

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3, JESUS MARÍA;
AGUASCALIENTES

**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LAS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL
PACIENTE QUIRÚRGICO CON ESTANCIA PROLONGADA
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.O 3, OOAD
AGUASCALIENTES**

T E S I S

**TESIS PRESENTADA POR EDWIN FERNANDO MERCADO
PÉREZ, PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

TUTOR

DR. JOSÉ LUIS BIZUETO MONROY

CO-TUTOR

DRA. IVONNE GONZÁLEZ ESPINOSA

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, ENERO DE 2026

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Lunes, 24 de febrero de 2025

Doctor (a) JOSE LUIS BIZUETO MONROY

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.3, OOAD AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2025-101-025

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) **CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

27/6/25, 18:18

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"Dictamen de Reaprobación"

COORDINACIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA, HOSPITAL GENERAL ZONA 3
Comité de Ética en Investigación **1018**

Viernes, 27 de junio de 2025

CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

DOCTOR (A) JOSE LUIS BIZUETO MONROY

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de evaluación de documentos del protocolo de investigación con título: **DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.3, OOAD AGUASCALIENTES**, y número de registro institucional **R-2025-101-025**; me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación revisó y aprobó la solicitud de reaprobación del **27 de Junio de 2025 al 27 de Junio de 2026**

ATENTAMENTE

DOCTOR (A) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

CARTA DE APROBACIÓN TRABAJO DE TESIS



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, 20 DE SEPTIEMBRE DE 2025

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de CIRUGIA GENERAL del Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. EDWIN FERNANDO MERCADO PÉREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.O 3, OOAD AGUASCALIENTES".

con Número de Registro R-2025-101-025 del Comité Local de Ética en Investigación No1018. y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: TESIS.

EL DR EDWIN FERNANDO MERCADO PÉREZ, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

Dra. Elizabeth Guadalupe
Hernández Infante

COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD

Dra. Ivonne González Espinosa
Co-tutor

Dr. José Luis Bizueto
Monroy

PROFESOR TITULAR

Dr. José Luis Bizueto Monroy

ASESOR O DIRECTOR DE TESIS



CARTA CONCLUSIÓN TRABAJO DE TESIS

CARTA DE CONCLUSIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 20 DE SEPTIEMBRE DE 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el (la) Residente de la Especialidad de CIRUGIA GENERAL del Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. EDWIN FERNANDO MERCADO PÉREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.O 3, OOAD AGUASCALIENTES".

con Número de Registro R-2025-101-025 del Comité Local de Ética en Investigación No.1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El DR. EDWIN FERNANDO MERCADO PÉREZ asistió a las asesorías correspondientes con su director de tesis y realizó las actividades para la realización del protocolo de investigación, con apego al plan de trabajo, dando cumplimiento a la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:


DRA. JANNETT PADILLA LOPEZ

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
OOAD AGUASCALIENTES

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

EVIDENCIA DE ENVIÓ A REVISIÓN DE ARTICULO CIENTÍFICO

Lux Médica



[← Volver a Envíos](#)

8490 / mercado perez et al. / DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

Biblioteca de envío

Flujo de trabajo

Publicación

Envío

Revisión

Editorial

Producción

Archivos de envío

Q Buscar

▼

 23523 Manuscrito Edwin Lux Medica.docx

septiembre 25, 2025

Texto del artículo

Editar

Descargar todos los archivos

DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 15/01/2026

NOMBRE: MERCADO PEREZ EDWIN FERNANDO **ID:** 345423
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL **LGAC (del posgrado):** PACIENTE QUIRURGICO EN EL PERIOPERATORIO
TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico
SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TITULO: DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE QUIRURGICO CON ESTANCIA PROLONGADA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.O 3, OOAD AGUASCALIENTES
DETERMINACION DE LAS CAUSAS SOCIODEMOGRAFICAS QUE GENERAN ESTANCIAS PROLONGADAS DEL PACIENTE POSTQUIRURGICO

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí ☒ X
No ☐

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.

AGRADECIMIENTOS

Nos enfocamos tanto en la meta que olvidamos lo satisfactorio que es disfrutar el camino.

Agradezco:

A Dios por la dicha de la vida, por permitirme disfrutar cada momento y gozar de la grandeza de curar y servir.

A mis padres y hermanos por ser un brazo fuerte y ayudarme con este sueño y darme ese ímpetu, así como la proyección de materializar mis sueños.

