinical and economic impact. Key recommendations include implementing short-stay observation units, improving triage protocols, optimizing patient flow, integrating point-of-care diagnostic technologies, and strengthening primary care and hospital referral networks.

**Keywords:** prolonged stay, emergency department, clinical impact, socioeconomic impact, hospital overcrowding, urgent care, hospital General Plaza de la Salud, emergency room saturation, morbidity and mortality, hospital management.

## INTRODUCCIÓN

La sala de emergencias constituye un componente esencial dentro del sistema de atención hospitalaria, brindando soporte vital como el tratamiento inmediato a pacientes en situaciones de urgencia y emergente. Sin embargo, uno de los desafíos más relevantes que enfrentan los hospitales es la estancia prolongada de pacientes en dicha área, lo cual puede tener repercusiones importantes tanto a nivel clínico como socioeconómico. Las estancias prolongadas en sala de emergencia esta definida como aquella que excede las 24 horas ya sea debido a la espera por una cama en hospitalización o la complejidad del diagnóstico y tratamiento, se ha identificado como un fenómeno cada vez más frecuente en diversas instituciones de salud (Ocampo et al. 2021).

El impacto clínico de las estancias prolongadas en las salas de emergencia está relacionado principalmente con el riesgo de complicaciones adicionales que pueden afectar el desarrollo de la enfermedad y las complicaciones de los usuarios. La saturación de la sala de emergencia y la falta de camas para hospitalización son factores que contribuyen a la insuficiencia en el monitoreo continuo y en el manejo especializado de estos pacientes. Estudios previos han demostrado que los pacientes con estancias prolongadas tienen un mayor riesgo de infecciones nosocomiales, mayor incidencia de descompensación de sus comorbilidades, y un aumento en la tasa de mortalidad (García et al (2019), (Martínez et al., 2020).

En Hospital General Plaza de la Salud es un centro de referencia nacional, por cual la saturación en la sala de emergencia es un tema importante y por la complejidad del hospital un centro donde se asiste gran cantidad de pacientes en corto tiempo, los pacientes que permanecen por tiempo extendido en la emergencia a menudo tienen antecedentes enfermedades crónicas descompensadas, emergencias médicas complejas o la necesidad de intervención quirúrgica urgente. Esta situación no solo incrementa la morbilidad y mortalidad, sino que también afecta la calidad de la satisfacción de otros usuarios que requieren ser atendidos con urgencia. Además, la estancia prolongada genera una sobrecarga en los recursos humanos del hospital,.

Desde el punto de vista socioeconómico las estancias prolongadas implican un gasto considerable tanto para las instituciones de salud como para los pacientes y sus familias, que incluye el uso de recursos de personal médico, infraestructura y suministros, se ve multiplicado cuando los pacientes permanecen por periodos extendidos en la emergencia. Según estudios recientes, este tipo de estancias prolongadas no solo afecta la sostenibilidad económica de los hospitales públicos y privados, sino que también tiene un impacto directo en las familias, que enfrentan gastos adicionales relacionados con transporte, medicamentos y otros servicios de apoyo (Sánchez et al 2022). De manera similar, la productividad laboral de los familiares de los pacientes puede verse afectada, ya que muchos deben asumir roles de cuidadores, lo que puede generar un impacto en la economía familiar, particularmente en poblaciones vulnerables.

En este contexto, la presente investigación busca determinar el impacto clínico y socioeconómico de los pacientes con estancia prolongada en la sala de emergencia, identificar factores de riesgo asociados con la prolongación de la estancia, las consecuencias clínicas derivadas y los costos que enfrenta el sistema de salud y las familias. A través de un estudio detallado, se pretende aportar evidencias que permita hacer recomendaciones de mejoras y así disminuir la saturación de sala de emergencias, disminuir riesgos de complicaciones y mejorar factores socioeconómicos.

**Capitulo 1.**  
**El problema.**

# Capítulo I. El Problema

## 1.1. Planteamiento del Problema.

La estancia prolongada de pacientes en salas de emergencia definida como una permanencia superior a seis horas se ha convertido en un problema creciente en los sistemas de salud, especialmente en hospitales de alta demanda. Aunque estos espacios están diseñados para ofrecer atención rápida, su uso como áreas de espera prolongada ha desencadenado múltiples consecuencias negativas tanto para los pacientes como para las instituciones. Estudios muestran que estancias prolongadas pueden contribuir al empeoramiento clínico, desequilibrios en la utilización de recursos y una disminución en la satisfacción del usuario (Morley et al., 2018; Singer et al., 2019).

Desde el punto de vista clínico, el hacinamiento y la falta de movilidad pueden incrementar los riesgos de infecciones nosocomiales y complicaciones adicionales como úlceras por presión y trombosis venosa profunda debido a la inmovilidad prolongada o al estrés ambiental de la sala (Hagerkäll et al., 2024; Brennan et al., 2019). Además, el entorno caótico, el ruido, la ansiedad y el mal manejo del dolor pueden interferir en la recuperación del paciente, en especial cuando el personal está sobrecargado (Madsen et al., 2020).

En cuanto al impacto económico, la permanencia innecesaria de pacientes en salas de emergencia incrementa considerablemente los gastos operativos de los centros de salud. Investigaciones específicas indican que las estancias prolongadas pueden costar más de \$10,000 USD por paciente, debido al uso intensivo de recursos humanos y tecnológicos (Madsen et al., 2020; Brennan et al., 2019). Esta situación reduce la capacidad para atender a nuevos pacientes, limita la eficiencia en la utilización de camas y recursos hospitalarios, y puede traducirse en pérdidas económicas considerables para el sistema.

Las estancias prolongadas también contribuyen a la congestión de los servicios de emergencia, lo cual impacta negativamente en la calidad de la atención y en la mortalidad de los pacientes. Existe una asociación directa entre el tiempo de permanencia en estas

unidades y el riesgo de muerte o complicaciones graves (Singer et al., 2019; Levin et al., 2019).

Desde una perspectiva clínica, las complicaciones como las úlceras por presión representan un reto importante. Se ha documentado que estas pueden aumentar la estancia hospitalaria entre 4 y 10 días adicionales y están asociadas a un mayor riesgo de infección y mortalidad, así como un aumento del 22 % en los costos de atención (Hagerkäll et al., 2024).

Frente a este contexto, resulta crucial implementar estrategias que reduzcan la duración de las estancias en emergencias. Algunas soluciones posibles incluyen la mejora de la capacidad hospitalaria, la optimización del flujo de pacientes y el uso más eficiente de los recursos. Estudios recientes sugieren que la aplicación de protocolos de movilización temprana, sistemas de triaje dinámico y mecanismos de derivación oportuna podrían reducir significativamente los efectos negativos de las estancias prolongadas (Morley et al., 2018; Madsen et al., 2020).

Abordar estos elementos nos hacemos la siguiente pregunta cual es Impacto clínico y socioeconómico en pacientes con estancia prolongada en la sala de emergencias del hospital general plaza de la salud.

## **1.2. Preguntas de investigación**

En este contexto nos planteamos las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las Características la población de pacientes con estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud?
2. ¿Cuáles son las principales causas de estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud?
3. ¿Cuáles son las principales complicaciones clínicas asociadas a la estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud?
4. ¿Cuál es el impacto socioeconómico en los pacientes y familiares asociados a la estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud periodo?
5. ¿Cuál es la relación entre la estancia prolongada y los desenlaces clínicos de los pacientes con estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la
6. ¿Cuáles estrategias se pueden implementar para la optimización en la gestión de pacientes en la sala de emergencias, con base en los hallazgos del estudio para reducir tiempos de espera y mejorar la eficiencia hospitalaria?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Analizar el Impacto clínico y socioeconómico en pacientes con estancia prolongada sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo mayo- julio año 2025.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar la población de pacientes con estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud
2. Identificar las principales causas de estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud periodo
3. Evaluar las principales complicaciones clínicas asociadas a la estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud
4. Analizar el impacto socioeconómico en los pacientes y familiares asociados a la estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud periodo
5. Determinar la relación entre la estancia prolongada y los desenlaces clínicos de los pacientes con estancia prolongada en sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud
6. Proponer estrategias de optimización en la gestión de pacientes en la sala de emergencias, con base en los hallazgos del estudio para reducir tiempos de espera y mejorar la eficiencia hospitalaria.

## 1.4. JUSTIFICACIÓN

La estancia prolongada en las salas de emergencias es un fenómeno creciente que afecta tanto a los pacientes como a los sistemas de salud en todo el mundo, especialmente en contextos de alta demanda hospitalaria y limitación de recursos. Este fenómeno no solo aumenta los costos operativos, sino que también tiene un impacto negativo en la calidad de atención, el bienestar de los pacientes y la eficiencia del sistema sanitario.

En cuanto a los efectos psicológicos, el estrés y la ansiedad asociados con el aislamiento y la incertidumbre de los pacientes que deben permanecer en las salas de emergencias también son factores que deben considerarse. (Mayer et al. 2019) en su investigación publicada en el *Journal of Emergency Medicine*, hallaron que el tiempo de espera prolongado en las emergencias aumentaba significativamente la ansiedad en los pacientes, especialmente en aquellos con enfermedades crónicas y condiciones complejas

El impacto socioeconómico de las estancias prolongadas en las emergencias es considerable, ya que no solo incrementa los costos hospitalarios, sino que también sobrecarga el sistema de salud, afectando su capacidad de respuesta ante nuevos casos urgentes. En muchos sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo como la República Dominicana, los recursos son limitados, y la falta de camas disponibles en áreas de hospitalización obliga a los pacientes a permanecer en las salas de emergencias, lo que lleva a una gestión ineficiente y costosa. Según un estudio de (McIntyre et al. 2021), el costo de una estancia prolongada en la sala de emergencias es en promedio, 1.5 veces mayor que el de una estancia regular debido a los recursos adicionales que se requieren, como el uso de equipos médicos, personal adicional y la atención especializada.

A nivel local, (Sánchez et al. 2020) encontraron en su investigación sobre la gestión de emergencias en la República Dominicana que la saturación de las salas de emergencias no solo eleva los costos operativos, sino que también genera una sobrecarga económica para las familias de los pacientes, especialmente en aquellos con menos recursos. Muchas de estas personas deben afrontar gastos adicionales relacionados con transporte, alimentación y otros costos indirectos derivados de la prolongada espera y el tratamiento.

La investigación sobre este tema es crucial para mejorar la gestión de los recursos en los hospitales, optimizar la atención de emergencia y reducir los costos asociados con las estancias prolongadas. Identificar las causas subyacentes de este fenómeno y explorar las soluciones más efectivas para reducir el tiempo de espera en las emergencias contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia del sistema de salud en general. Además, esto permitirá desarrollar políticas de salud pública más inclusivas, que garanticen el acceso rápido y adecuado a servicios de emergencia sin comprometer la atención de otros pacientes.

### **1.5. Limitaciones**

El impacto clínico y socioeconómico de los pacientes con estancia prolongada en la sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud podría enfrentar varias limitaciones. En primer lugar el acceso a datos clínicos podría estar restringido por la confidencialidad y privacidad, lo que dificultaría la obtención de información completa. La población de pacientes con estancias prolongadas puede ser pequeña, lo que limita la representatividad de la muestra y podría introducir sesgos en los resultados. Factores socioeconómicos como el nivel de ingresos o el acceso a seguros de salud, pueden influir significativamente en los resultados, pero a menudo son difíciles de medir de manera

Desde el punto de vista metodológico, cuantificar el impacto socioeconómico de la estancia prolongada puede ser complicado dado que se deben considerar variables como la pérdida de productividad, los costos indirectos o el impacto sobre las familias, lo cual puede resultar subjetivo y difícil de estimar con precisión. Además, si el seguimiento se limita a un período corto, es posible que no se capture completamente el impacto a largo plazo. Factores institucionales, como los recursos limitados del hospital y los protocolos de atención, también pueden influir en los resultados, alterando el impacto que tendría una estancia prolongada en otros entornos.