A mi asesor de tesis quien, en momento de dificultad, me dio su apoyo, y sus mejores recomendaciones tanto para este trabajo como la vida diaria.

Y a ti Karen quien al paso de este año me enseñaste lo que es el apoyo, el amor incondicional, lo valioso que es tenerte en mi vida, me demuestras que no hay metas imposibles, mi maestra, mi mejor amiga, mi lugar seguro, espero que el tiempo nos siga brindando momentos increíbles y si Dios lo permite seguir fortaleciendo nuestra relación y consolidar una excelente familia.

ÍNDICE GENERAL

I.	ÍNDICE DE TABLAS.....	3
II.	ÍNDICE DE FIGURAS.....	3
1.	ACRÓNIMOS.....	4
2.	RESUMEN.....	5
3.	ABSTRACT.....	6
4.	INTRODUCCIÓN.....	7
5.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	8
	Diagrama de PRISMA.....	11
6.	MARCO TEÓRICO.....	12
	A) Modelos y teorías.....	12
7.	MARCO CONCEPTUAL.....	20
8.	JUSTIFICACIÓN.....	22
9.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
10.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
11.	OBJETIVOS.....	26
	11.1 Objetivo General.....	26
	11.2 Objetivos Específicos.....	26
12.	HIPÓTESIS.....	27
13.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
	13.1 Diseño de investigación.....	27
	13.2 Universo de trabajo.....	27
	13.3 Universo de estudio.....	27
	13.4 Población de estudio.....	27
	13.5 Unidad de Observación.....	28
	13.6 Unidad de análisis.....	28
	13.7 Tamaño de la muestra:.....	28
	13.8 Operacionalización de las variables.....	29
14.	PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	33
15.	ANÁLISIS DE DATOS.....	34

16. ASPECTOS ÉTICOS.....	34
17. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	35
17.1 Recursos humanos	35
17.2 Recursos financieros.....	35
18. MARCO ANALÍTICO.....	36
18.1 Procesamiento de datos.....	36
18.2 Resultados.....	36
a) Estancia hospitalaria media y categorías de estancia hospitalaria.....	36
b) Especialidad de atención y diagnóstico principal de los pacientes con estancia hospitalaria propongada.....	37
c) Comorbilidades del paciente con estancia hospitalaria prolongada	39
d) Red de apoyo del paciente y falta de cuidadores.....	40
e) Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada	41
19. DISCUSIÓN.....	43
20. CONCLUSIONES.....	47
21. GLOSARIO.....	47
22. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	50
23. ANEXO.....	55
Anexo A) Formato para recolección de datos.....	55
Anexo B) Manual operacional.....	57
Anexo C) solicitud excepción de la carta de consentimiento Informado	60
Anexo D) Cronograma de actividades	61

I. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Red de apoyo del paciente y falta de cuidadores.....	41
Tabla 2 . Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada.....	42

II. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estancia hospitalaria media de los pacientes sometidos a cirugía.	36
Figura 2. Categorías de estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía.	37
Figura 3. Especialidad de atención de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada.	38
Figura 4 Diagnóstico principal de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada.....	39
Figura 5. Comorbilidades del paciente con estancia hospitalaria prolongada.....	40

1. ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
EPSS	Empresas Prestadoras De Servicios De Salud
MSPSS	The Multidimensional Perceived Social Support Scale
PHEDS	Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud



2. RESUMEN

TÍTULO: Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del Hospital General de Zona N.o 3, OOAD Aguascalientes. **ANTECEDENTES:** La estancia hospitalaria prolongada en pacientes quirúrgicos impacta en la calidad de la atención y en los costos de salud. Entre los factores influyentes se encuentran comorbilidades, tipo de cirugía, complicaciones postoperatorias y calidad asistencial. Sin embargo, las variables sociales, como edad, sexo, nivel socioeconómico y apoyo social, han sido poco exploradas. **OBJETIVO:** Describir las características sociodemográficas de pacientes quirúrgicos con estancia prolongada en el Hospital General de Zona No. 3, OOAD Aguascalientes. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se analizaron variables cuantitativas (edad, estancia hospitalaria y puntaje MOS de red de apoyo) mediante medias y desviación estándar, y cualitativas (sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, comorbilidades, especialidad quirúrgica y diagnóstico principal) con frecuencias y porcentajes. **RESULTADOS:** Se incluyeron 215 pacientes con estancia media de 12.5 ± 6.6 días; 81.9% permaneció ≤ 15 días y 18.1% > 15 días. La mayoría correspondió a cirugía general (59.5%), seguida de angiología (13.0%) y urología (12.6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron patología biliar (27.0%), de pared abdominal (26.0%) y vascular (19.1%). Entre las comorbilidades, predominaron hipertensión arterial (61.4%) y diabetes mellitus (52.1%). La edad promedio fue 58.1 ± 16.6 años, con predominio masculino (54.9%), estado civil casado (62.3%) y nivel socioeconómico bajo (57.7%). La escolaridad más común fue primaria (36.7%) y secundaria (33.0%). Casi la mitad (46.5%) no tenía actividad laboral. En cuanto al soporte social, 87.0% reportó apoyo medio, mientras que 12.6% carecía de cuidadores, reflejando vulnerabilidad sociofamiliar que podría influir en la prolongación de la hospitalización. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada presentan principalmente patologías biliares y de pared abdominal, con alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas. Además, predominan condiciones socioeconómicas bajas y limitaciones en el soporte familiar, lo que evidencia la necesidad de considerar factores sociodemográficos en la atención y planificación del alta. **PALABRAS CLAVES:** características sociodemográficas, Estancia prolongada.

3. ABSTRACT

TITLE: Distribution and frequency of sociodemographic characteristics of surgical patients with prolonged stays at General Hospital Zone No. 3, Aguascalientes. **BACKGROUND:** Prolonged hospital stay in surgical patients affects both the quality of care and healthcare costs. Contributing factors include comorbidities, type of surgery, postoperative complications, and quality of care. However, social variables such as age, sex, socioeconomic status, and social support have been less explored. **AIM:** To describe the sociodemographic characteristics of surgical patients with prolonged hospital stay at the General Hospital of Zone No. 3, OOAD Aguascalientes. **METHODOLOGY:** An observational, descriptive, cross-sectional, and prospective study was conducted. Quantitative variables (age, hospital stay, and MOS social support score) were analyzed using means and standard deviation, while qualitative variables (sex, marital status, education, socioeconomic level, comorbidities, surgical specialty, and main diagnosis) were expressed as frequencies and percentages. **RESULTS:** In total 215 patients were included, with a mean hospital stay of 12.5 ± 6.6 days; 81.9% stayed ≤ 15 days and 18.1% > 15 days. Most patients belonged to general surgery (59.5%), followed by angiology (13.0%) and urology (12.6%). The most frequent diagnoses were biliary pathology (27.0%), abdominal wall conditions (26.0%), and vascular diseases (19.1%). The most prevalent comorbidities were hypertension (61.4%) and diabetes mellitus (52.1%). The mean age was 58.1 ± 16.6 years, with a predominance of males (54.9%), married patients (62.3%), and those with low socioeconomic status (57.7%). The most common educational levels were primary (36.7%) and secondary (33.0%). Nearly half of the patients (46.5%) were not engaged in any work activity. Regarding social support, 87.0% reported moderate support, while 12.6% lacked caregivers, highlighting social and family vulnerabilities that may contribute to prolonged hospitalization. **CONCLUSION:** Surgical patients with extended hospital stays mainly presented biliary and abdominal wall pathologies, with a high prevalence of cardiovascular and metabolic comorbidities. Low socioeconomic status and significant deficiencies in family support were also observed, underscoring the need to consider sociodemographic factors in patient care and discharge planning. **KEYWORDS:** sociodemographic characteristics, prolonged hospital stay.

4. INTRODUCCIÓN

La estancia hospitalaria constituye un parámetro fundamental para poder llevar a cabo la correcta evaluación de los servicios de salud, pues refleja no solo la eficiencia en la atención médica, sino también que tan eficientemente los hospitales responden a las demandas de los individuos. En el contexto de la cirugía, la duración de la hospitalización adquiere especial relevancia, dado que el alargamiento desmesurado de la estancia puede asociarse con un mayor riesgo de complicaciones, incremento en los costos de atención y una carga significativa para los sistemas de salud y las familias de los pacientes.

Diversos estudios han señalado que los factores que determinan una estancia hospitalaria prolongada no son exclusivamente clínicos, sino que también incluyen diversas características sociodemográficas incluyendo edad, sexo, el nivel académico, el estado civil y las condiciones socioeconómicas de los pacientes. Estos elementos pueden determinar de qué manera los pacientes transitan a lo largo del proceso quirúrgico, la adherencia a las indicaciones médicas, la recuperación postoperatoria y, en muchos casos, la necesidad de apoyo familiar y social durante el internamiento.