**Capitulo 2.**  
**Marco teórico.**

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes y referencias**

La estancia prolongada en salas de emergencia se asocia con un aumento significativo de la morbimortalidad debido a factores como el retraso en la atención definitiva, el hacinamiento hospitalario, la falta de recursos y el agotamiento del personal médico. Estudios recientes han demostrado que los pacientes que permanecen más de 6 a 12 horas en urgencias tienen mayor riesgo de complicaciones, infecciones nosocomiales y peores desenlaces clínicos. El hacinamiento en emergencias también se ha relacionado con mayor riesgo de eventos adversos, retrasos en la administración de antibióticos, aumento de la mortalidad a corto plazo y peores pronósticos en enfermedades tiempo-dependientes como el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular. (Morley et al., 2018; Singer et al., 2019; Sun et al., 2018).

Algunas causas del problema incluyen la insuficiencia de camas hospitalarias, la falta de coordinación en la atención, la alta demanda de pacientes y los tiempos prolongados de espera para hospitalización. La estancia prolongada en las salas de emergencia se ha convertido en un problema crítico en los sistemas de salud a nivel mundial. Diversos estudios han evidenciado que el tiempo excesivo de permanencia en urgencias está directamente relacionado con un aumento en la morbimortalidad de los pacientes debido a retrasos en la atención, hacinamiento, falta de recursos y mayor riesgo de eventos adversos (Morley et al 2018).

El hacinamiento en los servicios de urgencias afecta la capacidad de los hospitales para brindar una atención oportuna y segura. Se ha demostrado que los pacientes que permanecen en emergencia por tiempos prolongados tienen mayor riesgo de infecciones nosocomiales, descompensación de enfermedades crónicas y retrasos en tratamientos esenciales, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones y mortalidad hospitalaria (Singer et al., 2019).

Un estudio de (Sun et al. 2018) encontró que la mortalidad hospitalaria aumenta proporcionalmente con la duración de la estancia en la sala de emergencias. En pacientes críticos, cada hora adicional de espera antes de la hospitalización se asocia con un incremento del riesgo de muerte. Además, (Fee et al. 2019) demostraron que en pacientes con sepsis, la administración tardía de antibióticos debido a la saturación de urgencias se relaciona con un aumento significativo de la mortalidad.

El problema de la estancia prolongada no solo afecta a los pacientes, sino que también repercute en el personal de salud y en la eficiencia del sistema hospitalario. (Carter et al. 2020) realizaron una revisión sistemática que evidenció que los hospitales con alta congestión en sus salas de emergencia presentan mayores tasas de eventos adversos, incluyendo errores médicos y retrasos en intervenciones críticas.

Ante esta problemática, se han propuesto diversas estrategias para reducir la estancia prolongada en emergencias, tales como la implementación de protocolos de triaje más eficientes, unidades de observación y optimización del flujo hospitalario (McKenna et al., 2019). Además, recientes innovaciones tecnológicas han permitido la creación de modelos predictivos mediante inteligencia artificial, como el sistema N-BEATSx, que anticipa la cantidad de pacientes en *boarding* con hasta seis horas de antelación, optimizando la gestión de camas y recursos (Kim et al., 2024). Sin embargo, aún persisten desafíos en la gestión hospitalaria que limitan la efectividad de estas intervenciones. Estudios recientes sugieren que la implementación de estrategias como unidades de observación en emergencias, protocolos de triaje optimizados y la mejora en la coordinación del flujo de pacientes pueden reducir la estancia prolongada y mejorar los desenlaces clínicos (Jones et al., 2021). Sin embargo, la falta de recursos hospitalarios y la alta demanda siguen siendo obstáculos significativos para una atención eficiente en los servicios de urgencias.

Esto genera una “barrera de acceso” al servicio de salud, lo que aumenta el tiempo de espera para otros pacientes y deteriora la calidad general del servicio, generando una carga socioeconómica para el sistema de salud. Un estudio de (New York City Health + Hospitals 2020) Este estudio examinó el impacto de las estancias prolongadas en la sala de

emergencias en el sistema de salud de Nueva York. Los investigadores encontraron que el 30% de los pacientes que permanecían más de 6 horas en la sala de emergencias desarrollaban complicaciones adicionales, lo que aumentaba tanto los costos de tratamiento como el tiempo de recuperación. (La universidad de California en Los Ángeles UCLA sobre las Estancias Prolongadas 2019) Investigadores de UCLA analizaron las estancias prolongadas en salas de emergencia y concluyeron que los pacientes con estancias de más de 24 horas presentaron una tasa de mortalidad 3 veces superior en comparación con aquellos que fueron trasladados rápidamente a unidades de hospitalización. Además, se identificó un aumento en los costos hospitalarios debido a la sobreutilización de recursos. "Prolonged Emergency Department Stays and Delayed Admission to the Hospital" ( Annals of Emergency Medicine 2018) este estudio se centró en los efectos de las estancias prolongadas en la sala de emergencias sobre la efectividad del tratamiento. Los hallazgos mostraron que los pacientes con estancias prolongadas experimentaron mayores retrasos en los diagnósticos y tratamientos, lo que contribuyó a un peor pronóstico, aumento de las complicaciones y mayor tiempo de hospitalización.

En un estudio de cohortes en Francia con 1,598 pacientes mayores de 75 años, se halló que la mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en pacientes que pasaron la noche en urgencias (15.7 %) en comparación con aquellos que fueron ingresados antes de la medianoche (11.1 %). Se identificó, además, una mayor incidencia de eventos adversos, como caídas, infecciones urinarias y del tracto respiratorio, delirium y úlceras por presión (Bernard et al., 2023).

Resultados similares se observaron en Indonesia, donde un estudio con más de 18,000 pacientes mostró que aquellos con estancias en urgencias iguales o superiores a ocho horas presentaron una mortalidad hospitalaria 2.69 veces mayor (IC 95 %: 2.40 3.03), con una fracción atribuible del 71.6 % (Putra et al., 2023).

La evidencia científica también vincula la estancia prolongada en emergencias con retrasos en la administración de tratamientos esenciales. Un metaanálisis (Seymour et al., 2023) demostró que por cada hora de retraso en la administración de antibióticos en pacientes con sepsis, la probabilidad de mortalidad se incrementaba en un 4.1 % (OR 1.041), alcanzando

hasta un 20.5 % si la primera dosis se administraba después de una hora. Esta relación ha sido confirmada por múltiples estudios multicéntricos que subrayan el impacto del retraso en la terapia antibiótica inicial (Levin et al., 2017; Fee et al., 2019).

Por otro lado, el fenómeno del *boarding* (cuando un paciente debe permanecer en urgencias tras haber sido admitido por falta de camas disponibles) ha sido ampliamente estudiado. Carter et al. (2020) identificaron que el *boarding* prolongado se asocia con una mayor probabilidad de errores médicos, retrasos en intervenciones críticas, agotamiento del personal de salud y mayor incidencia de eventos adversos, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores o pacientes con comorbilidades múltiples.

Desde el punto de vista económico, las estancias prolongadas en salas de emergencia también representan una carga significativa para el sistema de salud. Un análisis de costos realizado por Madsen et al. (2020) estimó que el costo promedio de una estancia prolongada en urgencias puede superar los 10,000 USD por paciente. Estos costos se derivan del uso intensivo de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y tecnología médica, así como de las complicaciones clínicas asociadas. En Taiwán, un estudio reveló que los pacientes que permanecían más de 24 horas en emergencia presentaban estadías hospitalarias de entre 2 y 3 días adicionales, lo que se traduce en un uso más prolongado de camas, equipos y personal (Wang et al., 2024).

Por otra parte, estudios en servicios de salud de Estados Unidos han mostrado que modelos como *split flow* o *physician in triage* donde un médico se involucra desde el triaje inicial reducen los tiempos de espera y aumentan la capacidad de respuesta del sistema (ACEP, 2024). Un ejemplo exitoso es el programa GEDI de la Universidad Northwestern, que logró reducir las hospitalizaciones del 53 % al 36 % en adultos mayores, mediante la integración de equipos especializados en atención geriátrica desde el ingreso al servicio de emergencias (Feinberg School of Medicine, 2023).

Sin embargo, pese a estos esfuerzos, persisten barreras estructurales que dificultan una atención fluida. Entre ellas destacan la escasez de personal médico y de enfermería, la subutilización de sistemas informáticos clínicos y la falta de coordinación entre niveles de atención. Samadbeik et al. (2024) destacan que muchas estrategias aún se encuentran en

fase piloto, con escasa evaluación en contextos de alta demanda como hospitales generales urbanos

La estancia prolongada en salas de emergencia no solo afecta al paciente, sino que también genera un impacto socioeconómico considerable en sus familias. Uno de los efectos más directos es la carga financiera que enfrentan los familiares. Los gastos relacionados con medicamentos, insumos, transporte y alimentación durante la hospitalización pueden ser elevados, especialmente en contextos donde el seguro médico no cubre la totalidad de la atención. Además, la necesidad de acompañar o cuidar al paciente implica que algún miembro de la familia deba ausentarse del trabajo, lo que reduce los ingresos familiares y puede generar endeudamiento o venta de bienes para cubrir los costos médicos y de manutención (Wang et al., 2024; Madsen et al., 2020).

El impacto económico va más allá del dinero; la tensión emocional y psicológica en los familiares es un aspecto fundamental. La incertidumbre sobre la evolución del paciente, sumada al estrés de un entorno hospitalario muchas veces caótico, genera ansiedad y agotamiento en los acompañantes. Este desgaste emocional puede afectar la salud mental y la capacidad de las familias para sobrellevar la situación, especialmente cuando la hospitalización se prolonga por varios días. Además, la atención requerida por un paciente hospitalizado puede disminuir el cuidado que otros miembros de la familia necesitan, alterando la dinámica familiar y generando tensiones adicionales (Carter et al., 2020; Bernard et al., 2023).

Las familias con menores recursos económicos son las que sufren con mayor intensidad estas consecuencias, pues enfrentan mayores dificultades para cubrir gastos inesperados y se ven más afectadas por la pérdida de ingresos. Esto contribuye a una mayor inequidad social, ya que la estancia prolongada en emergencias puede limitar el acceso oportuno a la atención médica y exacerbar las desigualdades en salud. En estos contextos, la hospitalización prolongada no solo impacta la salud física del paciente, sino que también deteriora la situación socioeconómica de la familia (Morley et al., 2018; Samadbeik et al., 2024).

Otra consecuencia importante es la pérdida de productividad y oportunidades. Los familiares que deben ausentarse del trabajo o abandonar temporalmente sus estudios para cuidar al paciente sufren un impacto en su desarrollo profesional y personal. En hogares con empleos informales o sin acceso a licencias laborales, esta situación puede resultar en la pérdida de sus fuentes principales de ingresos. Además, el impacto psicosocial afecta la estabilidad emocional y social de la familia, generando un círculo de estrés y limitaciones que dificultan la recuperación tanto del paciente como de su entorno (Sun et al., 2018; New York City Health + Hospitals, 2020)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Concepto**

Las salas de emergencia (SE) son unidades médicas destinadas a la atención de pacientes en estado crítico o con patologías agudas que requieren diagnóstico y tratamiento inmediato. Su función es brindar una atención rápida, efectiva y segura para estabilizar al paciente y determinar si es necesario su hospitalización, traslado o alta médica (McKenna et al., 2020).

### **2.2.2. Características de una Sala de Emergencias**

- Operación 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Atención basada en el principio de prioridad clínica mediante sistemas de triaje (Pines et al., 2020).
- Coordinación con unidades hospitalarias para hospitalizar pacientes críticos.
- Espacios de observación para el monitoreo de pacientes que no requieren hospitalización inmediata

### **2.2.3. Principios de la Atención en Urgencias**

- Triage: Clasificación de pacientes según la gravedad de su condición y la urgencia del tratamiento. Se basa en escalas como el Sistema de Triage de Manchester o el ESI (Emergency Severity Index) (McKenna et al., 2020).

- **Tiempo de Respuesta:** Es el tiempo desde la llegada del paciente hasta la primera evaluación médica y posterior tratamiento. Un tiempo prolongado se asocia con peores desenlaces clínicos (Sun et al., 2018).
- **Flujo de Pacientes:** Proceso por el cual los pacientes avanzan desde su ingreso en urgencias hasta su hospitalización o alta médica. Este flujo puede verse afectado por la saturación hospitalaria (Pines et al., 2020)

#### **2.2.4. Importancia de la Atención Oportuna en Urgencias**

Un acceso rápido a la atención médica en la sala de emergencia es crucial para reducir la mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y sepsis. Estudios han demostrado que retrasos en la atención inicial pueden duplicar la tasa de mortalidad hospitalaria (Sun et al., 2018).

#### **2.2.5. Estancia Prolongada en la Sala de Emergencias**

Se define como el tiempo excesivo de permanencia de un paciente en la sala de urgencias sin recibir el manejo definitivo. Aunque los criterios pueden variar según los sistemas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversos estudios establecen que una estancia superior a 6-12 horas en emergencias se considera prolongada (Singer et al., 2020).

#### **2.2.6. Causas de la Estancia Prolongada**

Las razones que contribuyen a la estancia prolongada en urgencias incluyen:

- **Hacinamiento hospitalario:** Exceso de pacientes en el servicio de emergencias sin capacidad de resolución inmediata (McKenna et al., 2020).
- **Falta de camas hospitalarias:** Principal causa de la retención de pacientes en urgencias sin posibilidad de ser admitidos (Pines et al., 2020).
- **Retrasos en estudios diagnósticos:** Larga espera para laboratorios, imágenes o interconsultas con especialistas (Fee et al., 2019).
- **Escasez de personal médico:** Falta de médicos, enfermeras y especialistas que ralentizan la evaluación y manejo de pacientes (Carter et al., 2020).

- Deficiencias en la gestión del alta hospitalaria: Pacientes que podrían ser dados de alta permanecen hospitalizados por falta de coordinación con servicios de atención ambulatoria (Jones et al., 2021).

### **2.2.7. Morbimortalidad Asociada a la Estancia Prolongada**

El término morbimortalidad se refiere al impacto negativo en la salud debido a enfermedades y a la tasa de mortalidad relacionada con deficiencias en la atención médica (Fee et al., 2019).

#### Relación entre Estancia Prolongada y Aumento de la Morbimortalidad

- Retraso en tratamientos esenciales: En enfermedades como sepsis, infarto agudo de miocardio y ACV, cada minuto cuenta. La demora en intervenciones médicas aumenta la mortalidad en estos pacientes (Sun et al., 2018).
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales: La exposición prolongada al ambiente hospitalario incrementa el riesgo de infecciones intrahospitalarias, especialmente en pacientes inmunocomprometidos (Carter et al., 2020).
- Fatiga del personal de salud y errores médicos: La sobrecarga de trabajo en salas de emergencia congestionadas contribuye a un mayor número de errores clínicos (Morley et al., 2018).
- Descompensación de enfermedades crónicas: Pacientes con diabetes, hipertensión o insuficiencia cardíaca pueden deteriorarse por la falta de un manejo oportuno (Pines et al., 2020).

### **2.2.8. Hacinamiento Hospitalario y su Impacto en la Atención de Urgencias**

El hacinamiento hospitalario ocurre cuando la demanda de pacientes supera la capacidad operativa del hospital, generando un efecto en cadena que afecta la eficiencia de la atención en urgencias (Jones et al., 2021).

### **2.2.9. Consecuencias del Hacinamiento en Emergencias**

- Mayor mortalidad hospitalaria: Estudios han encontrado que en hospitales con saturación de urgencias, la tasa de mortalidad puede ser hasta 5 veces mayor en comparación con hospitales con mejor flujo de pacientes (Sun et al., 2018).
- Retrasos en la hospitalización: Falta de camas disponibles impide el traslado de pacientes desde urgencias a hospitalización (McKenna et al., 2020).
- Estrés en el personal de salud: La carga excesiva de pacientes lleva a una mayor tasa de burnout y menor calidad de atención médica (Carter et al., 2020).

### **2.2.10. Estrategias para Reducir la Estancia Prolongada y Mejorar la Atención en Emergencias**

Diferentes estrategias han sido propuestas para optimizar el flujo de pacientes en urgencias y reducir la morbilidad asociada a la estancia prolongada (Morley et al., 2018).

### **2.2.11. Intervenciones para Mejorar la Gestión de Pacientes**

- Implementación de Unidades de Observación en Urgencias: Para pacientes que requieren monitoreo a corto plazo, reduciendo hospitalizaciones innecesarias (Jones et al., 2021).
- Optimización del Triage: Uso de herramientas digitales para mejorar la clasificación de pacientes y reducir tiempos de espera (Pines et al., 2020).
- Gestión eficiente de camas hospitalarias: Coordinación entre emergencias y hospitalización para minimizar los tiempos de ingreso (McKenna et al., 2020)

## **2.3. Contextualización**

### **2.3.1. Reseña del sector**

El centro escogido para la aplicación de la investigación, fue la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud.

La Plaza de la Salud se empezó a construir a mediados del año 1995. Tanto las edificaciones, sus instalaciones y equipos adquiridos, fueron financiados con fondos del Estado Dominicano. A mediados del año 1996, los tres edificios que conforman el Hospital, estaban terminados en su obra civil y gran parte de sus instalaciones y equipos se encontraban en vías de ser habilitados.

Previo a la inauguración oficial de la obra, el 10 de agosto de 1996, el Poder Ejecutivo emitió dos decretos: el primero, creando el Patronato para la administración del Centro de Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), y el segundo, para regir el Hospital General de la Plaza de la Salud. Ambos patronatos están compuestos por miembros exoficio del sector oficial, profesionales de la medicina, educadores, empresarios y religiosos. El Congreso Nacional aprobó la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999 que confirma la vigencia de ambos patronatos, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo el mismo año.

Una vez el Patronato del Hospital asumió sus funciones, nombró a los responsables superiores de la organización, conducción y proyección de la institución: Director General, Director Médico y Director Administrativo. La etapa organizativa se cumplió en los seis meses fijados, retrasándose la apertura de servicios en unos dos meses por circunstancias emergentes de orden externo. El Hospital fue abierto al público el 24 de marzo de 1997. Durante esa etapa preparatoria se priorizaron las acciones y los gastos a incurrir. El personal se fue gradualmente empleando de acuerdo con el progreso del ordenamiento y estructuración de los distintos departamentos y servicios. Por ejemplo, el personal de mantenimiento, contaduría y seguridad, ocupó lugar delantero. Los médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud fueron contratados por tiempo definido de un año

para ser evaluados al término del mismo, antes de la renovación de contratos. Los salarios fueron optimizados en relación con los horarios de trabajo a cumplir.

El personal médico ha sido conformado por especialistas, subespecialistas y médicos generales o internos, agrupados en Departamentos: Medicina interna, Cirugía General, Gineco -Obstetricia, Gastroenterología y Endoscopía, Pediatría, Enseñanza e Investigación, Traumatología y Ortopedia. Los Servicios Especiales son: Diagnósticos por Imágenes, Anatomía Patológica, Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Odontología, Laboratorio y Banco de Sangre, Cardiología, Oncohematología, Oftalmología, Patología Mamaria, Emergencias, Atención Primaria, enfermería, farmacia, alimentación y trabajo social.

Se trata de una estructura simplificada pero funcional, sujeta a cambios graduales de acuerdo con la complejidad a alcanzar por el Hospital cuando se amplíen y diversifiquen aún más sus servicios y se establezcan las actividades docentes y de investigación. (Proyección de Organigrama).

El Hospital ha sido concebido como una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional.

Por otro lado, el departamento de Trabajo Social categoriza a los pacientes haciéndoles una evaluación socio-económica, tendente a dar vigencia al principio de solidaridad. Señalada la categoría, se fija el descuento correspondiente en orden descendente hasta un 40% de la tarifa tope establecida para las consultas, pruebas, procedimientos y asistencia al paciente internado y al ambulatorio. Una categoría especial se asigna al paciente probadamente indigente, el que se exonera de todo pago.

El principio de equidad debe cumplirse en todos los casos, sin desmedro en la calidad de la atención.

Se ha ido desarrollando un sistema de informática para la gestión administrativa relacionada con los pacientes (admisiones, dispensación de medicamentos y material gastable, facturación y cobros, entre otros). Pero se hizo imprescindible la implantación de un sistema integrado que abarcara tanto lo administrativo como lo esencialmente médico (historias clínicas, informes de pruebas y procedimientos, evolución de casos, citas a pacientes, interconsultas, referimiento, interfases para laboratorio clínico, así como de tratamiento de imágenes y radiodiagnóstico). Para la consecución de este objetivo se buscaron las asesorías de expertos en la materia, tanto nacionales como extranjeros, siendo hoy una notable realidad.

**Visión:** HGPS para el 2026 se habrá convertido en un sistema de salud integral y de calidad con capacidad para responder a las necesidades del país.

**Misión:** Brindar atención médica integral de calidad a la población local y global, soportada por un equipo humano calificado y motivado en el marco de los valores institucionales.

**Valores:**

- **Sensibilidad:** Significa concebirme yo y a los demás desde una perspectiva humana, reconocer siempre la fortaleza y fragilidad de su naturaleza, ser empático y permitir que las fortalezas de unos sean el complemento de las debilidades de otros, implica la búsqueda continua del bien común como la expresión más alta de solidaridad en la sociedad
- **Eficiencia:** Implica poder responder a cualquier situación bajo cualquier circunstancia. Es la garantía de acompañamiento continuo a nuestros usuarios, significa plantearnos metas cada vez más altas, lograrlas y superarlas. Es la capacidad de lograr una independencia de acción a fin de aportar bajo un esquema positivo de interdependencia, es descubrir nuestra misión individual y colectiva,

actuando de forma responsable frente a nuestros compromisos, teniendo consciencia de mi rol y gestionando de manera correcta los recursos para lograr obtener los resultados que se esperan.

- **Ética:** Significa actuar siempre de forma predecible y ajustada a los más altos principios éticos morales universalmente aprobados, hacer un uso adecuado y prudente de los recursos y el entorno, siendo siempre consistentes y coherentes en el trato con los demás.
- **Innovación:** En el HGPS se fomenta la innovación como fundamento de su filosofía institucional, la búsqueda de nuevas y mejores formas de pensamiento y actuación para abordar los retos actuales y futuros, así como el uso de la creatividad como herramienta clave para alcanzar el éxito institucional se constituyen en una norma permanente.