En la literatura internacional, se ha documentado que los pacientes de mayor edad, con bajo nivel de escolaridad o con antecedentes de enfermedades crónicas, tienden a presentar estancias hospitalarias más largas. Asimismo, los factores relacionados con el entorno social y familiar pueden condicionar el alta temprana, pues en ocasiones se requiere de un soporte domiciliario adecuado que no siempre está disponible. Por otro lado, las características propias del hospital, como la disponibilidad de camas, recursos humanos especializados y protocolos de manejo, también influyen en este indicador.

En México, evaluar los factores asociados con la estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía dado que en los hospitales generales los servicios quirúrgicos tienen alta demanda y limitada disponibilidad de recursos. El Hospital General de Zona N.º 3 del OOAD Aguascalientes atiende a una amplia población derechohabiente, lo que convierte a esta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

unidad en un escenario adecuado para estudiar la frecuencia y distribución de los factores asociados a la prolongación de la hospitalización en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Comprender el perfil sociodemográfico de los pacientes quirúrgicos con estancias hospitalarias extendidas permite no solo identificar grupos de mayor riesgo, sino también diseñar estrategias de mejora orientadas a optimizar la utilización de recursos, reducir los eventos adversos de los paicentes y favorecer una mas rápida recuperación. Por ello, a través de este estudio pretendemos analizar la distribución de las características sociodemográficas de los pacientes quirúrgicos que tuvieron una prolongación de la estancia hospitalaria en el Hospital General de Zona N.º 3, OOAD Aguascalientes, con el fin de aportar evidencia local que sirva como soporte científico para la planeación de la atención quirúrgica y para la implementación de programas de mejora.

5. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó búsqueda avanzada en los buscadores de PubMed utilizando los descriptores relacionados con:

- Prolonged
- Excess
- Length of stay
- Surgical
- Patient
- Abdominal or general surgery

uniendo los descriptores con el booleano "AND" y "OR".

Search: (("prolonged"[Title/Abstract] OR "excess"[Title/Abstract]) OR "length of stay"[Title/Abstract] AND ("surgical"[Title/Abstract] AND "patient*"[Title/Abstract])) AND ((y_5[Filter]) AND (ffrft [Filter]) AND ("abdominal " OR "general surgery"))and fact*/social

Criterios de selección de estudio:

- Idioma inglés.
- Población: adultos

Criterios de exclusión

- Población pediátrica.

Con un total de 63 artículos iniciales se realizó eliminación de 60 por no relacionarse a nuestros sujetos y objetos de estudio excluidos por el título, se consideraron 3 artículos tras su lectura.

Krell y cols. en su estudio llamado “Extended length of stay after surgery: complications, inefficient practice, ¿or sick patients?”, describieron el perfil clínico de 5,088 pacientes con estancia hospitalaria prolongada sometidos a cirugía abdominal, encontrando que la edad media fue de 66.2 años, el 51.2% eran femeninos y las principales comorbilidades fueron

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SIRS/sepsis preoperatoria (34.5%), diabetes (20.1%) y EPOC (12.7%). De estos el 36.5% fueron sometidos a cirugía de urgencia y los diagnósticos principales fueron neoplasia (33.6%), enfermedad diverticular (31.4%) y obstrucción (11.2%)(1).

La mediana de la estancia hospitalaria en los percentiles 75 y 90 fue de 6, 9 y 16 días, respectivamente. Debido a que los pacientes que presentaban estancia prolongada extendida eran de mayor edad, presentaban más comorbilidades, se sometieron a más procedimientos de emergencia y se presentaron con mayor frecuencia resecciones por etiologías obstructivas. Aunque los pacientes con estancia hospitalaria prolongada tuvieron más probabilidades de presentar complicaciones, una gran proporción (42,8%) no presentó una complicación documentada o una complicación grave (55,9%). (1).