### **2.3.2. Marco espacial**

Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS), se encuentra ubicado en la Av. Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, Rep. Dom.

Sus Limitaciones son:

Al Norte: La calle Recta Final-Bomba de gasolina Isla

Al Sur: La avenida San Martín- Tecnimetro e INDUCA

Al Este: La avenida Ortega y Gasset

Al Oeste: La calle Recta Final y la calle Pepillo Salcedo – Estadio Quisqueya.

**CAPITULO 3.**  
**DISEÑO METODOLOGICO.**

## **CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de Estudio**

Se trata de un estudio observacional, ya que no se manipulan variables, sino que se recopila y analiza información sobre los pacientes que han experimentado estancias prolongadas en la sala de emergencias y sus desenlaces clínicos, El estudio será prospectivo, ya que se dará seguimiento a los pacientes atendidos en la sala de emergencias del HGPS en un periodo determinado, se revisarán historias clínicas y bases de datos hospitalarias.

### **3.2. Variables**

- Tiempo de estadía
- Edad
- Sexo
- Complicaciones
- Destino de paciente
- Gastos extra.
- Personal medico

### 3.3.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Gastos de insumos extra.	Se refiere a los costos adicionales que se enfrentan se durante la estancia prolongada del paciente en la sala de emergencias, incluyendo medicamentos no cubiertos, insumos médicos, (como vendas, sondas, guantes, oxígeno, gasas).	Si se utilizaron insumos extra (como vendas, sondas, guantes, oxígeno, gasas) o no.	Si No
Tiempo de estadía	Tiempo transcurrido desde la llegada a la emergencia hasta su destino .	Se medirá en horas, desde el registro de llegada hasta la salida del paciente, clasificándolo en categorías según estándares hospitalarios.	6 hrs a 24hrs 24 hrs a 48 hrs Más de 72 hrs
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Se mide en años cumplidos	20-30 anos 31- 40 anos 41- 50 anos 51- 60 anos 60 -70 anos Mayor 70 anos

Sexo	Características biológica que distingue a los individuos	Sexo biológico	Femenina Masculino
Complicaciones	Eventos adversos o condiciones médicas adicionales que surgen durante la estadía del paciente	Presencia de complicaciones médicas, registros.	Infección nosocomial Descompensacion Metabolica Ulcera Trombosis Delirium
Destino del paciente	Lugar o servicio al que es traslado el paciente tras su paso por la sala de emergencia.	Registro del destino final del paciente	Ingreso Traslado Alta Fallecido
Personal medico	Personal que asistió al paciente durante su estancia en la emergencia	Cantidad de total de médicos y enfermeras en conjunto.	De 1 a 2 De 3 o mas.

### 3.4. Población

El universo estuvo compuesto por los pacientes asistido en sala de emergencia polivalente con estancia prolongada mayor de 6 horas una cantidad total de 4,346 pacientes.

### 3.5. Muestra

Estuvo compuesta por 300 pacientes asistido en sala de emergencia polivalente con estancia prolongada mayor de 6 horas.

### **3.5 Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 20 años.
- Pacientes atendidos en la sala de emergencias polivalente del HGPS en el período determinado.
- Pacientes que hayan permanecido más de 6 horas en urgencias antes de ser hospitalizados o dados de alta.

#### **3.1.5. Criterios de Exclusión**

- Pacientes menores de 20 años.
- Paciente de las emergencias de pediatría y ginecología
- Pacientes con datos incompletos en las historias clínicas.
- Casos en los que la estancia prolongada no haya sido por razones hospitalarias (ejemplo: decisión del paciente de no ingresar a hospitalización).

### **3.6. Instrumento de recolección de datos**

Los datos fueron recolectados mediante dos instrumentos, uno tipo cuestionario sobre el análisis y evaluación del Impacto clínico y socioeconómico en pacientes con estancia prolongada en sala de emergencias del hospital general plaza de la salud periodo abril-junio 2025, durante los diferentes turnos de trabajo.

### **3.7. Análisis de los datos**

Se analizaron los datos estadísticos adecuados en función de las características de las variables. Los datos se almacenaron y se analizaron con la ayuda de Epi-info y el programa Microsoft Office Excel para Windows 2016. Dichos datos son presentados de forma escrita, cuadros, con análisis teórico cada uno de ellos, también se realizaron conclusiones y recomendaciones de lugar.

### **3.8. Aspectos éticos de la investigación**

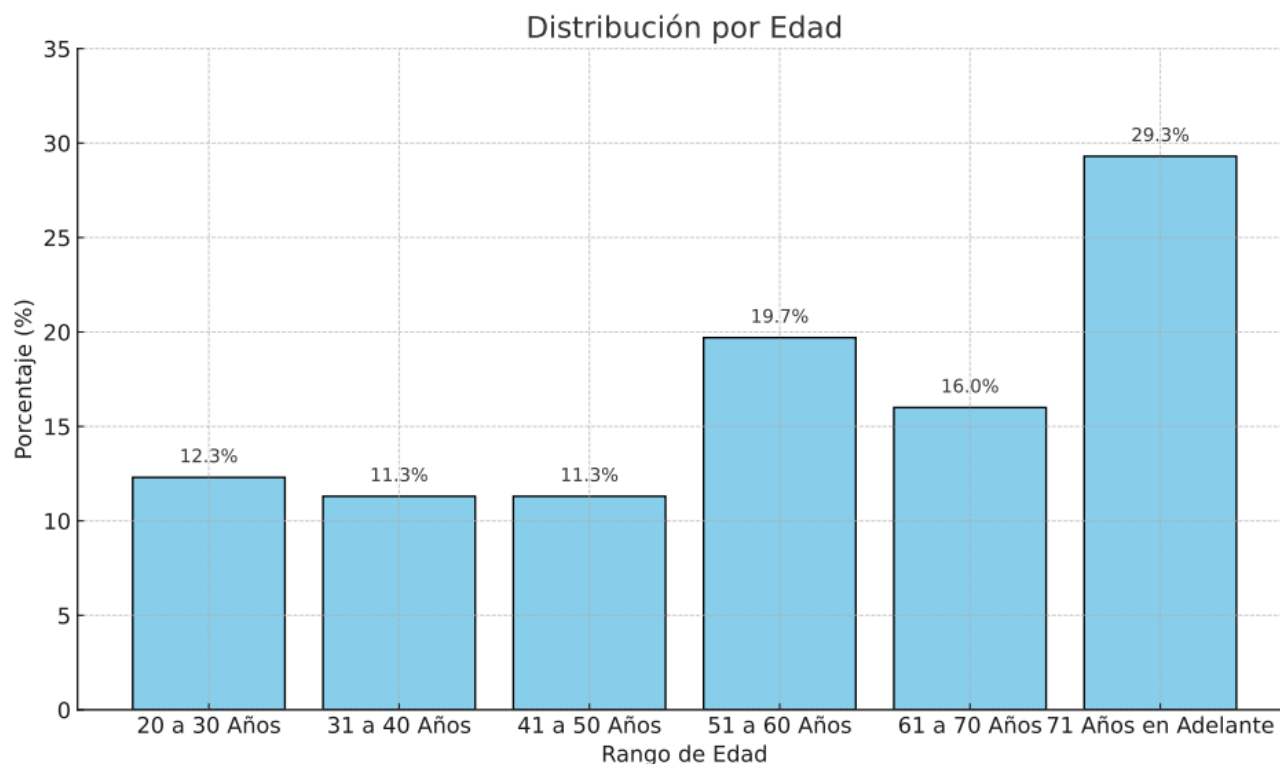
Es de carácter completamente académico sin existir por parte de los investigadores ningún interés económico ni político que motive la misma. En esta investigación es totalmente

profesional toda información obtenida, dichos datos solo serán para fin académico, investigativo no serán divulgados la identificación de las personas, bajo previa autorización del hospital, y del usuario o familiar que llenara la encuesta.

**CAPITULO 4**  
**RESULTADOS.**

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

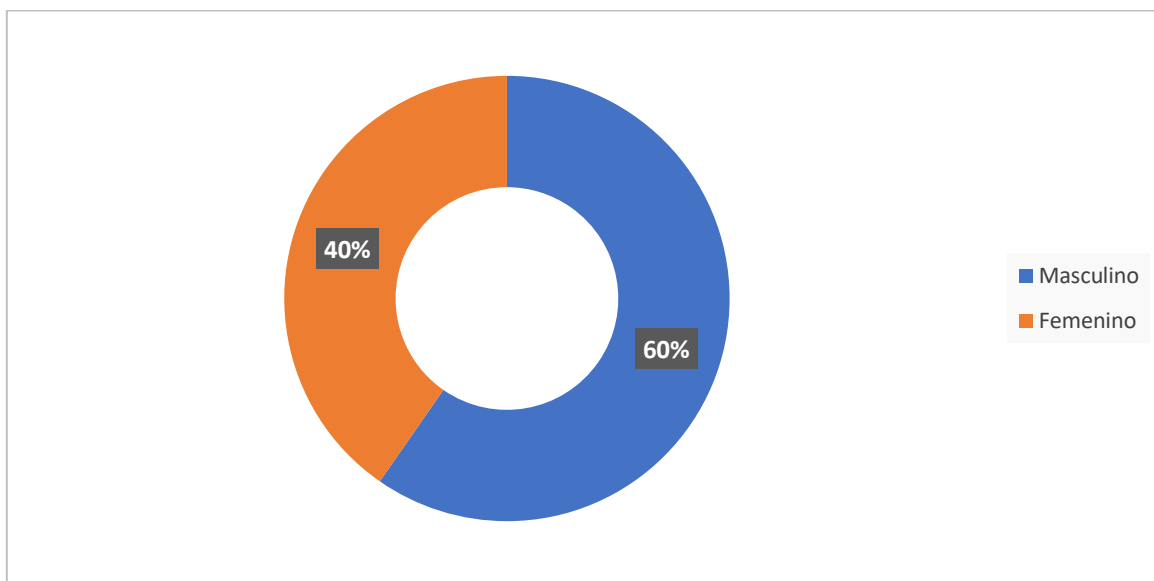
**Gráfico 1. Edad del paciente.**



**Fuente:** Tabla 1

Presenta la distribución por edades de 300 pacientes atendidos en el HGPS. Se observa quienes tienen 70 años o más, sumando 88 pacientes representan (29.3% del total). Les siguen quienes están en el rango de 50 a 60 años, con 59 pacientes (19.7%), y el grupo de 60 a 70 años, con 48 pacientes (16%). Los grupos de 20 a 30 años, 30 a 40 años y 40 a 50 años muestran cifras similares, con 37, 34 y 34 pacientes respectivamente, representando cada uno entre el 11.3% y el 12.3%.

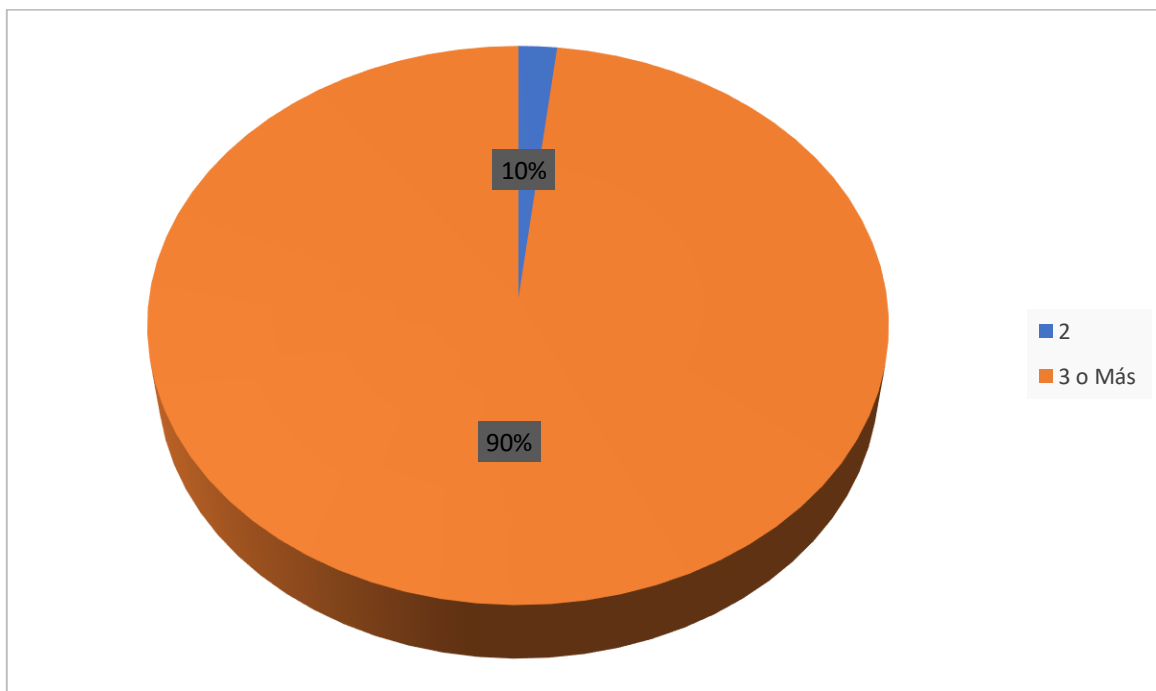
**Gráfico 2. Sexo del paciente.**



**Fuente:** Tabla 2

Muestra la distribución por sexo de los 300 pacientes atendidas en el HGPS. De este total, 179 son de sexo masculino, representando el 59.9%, mientras que 121 corresponden al sexo femenino, lo que equivale al 41%. Así, se observa una mayor proporción de pacientes masculinas en la muestra.

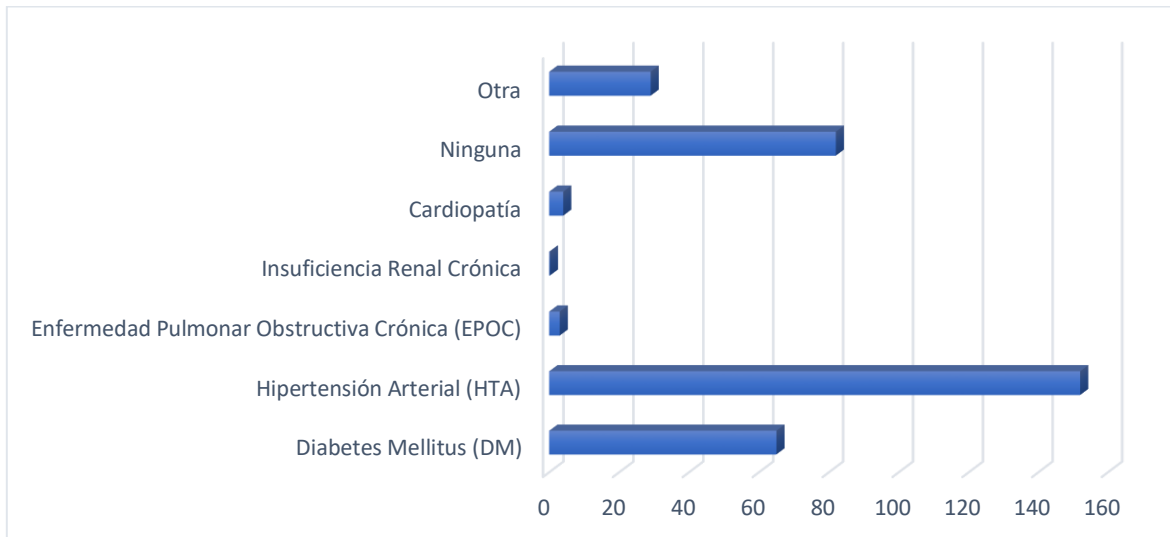
**Gráfico 3. Cantidad de médicos que atendieron al paciente en su estancia prolongada.**



**Fuente:** Tabla 3

Esta presenta la cantidad de médicos que atendieron a las 300 personas durante su estancia prolongada en el HGPS. Un total de 5 pacientes (10.1%) recibieron atención de dos médicos, mientras que 267 pacientes (89.9%) fueron atendidos por tres médicos o más.

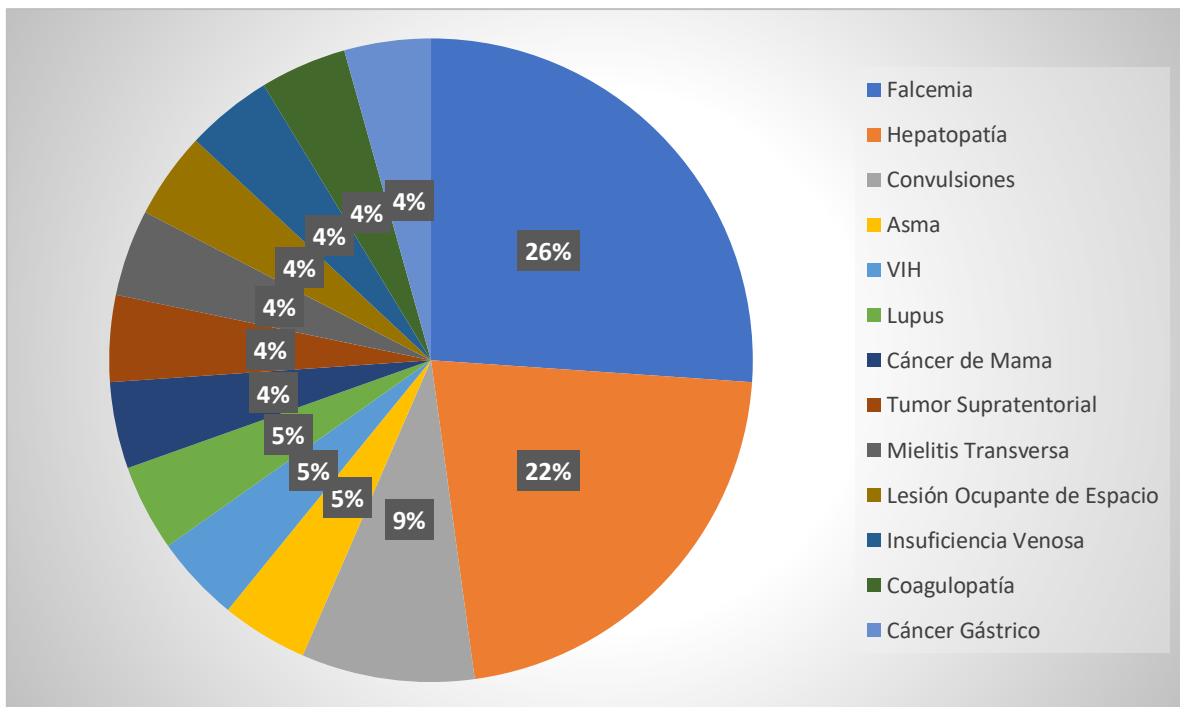
**Gráfico 4. Enfermedad crónica del paciente.**



**Fuente:** Tabla 4

Muestra la distribución de enfermedades crónicas de los pacientes durante su estancia prolongada en el HGPS. El 21.1% presentaba Diabetes Mellitus, mientras que la Hipertensión Arterial fue la condición más frecuente, afectando al 51% de los pacientes. Un 1% tenía Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), y el 6% sufría de Insuficiencia Renal Crónica. La Cardiopatía se identificó en el 1.3% de los casos. El 27.5% de los pacientes no reportó ninguna enfermedad crónica, y un 9.7% presentó otras condiciones diferentes a las listadas.

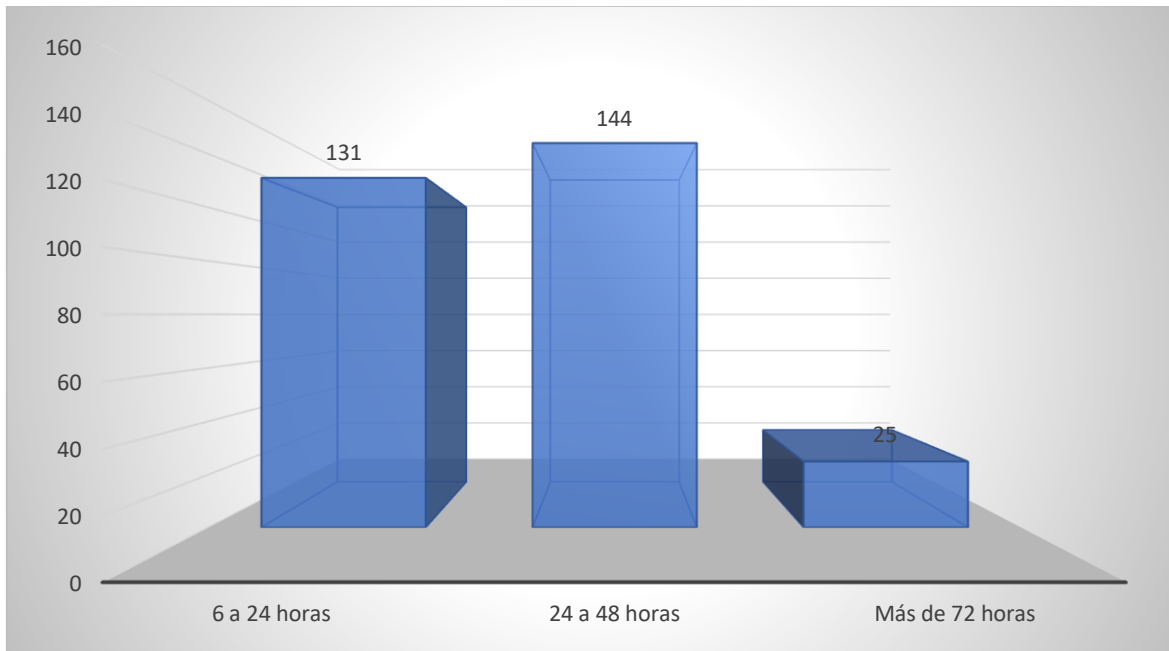
**Gráfico 5. Otras enfermedades crónicas del paciente.**



**Fuente:** Tabla 5

La distribución de enfermedades crónicas adicionales reportadas por pacientes durante su estancia prolongada en el HGPS. Se identificaron los siguientes diagnósticos: Falcemia (6 casos, 1.38%), hepatopatía (5 casos, 1.15%), convulsiones (2 casos, 0.46%), asma (1 caso, 0.23%), VIH (1 caso, 0.23%), lupus (1 caso, 0.23%), cáncer de mama (1 caso, 0.23%), tumor supratentorial (1 caso, 0.23%), mielitis transversa (1 caso, 0.23%), lesión ocupante de espacio (1 caso, 0.23%), insuficiencia venosa (1 caso, 0.23%), coagulopatía (1 caso, 0.23%) y cáncer gástrico (1 caso, 0.23%). En total, se documentaron 23 casos de estas enfermedades, representando el 5.29% del total de pacientes analizados.