Hurisa Dadi y cols., en su estudio titulado “Length of hospital stay and associated factors among adult surgical patients admitted to surgical wards in Amhara Regional State Comprehensive Specialized Hospitals, Ethiopia”, describieron el perfil de 452 pacientes adultos sometidos a cirugía, con una tasa de respuesta del 99%. La mediana de edad fue de 38 años, con el 63.05% de los pacientes siendo hombres y el 76.8% casados. Más de la mitad, el 57.1%, residía en zonas rurales, y el 47.35% eran agricultores. Un tercio de los participantes, el 33.85%, pertenecía al nivel socioeconómico más bajo y el 75% tenía seguro de salud. De los pacientes, el 26.5% tuvo una estancia hospitalaria prolongada, con una duración promedio de 9.38 días (SD: ± 7.31). Entre los factores clínicos mencionados se encontraron la presencia de neumonía intrahospitalaria (3.64 veces mayor riesgo), cirugía con duración ≥ 110 minutos (2.54 veces mayor riesgo), bajo índice de masa corporal (5.21 veces mayor riesgo) y anemia preoperatoria (3.22 veces mayor riesgo).(2)

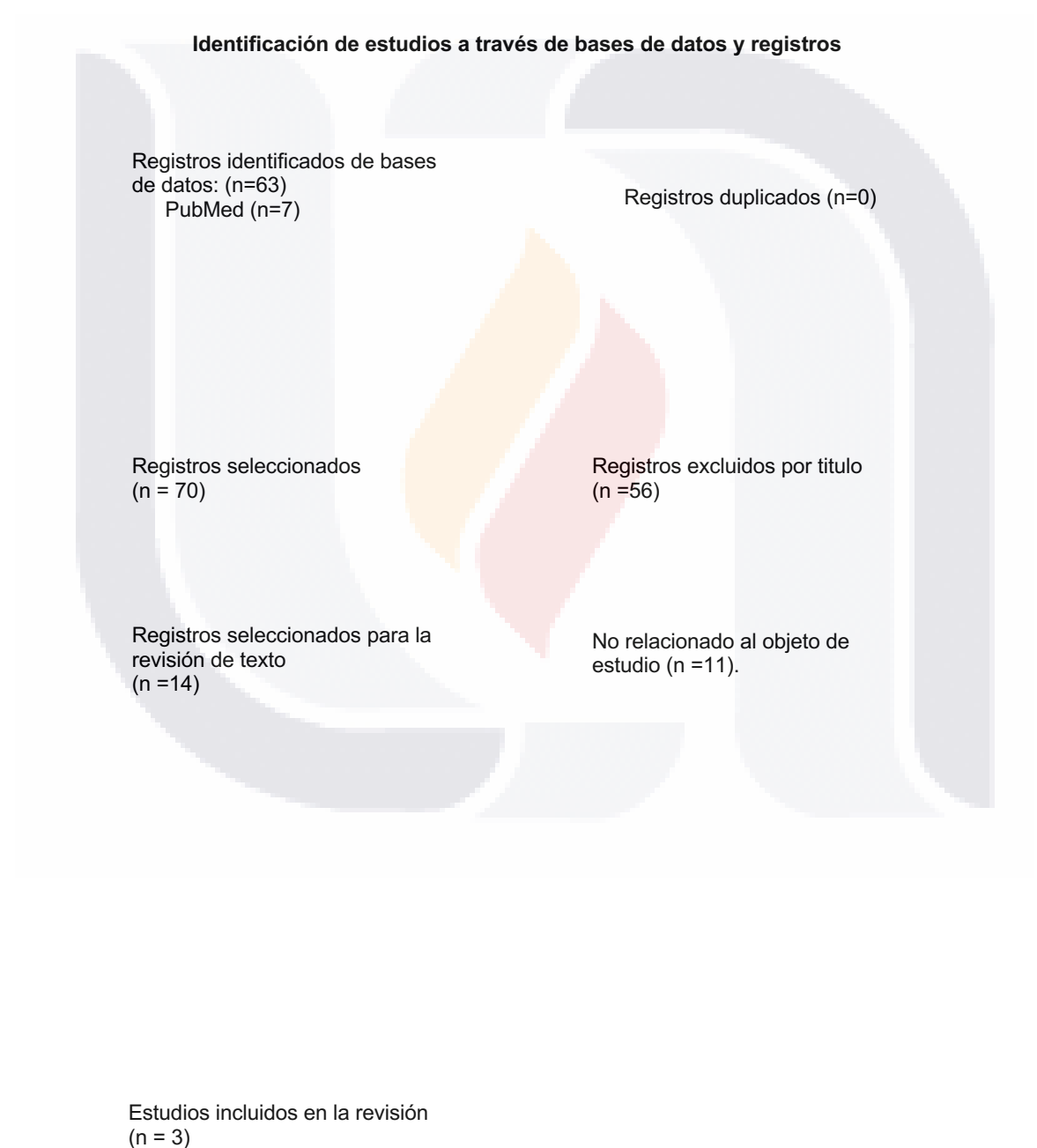
El propósito de este estudio fue analizar la duración de la estancia hospitalaria y los factores relacionados en pacientes adultos sometidos a procedimientos quirúrgicos e ingresados en las salas de cirugía de los Hospitales Especializados Integrales del Estado Regional de Amhara, Etiopía, durante el año 2023. (2)