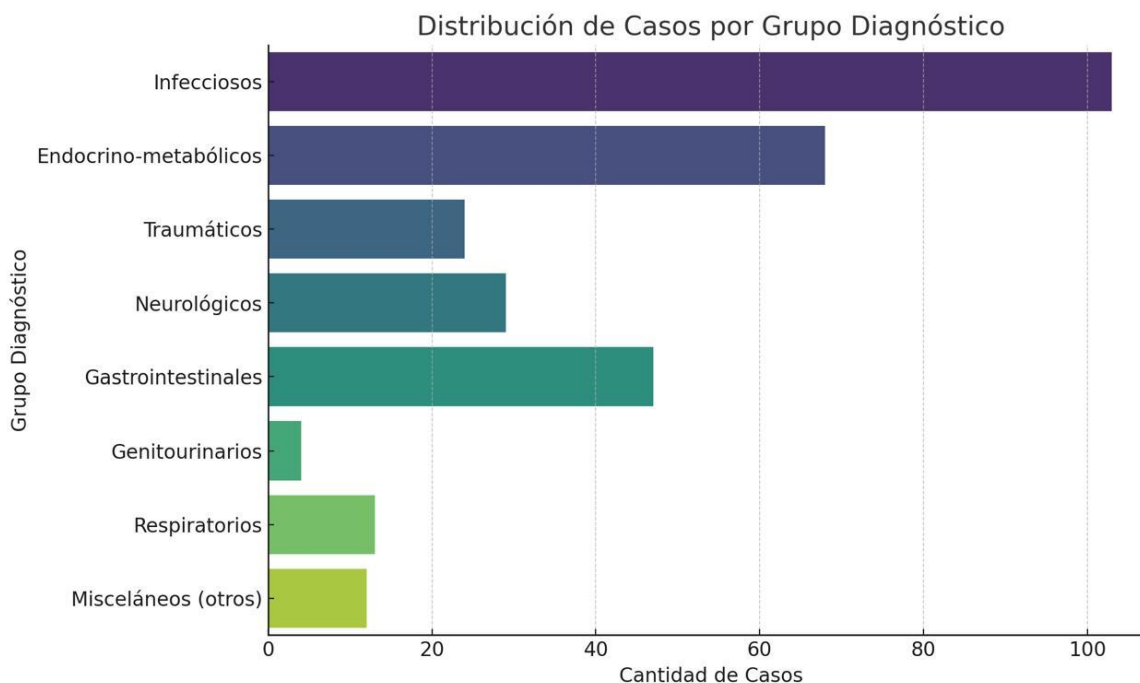
**Gráfico 6. Tiempo que permaneció el paciente en sala de emergencias.**



**Fuente:** Tabla 6

La distribución de pacientes hospitalizados según el tiempo que permanecieron en la sala de emergencia del HGPS. De un total de 300 pacientes, el 43.7% (131 pacientes) permanecieron entre 6 y 24 horas, el 48% (144 pacientes) estuvieron entre 24 y 48 horas y el 8.3% (25 pacientes) superaron las 72 horas de estancia. No se registraron pacientes con tiempos de permanencia menores a 4 horas. Estos datos reflejan la tendencia predominante de hospitalización por períodos intermedios y prolongados en el servicio de emergencia.

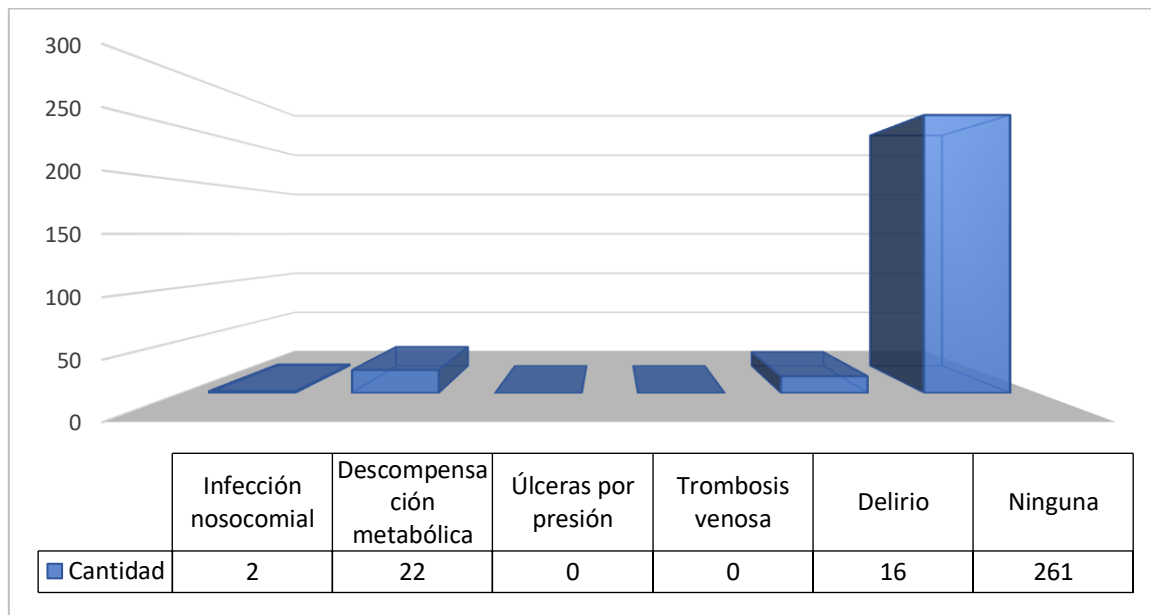
## Gráfico 7. Diagnósticos de los pacientes.



**Fuente:** Tabla 7

La distribución de los 300 casos según el grupo diagnóstico se observa Infeciosos (34.3%) con 103 casos. Endocrino-metabólicos (22.7%) con 68 casos, este grupo ocupa el segundo lugar, gastrointestinales (15.7%) se identificaron 47 casos, neurológicos (9.7%) con 29 casos, este grupo incluye afecciones como accidentes cerebrovasculares, crisis convulsivas u otros trastornos del sistema nervioso central o periférico, traumáticos (8.0%) totalizando 24 casos, respiratorios (4.3%), misceláneos (4.0%) y genitourinarios (1.3%) .

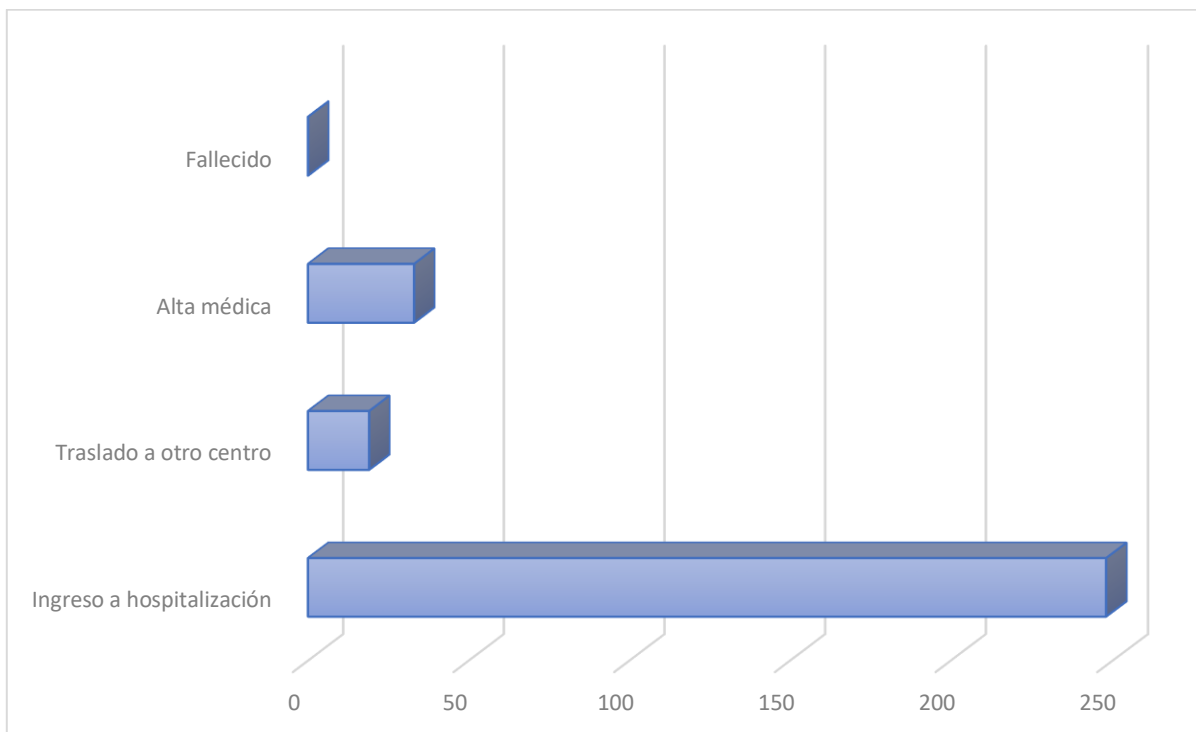
**Gráfico 8. Complicaciones de paciente durante su estancia-**



**Fuente:** Tabla 8

Se muestra la distribución de complicaciones presentadas por pacientes durante su estancia, según los registros del HGPS. Se observa que la gran mayoría de los pacientes, un 88.2%, no experimentaron ninguna complicación. Las complicaciones más frecuentes fueron la descompensación metabólica, reportada en 22 casos (6.8%), y el delirio, presente en 16 pacientes (4.7%). Las infecciones nosocomiales se presentaron en 2 pacientes (0.7%). No se reportaron casos de úlceras por presión ni de trombosis venosa en este periodo.

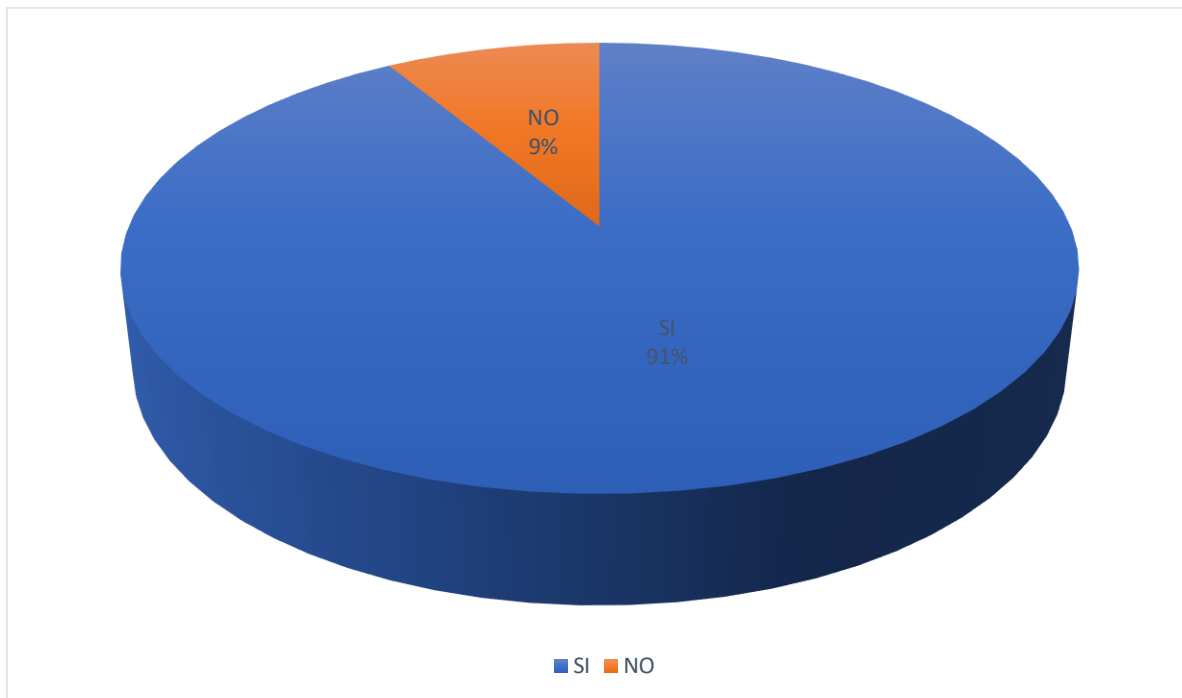
**Gráfico 9. Destino Final del Paciente**



**Fuente:** Tabla 9

El destino final de los pacientes atendidos en el HGPS durante el periodo de análisis. Se observa que la mayoría, 248 pacientes (82.7%), requirieron ingreso a hospitalización, mientras que 19 pacientes (6.3%) fueron trasladadas a otro centro de atención. Un total de 33 pacientes (11%) recibieron alta médica. No se registraron fallecimientos en este grupo.

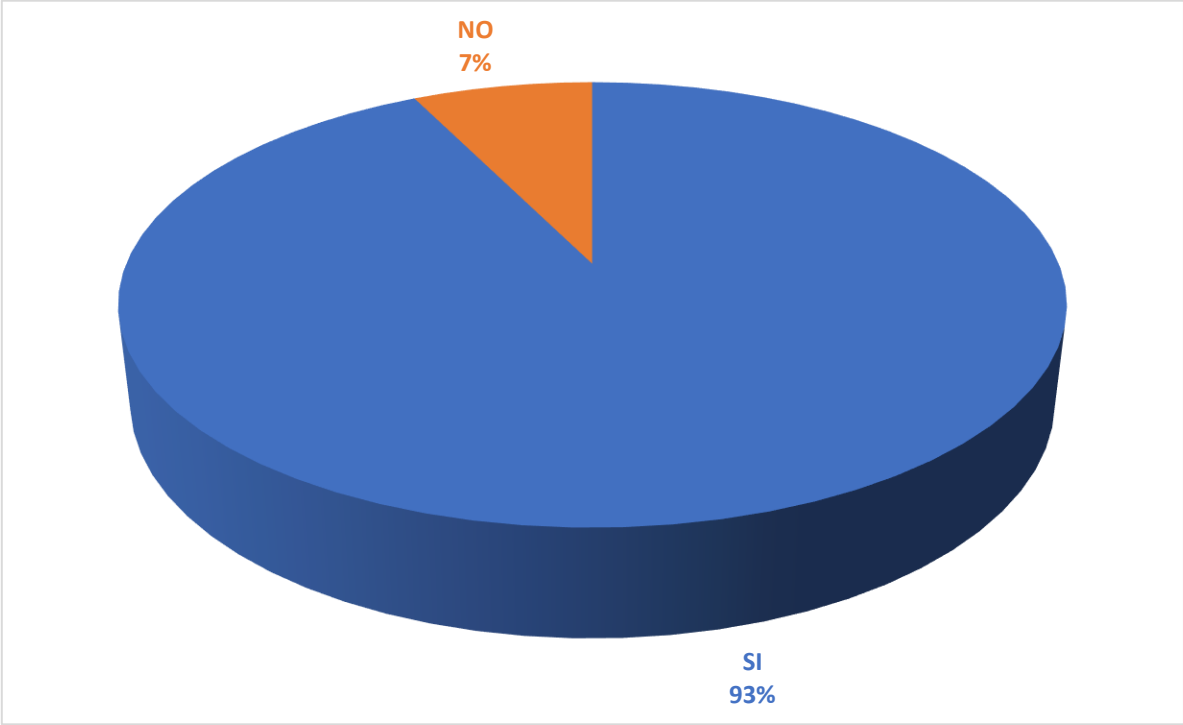
**Gráfico 10. Atención Médica o Monitoreo con Demoras Notorias debido a la Cantidad de Pacientes.**



**Fuente:** Tabla 10

El 91.3% de las pacientes atendidas experimentaron demoras notorias en la atención médica o el monitoreo debido a la alta demanda de pacientes, mientras que solo el 8.7% no reportó este problema.

**Gráfico 11. Fue Necesario Utilizar Insumos Hospitalarios Adicionales (Medicamentos, Oxígeno, Gasas, etc.) por el Tiempo Extra en Emergencia.**



**Fuente:** Tabla 11.

En el 93% de los casos fue necesario utilizar insumos hospitalarios adicionales, como medicamentos, oxígeno y gasas, debido al tiempo extra en emergencia, mientras que solo el 7% mostró que no fue necesario recurrir a estos recursos.

**CAPITULO 5**  
**ANALISTAS DE RESULTADOS.**

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **4.1. Conclusiones**

Los resultados de este estudio revelan un perfil epidemiológico claro de los pacientes con estancia prolongada en la sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud. El grupo etario con mayor representación fue el de pacientes mayores de 70 años, representando un 29.3% de los casos, seguido por los grupos entre 50 y 70 años. Esta concentración en edades avanzadas implica una mayor probabilidad de presentar comorbilidades y, por ende, de requerir atención más compleja y prolongada. En este sentido, el 51% de los pacientes padecía hipertensión arterial y el 21.1% tenía diabetes mellitus, enfermedades crónicas que predisponen a complicaciones durante una atención prolongada y que requieren monitoreo intensivo, aumentando la carga asistencial del personal médico.

En cuanto a la atención durante la estancia prolongada, el 91% de los pacientes experimentaron demoras notorias en la atención médica o en el monitoreo. Esto indica una sobrecarga estructural y operativa dentro del servicio de emergencia. A pesar de esto, no se reportaron fallecimientos durante el período de análisis, lo cual habla positivamente del compromiso del personal, aunque no debe subestimarse el riesgo potencial asociado con esta sobrecarga sostenida.

Aunque la mayoría de los pacientes no presentó complicaciones (88.2%), se identificaron casos de descompensación metabólica (6.8%) y delirio (4.7%), condiciones que pudieron estar relacionadas con la demora en el traslado a una unidad de hospitalización adecuada. Además, el 93% de los pacientes requirió el uso de insumos hospitalarios adicionales debido a su estancia prolongada en la emergencia. Esto no solo implica un aumento en los costos para el hospital, sino también un impacto indirecto sobre el presupuesto de las

familias, quienes muchas veces deben asumir costos de medicamentos, alimentos y transporte durante el tiempo que sus familiares permanecen en esta área crítica.

Los resultados evidencian una alta proporción de pacientes que requirieron ingreso a hospitalización (82.7%), lo que indica una significativa demanda de camas en el Hospital General Plaza de la Salud (HGPS). Sin embargo, el hecho de que estos pacientes permanecieran en la sala de emergencias en espera de traslado a sala clínica sugiere una limitación estructural en la disponibilidad inmediata de camas hospitalarias. Esta situación prolonga innecesariamente la estancia en emergencias, exponiendo a los pacientes a mayores riesgos clínicos y comprometiendo la eficiencia del servicio. La baja proporción de altas médicas (11%) y el traslado de pacientes a otros centros (6.3%) refuerzan la necesidad urgente de ampliar la capacidad de hospitalización o implementar estrategias de flujo hospitalario más efectivas que reduzcan el tiempo de espera en emergencias y mejoren la calidad del cuidado.

Estos hallazgos evidencian que la estancia prolongada en emergencias no es solo una cuestión clínica, sino también organizativa y económica. El retraso en la hospitalización afecta la calidad del servicio, eleva el riesgo de complicaciones y contribuye a la saturación del sistema. En consecuencia, se hace urgente implementar medidas que reduzcan el tiempo de permanencia en emergencia y que optimicen el flujo de pacientes hacia unidades de hospitalización o alta médica segura.

**CAPITULO 6**  
**RECOMENDACIONES.**

## **CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.**

### **6.1. Recomendaciones**

#### **Ampliación de la Capacidad Hospitalaria, Tecnología y Datos**

- Se recomienda aumentar el número de camas clínicas disponibles para hospitalización, ya sea mediante la expansión física del hospital o a través de una redistribución estratégica de recursos internos, con el fin de reducir el tiempo de espera en la sala de emergencias y disminuir la estancia prolongada de los pacientes en dicha área.
- Desarrollar protocolos de egreso más eficientes, fomentar el alta médica oportuna y establecer criterios clínicos claros para el traslado rápido desde emergencias a salas clínicas. Estas medidas permitirán una liberación continua y sistemática de camas, optimizando así el flujo hospitalario y mejorando la capacidad de respuesta ante la demanda creciente
- Implementar paneles de datos en tiempo real: Visualizar la ocupación de camas, el tiempo de espera promedio y el uso de recursos clave para apoyar decisiones clínicas y administrativas inmediatas.
- Tecnología de diagnóstico en el punto de atención, Incorporar equipos de laboratorio y ecografía portátil en la sala de emergencia para acelerar la confirmación diagnóstica y reducir tiempos de traslado.
- Telemedicina en salud mental, Desarrollar un sistema de consultas remotas para pacientes que permita atención rápida y reduce significativamente la estancia innecesaria en emergencia.

#### **Gestión Operativa y Flujo de Pacientes**

- Unidades de estadía corta (short-stay): Inspiradas en hospitales como Wollongong (Australia), estas unidades reducen tiempos de estancia en emergencia en más de un

30%. Permiten observación y estabilización rápida, evitando ocupación innecesaria de camas hospitalarias.

- Habilitar un área en la sala de emergencias donde se pueda realizar el triaje de manera adecuada, que permita acelerar decisiones clínicas y diagnósticos, ya que actualmente el centro solo cuenta con una sala de espera que funge como triaje, lo cual mejoraría la clasificación de pacientes y reduce el tiempo puerta-a-evaluación.
- Unidades de estadía corta (short-stay): Inspiradas en hospitales como Wollongong (Australia), estas unidades reducen tiempos de estancia en emergencia en más de un 30%. Permiten observación y estabilización rápida, evitando ocupación innecesaria de camas hospitalarias.
- Habilitar un área en la sala de emergencias donde se pueda realizar el triaje de manera adecuada, que permita acelerar decisiones clínicas y diagnósticos, ya que actualmente el centro solo cuenta con una sala de espera que funge como triaje, lo cual mejoraría la clasificación de pacientes y reduce el tiempo puerta-a-evaluación.
- Optimizar la gestión activa de camas, adoptar un sistema centralizado de control de camas para agilizar traslados desde la emergencia hacia hospitalización o unidades intermedias, además incluir mas personal de apoyo a dicha área.
- Predicción de demanda con inteligencia artificial: Incorporar modelos predictivos para anticipar picos de admisión hospitalaria y optimizar recursos humanos y físicos con antelación.
- Predicción de demanda con inteligencia artificial: Incorporar modelos predictivos para anticipar picos de admisión hospitalaria y optimizar recursos humanos y físicos con antelación.

## **Recursos Humanos y Seguridad del Personal**

- Alineación dinámica del personal: Ajustar los turnos de médicos y enfermeras de acuerdo con los horarios de mayor demanda y ausencias programadas.