encontró una proporción significativa de estancias hospitalarias prolongadas entre los pacientes ingresados en las salas quirúrgicas. Los pacientes derivados de otro establecimiento de salud pública, la anemia preoperatoria, el bajo peso, la duración de la cirugía ≥ 110 minutos y la neumonía intrahospitalaria fueron factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada. La identificación y el manejo tempranos de la anemia y la desnutrición preoperatoria pueden acortar la duración de la estadía. (2)

Marfil-Garza y cols., en su estudio titulado “Risk factors associated with prolonged hospital length-of-stay: 18-year retrospective study of hospitalizations in a tertiary healthcare center in México”, describieron el perfil clínico de 4,427 pacientes con estancia hospitalaria prolongada en comparación con 85,904 hospitalizaciones totales. Hace referencia a que la edad promedio fue mínima en el grupo con estancia hospitalaria prolongada, predominando el sexo masculino, con ingresos durante el fin de semana y de emergencia. Las comorbilidades y características clínicas más comunes incluyeron trasplante de médula ósea (OR 18.39), enfermedades infecciosas complejas (OR 4.65) y enfermedades abdominales complejas como fístula intestinal (OR 2.57). Además, los pacientes de bajo nivel socioeconómico y provenientes de fuera de la Ciudad de México presentaron mayor riesgo, con una mortalidad significativamente más alta (13.3% vs 3.7%, $p < 0.001$). (3)

Se planteó como objetivo describir y contrastar las características de los pacientes con Estancia Hospitalaria Normal y estancia prolongada para identificar factores sociodemográficos y específicos de la enfermedad asociados a estancia prolongada hospitalaria en una institución de tercer nivel de atención que atiende a adultos con enfermedades complicadas de todo México. (3)

Diagrama de PRISMA



6. MARCO TEÓRICO

A) Modelos y teorías

➤ Estancia hospitalaria prolongada

La definición de estancia hospitalaria prolongada resulta compleja de estandarizar, pues depende de cada hospital o clínica. Se entiende como el número de días adicionales de hospitalización respecto al tiempo estimado por cada institución (4). La media de la estancia hospitalaria constituye un indicador de eficiencia, al sintetizar tanto el nivel de ocupación de camas como la dinámica de los servicios ofrecidos en los hospitales. Se define como el número promedio de días de hospitalización de los pacientes que fueron dados de alta en un periodo determinado. (5) La literatura no ofrece un punto de corte definitivo para la definición de estancia hospitalaria prolongada. No obstante, Benavides A., en su trabajo, sugiere considerar como tal aquellas hospitalizaciones que sobrepasan los 9 días (3)

La estancia hospitalaria se correlaciona con la severidad del cuadro clínico, de modo que los pacientes con condiciones más graves y complejas tienden a requerir un periodo de hospitalización más prolongado que el resto de los pacientes. (6)

➤ Medición de la estancia

Es fundamental tener en consieración la relación de la estancia hospitalaria prolongada y la disponibilidad de camas sensables, ya que la prolongación de la estancia puede incrementar los costos de atención para el paciente, los sistemas de salud públicos y provados. Pero además, la estancia hospitalaria prolongada aumenta la probabilidad de desenlaces adversos y muerte intrahospitalaria. Se han desarrollado diversos indicadores para evaluar la estancia hospitalaria. Uno de los más utilizados es la estancia media o promedio de días de hospitalización, aplicada en la mayoría de los hospitales. Este indicador refleja tanto el uso de las camas como la eficiencia de los servicios; así, un valor más bajo implica un mejor aprovechamiento de la cama, ya que permite atender a un mayor número de pacientes. De este modo, se relaciona directamente con otro indicador relevante: el giro cama.(7)

Una estancia hospitalaria prolongada aumenta por sí sola la probabilidad de que los pacientes experimenten eventos adversos dentro del hospital, como infecciones nosocomiales, lo que a su vez puede alargar aún más la hospitalización. Esto genera un círculo vicioso que incrementa la morbilidad, la mortalidad y los costos hospitalarios, afectando también el entorno social y familiar del paciente. (6)

Clasificación de los grupos que surgen en base a las estancias prolongadas: (8)

➤ Asociadas al personal de salud

Se han reportado múltiples factores relacionados con el personal sanitario que contribuyen a una estancia hospitalaria prolongada, tales como la experiencia clínica, la ausencia de un enfoque diagnóstico definido al ingreso, altas tempranas, atención por personal en adiestramiento y la no adherencia a protocolos y guías institucionales. (8)

➤ Asociadas al sistema de salud

Por otro lado, algunas características del sistema de salud podrían incrementar la estancia hospitalaria y atrasar el egreso del paciente. Entre las causas que incrementan la duración de la hospitalización se reconocen las dificultades para remitir a los pacientes a niveles de atención superiores y las demoras en las autorizaciones de las EPSS, provocando retrasos en los pagos y un consecuente aumento de la deuda hospitalaria que afecta la estabilidad financiera de las instituciones. (8)

La decadente cobertura de los servicios de salud es un hallazgo que se merece atención. Los sujetos que cuentan con algún sistema de seguridad se ha demostrado que tienen estancias hospitalarias mas prolongadas, en comparación con los que no cuentan con algún seguro médico público o privado. La situación del seguro de salud es un determinante importante en la forma en que los pacientes acceden y usan los servicios sanitarios.. (8)

➤ Asociadas a la administración hospitalaria

La eficiencia del servicio de hospitalización en relación con otros departamentos, incluyendo los tiempos de respuesta en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, la logística de traslado de pacientes, la reducción de personal durante fines de semana y la disponibilidad de insumos, constituye un factor que puede prolongar la estancia hospitalaria. (8).

❖ Características sociodemográficas asociadas del paciente con estancia prolongada

Se han descrito las siguientes causas sociodemográficas que guardan correlación con el paciente (8).

1. Grado académico:

La relación entre el grado académico y la estancia hospitalaria prolongada puede abordarse desde diferentes perspectivas, considerando cómo el nivel educativo de una persona puede influir en su salud, el acceso a cuidados médicos y la experiencia hospitalaria. (9)

Las personas con un mayor nivel académico suelen tener mejor comprensión sobre la prevención de enfermedades, el manejo de su salud y las indicaciones médicas. Esto podría traducirse en una mejor adherencia al tratamiento, lo que podría disminuir el riesgo de complicaciones y la duración de la estancia hospitalaria. En contraste, quienes tienen un menor nivel educativo podrían no comprender completamente la importancia de seguir las recomendaciones médicas, lo que podría generar complicaciones y prolongar su hospitalización. (10)

El grado académico más alto tienden a experimentar estancias hospitalarias más cortas, debido a su mayor nivel de conocimiento, acceso a recursos y mejor manejo de su salud en general. (11)

2. Ocupación

La ocupación de una persona, en términos de su tipo de trabajo y su situación laboral, puede tener una influencia significativa en la duración de una estancia hospitalaria, tanto directa como indirectamente. (12)

Las personas con trabajos formales, especialmente aquellos que ofrecen seguro de salud, pueden tener acceso más rápido y adecuado a atención médica, lo que podría permitir una recuperación más eficiente. Si una persona tiene acceso a consultas médicas regulares y a diagnósticos tempranos, es posible que su estancia hospitalaria sea más corta. (13)

las personas con trabajos informales, inestables o desempleadas pueden no tener acceso adecuado a servicios de salud, lo que puede llevar a diagnósticos más tardíos, complicaciones o retrasos en el tratamiento. Esto podría resultar en estancias hospitalarias más largas debido a complicaciones evitables o falta de atención preventiva. (14)

3. Estado socioeconómico

En relación con el estado socioeconómico se pauta que el aumento exponencial que presenta la población del grupo de la tercera edad, ha generado un foco de atención en la parte económica y social a nivel global. Lo anterior, genera que el sistema de salud presenta una demanda importante debido a que esta población presenta un número incrementado de enfermedades degenerativas, mala alimentación, ejerce una fuerte demanda al sistema de salud porque conlleva mayor presencia de enfermedades crónicas, comorbilidades, malnutrición, marginación social y deterioro funcional prematuro.(9)