- Capacitación continua en manejo de crisis: Entrenar al personal en técnicas de desescalada, atención humanizada en emergencias y manejo de pacientes agresivos o con trastornos mentales.

### **Coordinación Interhospitalaria y Comunitaria**

- Fortalecer redes de derivación, establecer canales directos de comunicación y traslado entre hospitales públicos y privados para pacientes que requieren servicios especializados o continuidad de cuidados.
- Hospitalización domiciliaria para pacientes estables, utilizar equipos móviles para seguimiento en casa de pacientes con condiciones controladas, lo que evita ingresos innecesarios y libera camas.
- Promoción de servicios de atención primaria y urgencias comunitarias, informar a la población sobre el uso adecuado de la sala de emergencia y facilitar acceso a clínicas de atención rápida para casos menores.

### **Políticas Públicas y Financiamiento**

- Establecer indicadores públicos de calidad, hacer obligatorio el reporte de tiempos de espera y de estancia prolongada en emergencia, como base para la mejora continua y la transparencia.
- Incentivos y penalizaciones por eficiencia hospitalaria, vincular resultados en gestión de emergencias, con bonificaciones por reducción de estancias y penalidades por sobretiempos injustificados.
- Alianzas público-privadas para expansión hospitalaria, promover colaboración entre el Estado, sector privado y universidades para ampliar la capacidad de atención de emergencias y hospitalización.

## **BIBLIOGRAFIA.**

## BIBLIOGRAFÍA

- *Annals of Emergency Medicine*, 2018. "Prolonged Emergency Department Stays and Delayed Admission to the Hospital".
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2020). *The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review*. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), 210-219. DOI: 10.1111/jnu.12522
- Fee, C., Weber, E. J., Maak, C. A., & Bacchetti, P. (2019). *Effect of Emergency Department Crowding on Time to Antibiotics in Patients Admitted With Sepsis*. *Annals of Emergency Medicine*, 74(3), 345-355. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.02.017
- García, J., Pérez, M., & Sánchez, C. (2019). Estancia prolongada en salas de emergencia: Un estudio de impacto clínico en pacientes graves. *Revista Latinoamericana de Emergencias Médicas*, 42(2), 112-118.
- González, M. J. (2019). "El impacto de la saturación en las emergencias hospitalarias en la República Dominicana". *Boletín de Salud Pública*, 45(7), 56-64.
- *Journal of Emergency Medicine*, 2019. "The Costs and Outcomes of Prolonged Emergency Department Stays".
- Martínez, F., Rodríguez, E., & Díaz, A. (2020). Estancia prolongada en emergencias: Análisis de factores asociados a la mortalidad y complicaciones clínicas. *Emergencias Clínicas*, 31(1), 44-50.
- McIntyre, S., Green, B., & Kelly, M. (2021). "Economic Burden of Prolonged Emergency Department Stays in Low-Resource Settings". *Health Policy and Planning*, 36(3), 405-413.
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Hernandez, C., & Mallon, W. K. (2019). *Emergency Department and Hospital Crowding: Causes, Consequences, and Solutions*. *Journal of Emergency Medicine*, 57(4), 488-498. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.06.025

- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana (2021). Informe sobre la gestión de las emergencias en hospitales públicos del país.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences, and solutions*. PLOS ONE, 13(8), e0203316. DOI: 10.1371/journal.pone.0203316
- Mulligan, E. A., Fitzgerald, D., & Burke, C. (2022). "The Clinical and Economic Impact of Prolonged Emergency Department Stays: A Retrospective Analysis". *Journal of Emergency Medicine*, 63(5), 1-9.
- *New York City Health + Hospitals*, 2020. "Impact of Extended Emergency Department Stays on Patient Outcomes".
- Ocampo, J., Vargas, G., & Ríos, A. (2021). Impacto de la estancia prolongada en urgencias sobre la calidad del servicio hospitalario. *Revista Mexicana de Medicina de Emergencias*, 29(4), 235-240.
- Sánchez, J., Pérez, M., & Ramírez, L. (2020). "Saturación y gestión de las salas de emergencias en hospitales públicos de la República Dominicana". *Revista Dominicana de Salud Pública*, 16(2), 123-134.
- Sánchez, M., Gómez, A., & Castro, P. (2022). Análisis socioeconómico de los pacientes con estancia prolongada en emergencia: Costos directos e indirectos. *Revista de Economía de la Salud*, 11(3), 200-208
- Singer, A. J., Thode, H. C., Jr, Viccellio, P., & Pines, J. M. (2019). *The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality*. *Academic Emergency Medicine*, 26(12), 1293-1300. DOI: 10.1111/acem.13815
- Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., & Asch, S. M. (2018). *Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients*. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 605-611.e6. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2012.10.026
- *University of California, Los Angeles (UCLA)*, 2019. "Long-Term Consequences of Prolonged Emergency Department Stays on Patient Health Outcomes". Bernard, L., Bailly, L., Michallet, M., Denavit, M. F., Bonnel, R., & Thilly, N. (2023).

- Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients: A cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 65.
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2020). The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(6), 654–661.
- Madsen, T. E., et al. (2020). Financial and clinical impact of prolonged emergency department length of stay: A cost-analysis study. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(5), 978–987.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8), e0203316.
- New York City Health + Hospitals. (2020). Impact of prolonged emergency department stays on clinical outcomes and resource use in a public health system. NYC Health Reports.
- Samadbeik, M., Riazi, H., Bastani, P., & Abolhallaje, M. (2024). Effectiveness of interventions for emergency department crowding: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 134.
- Sun, B. C., Hsia, R. Y., Weiss, R. E., Zingmond, D., Liang, L. J., Han, W., ... & Asch, S. M. (2018). Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 605–611.e6.
- Wang, Y. C., Chen, S. C., Chen, Y. Y., Lee, H. C., & Fang, C. C. (2024). Emergency department length of stay and hospitalization outcomes: A population-based study in Taiwan. *Health Economics Review*, 14(1), 12.

## **ANEXOS**

**Tabla 1: Edad del Paciente**

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
De 20 a 30 Años	37	12.3%
De 31 a 40 Años	34	11.3%
De 41 a 50 Años	34	11.3%
De 51 a 60 Años	59	19.7%
De 61 a 70 Años	48	16%
De 71 Años en Adelante	88	29.3%
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 2: Sexo del Paciente**

<b>Sexo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	179	60%
Femenino	121	40%
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 3: cantidad de médicos que atendieron en paciente en su estancia prolongada.**

<b>Cantidad de Médicos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
1	-	-
2	5	10%
3 o Más	295	90%
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 4: enfermedad crónica del paciente.**

Enfermedades	Cantidad	Porcentaje
Diabetes Mellitus (DM)	65	21.7%
Hipertensión Arterial (HTA)	127	42.3%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	3	1%
Insuficiencia Renal Crónica	18	6%
Cardiopatía	4	1.3%
Ninguna	54	18.0%
Otra	29	9.7%
TOTAL	300	100%

**Fuente:** Base de Datos del HGPS

**Tabla 5: otras enfermedades crónicas del paciente ( 23 pacientes 5.29% de la población).**

Otras Enfermedades	Cantidad	Porcentaje
Falcemia	6	1.38%
Hepatopatía	5	1.15%
Convulsiones	2	0.46%
Asma	1	0.23%
VIH	1	0.23%
Lupus	1	0.23%
Cáncer de Mama	1	0.23%
Tumor Supratentorial	1	0.23%
Mielitis Transversa	1	0.23%
Lesión Ocupante de Espacio	1	0.23%
Insuficiencia Venosa	1	0.23%
Coagulopatía	1	0.23%
Cáncer Gástrico	1	0.23%
TOTAL	23	5.29%

**Fuente:** Base de Datos del HGPS

**Tabla 6: tiempo que permaneció el paciente en sala de emergencias.**

Tiempo	Cantidad	Porcentaje
Menos de 4 horas	-	-
6 a 24 horas	131	43.7%
24 a 48 horas	144	48%
Más de 72 horas	25	8.3%
TOTAL	300	100%

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 7: diagnóstico de paciente.**

Grupo Diagnóstico	Cantidad de Casos	Porcentaje (%)
Infecciosos	103	34.3%
Endocrino-metabólicos	68	22.7%
Traumáticos	24	8.0%
Neurológicos	29	9.7%
Gastrointestinales	47	15.7%
Genitourinarios	4	1.3%
Respiratorios	13	4.3%
Misceláneos (otros)	12	4.0%
Total	300	100.0%

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 8: complicaciones de paciente durante la estancia.**

Complicaciones	Cantidad	Porcentaje
Infección nosocomial	2	0.7%
Descompensación metabólica	22	6.8%
Delirio	16	4.7%
Ninguna	261	88.2%
TOTAL	300	100%

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 9: destino final del paciente.**

Destino	Cantidad	Porcentaje
Ingreso a hospitalización	248	82.7%
Traslado a otro centro	19	6.3%
Alta médica	33	11%
Fallecido	-	-
TOTAL	300	100%

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 10: atención medica o monitoreo con demoras debido a la cantidad de pacientes.**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	274	91%
No	26	9%
TOTAL	300	100%

Fuente: Base de Datos del HGPS

**Tabla 11: fue necesario utilizar insumos hospitalarios adicionales (medicamentos, oxigeno, gasas, etc. ) por el tiempo extra en emergencia.**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Si	278	93%
No	22	7%
TOTAL	300	100%

Fuente: Base de Datos del HGPS

## Cuestionario para Recolección de Datos



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

### **IMPACTO CLÍNICO Y SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA EN SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD MAYO- JULIO 2025**

Estancia Prolongada en Sala de Emergencias  
Hospital General Plaza de la Salud

**1. Edad:** \_\_\_\_\_ años

**2. Sexo:**

Masculino

Femenino

**3. Durante su estancia prolongada, ¿cuántos médicos diferentes atendieron?**

1

2

3 o más

**4. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (Marque todas las que apliquen)**

Diabetes Mellitus (DM)

Hipertensión Arterial (HTA)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Insuficiencia Renal Crónica

Cardiopatía

Ninguna

Otra: \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuánto tiempo permaneció en la sala de emergencia?**

Menos de 4 horas

6 a 24 horas

24 a 48 horas

Más de 72 horas

**6. Diagnóstico principal al ingreso: \_\_\_\_\_**

**7. ¿Tuvo alguna de las siguientes complicaciones durante la estancia? (Marque todas las que apliquen)**

Infección nosocomial

Descompensación metabólica

Úlceras por presión

Trombosis venosa

Delirio

Ninguna

**8. Destino final del paciente:**

Ingreso a hospitalización

Traslado a otro centro

Alta médica

Fallecido

**9. ¿Se recibió atención médica o monitoreo con demoras notorias debido a la cantidad de pacientes?**

Sí

No

**10. ¿Fue necesario utilizar insumos hospitalarios adicionales (medicamentos, oxígeno, gasas, etc.) por el tiempo extra en emergencia?**

Sí

No



## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre Completo</b>	Solanly Suriel Vásquez
<b>Matrícula o código institucional</b>	211088
<b>Correo Electrónico Institucional</b>	solanly_06@hotmail.com
<b>Carrera/Posición:</b>	Postgrado en Medicina
<b>Estado del examen</b>	Aprobado
<b>Número de Certificación</b>	<b>DIAIRB2025-0961</b>
<b>Fecha</b>	Tuesday, March 25, 2025

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)