La situación sociofamiliar del paciente condiciona el apoyo a los cuidados en el domicilio; así como el rechazo por parte de la familia para aceptar el traslado a un hogar de ancianos, o las condiciones inadecuadas de las viviendas. (10)

Otros autores como Moore y cols. sugieren que los pacientes ingresados por traumatismos que sufren deficiencias económicas o materiales elevadas tienen una estancia más prolongada. Aunque, desconocen la razón sugieren que se debe tener en cuenta el nivel socioeconómico del paciente. Algunas hipótesis podrían ser vía un menor nivel educativo que podría afectar la rapidez con la que el paciente acude a atención, o problemas para el traslado del paciente por deficiencia económica. (11)

4. Escaso apoyo familiar o red de apoyo social

Por su parte, un insuficiente apoyo socio- familiar y la falta de red de apoyo para el paciente también puede afectar la estancia hospitalaria, ya que no contar con soporte puede atrasar la toma de decisiones y la atención oportuna del paciente, dado que, en estado de enfermedad el paciente no es capaz de tomar decisiones apropiadas, por lo que son las personas responsables de esta las que deben autorizar medidas diagnósticas y terapéuticas y tomar decisiones en conjunto con el equipo de salud tratante. Esta red se conoce como red de apoyo primario, y al desarrollarse dentro del contexto de las relaciones familiares, contribuye a fortalecer la autoestima, el sentido de pertenencia y las habilidades de competencia. (12),(13)

5. Lugar de vivienda

Las características de la vivienda se ha. Relacionado con la estancia hospitalaria prolongada, ya que la vivienda es un proxy del nivel socioeconómico, y se ha reportado relación entre las características y ubicación de la vivienda y los resultados en salud. En consecuencia, las estrategias de salud pública deben ajustarse a las características de cada territorio y articularse con las políticas de vivienda, dado que el entorno residencial puede ser tanto un factor de riesgo como un promotor de salud para sus habitantes. (15)

Además, una vivienda de características no apropiadas puede predisponer a los pacientes a mayor riesgo de salud. De hecho, viviendas deficientes en calidad de materiales, en seguridad, en acabados inadecuados y sin apropiado diseño pueden predisponer a los sujetos a diversos riesgos incluyendo caídas y exposición a mayor humedad, alérgenos e infecciones, entre otras. Una vivienda con accesibilidad limitada expone a las personas con discapacidad y a los adultos mayores a traumatismos, altos niveles de estrés y aislamiento. (15)

Es importante hacer mención que el funcionamiento y mantenimiento de un hogar es un gran eslabón para la salud, y esto genera una seguridad humana e incluye dentro de esta el poder tener acceso a agua potable y fuente de electricidad u otro insumo para mantener de forma acogedora su casa.(14)

6. Estado civil

En cuanto al apoyo social de los pacientes, el estado civil es un factor relevante. El menor riesgo de mortalidad observado en personas casadas, especialmente en hombres, podría deberse parcialmente al efecto protector del mayor apoyo social que brinda el matrimonio. (15)

A través del cuidado recíproco entre cónyuges, que incluye dieta, controles clínicos, adherencia terapéutica y apoyo emocional, el matrimonio favorece hábitos de vida saludables y se asocia con un nivel superior de cobertura sanitaria. (15)

Se ha sugerido un posible efecto de selección, en el que las personas más saludables y con estilos de vida más adecuados tienen mayores probabilidades de casarse, en contraste con quienes enfrentan problemas de salud, quienes podrían permanecer solteros, divorciarse o no volver a casarse tras la pérdida o ruptura conyugal. (15)

7. Sexo

Según Loren y Gascón, en su estudio sobre la duración de la estancia hospitalaria en adultos mayores, el 53,7 % de los participantes eran hombres y el 46,3 % mujeres, lo que evidencia que el sexo no constituye un factor significativo para la prolongación de la estancia, manteniéndose la población homogénea. (10)

8. Edad

La edad por arriba de los 65 años y más de 3 comorbilidades promedio son factores asociados que pueden prolongar la estancia hospitalaria (16)

La prolongación de la estancia hospitalaria en pacientes de mayor edad no depende únicamente de sus condiciones médicas, sino también de factores sociales, destacando la búsqueda de un cuidador para acompañarlos en el hogar tras el alta como una causa frecuente. (17)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los investigadores Loren y Gascón encontraron una edad promedio de 81,24 años y destacan que la población adulta mayor representa un factor significativo para prolongar la estancia hospitalaria.(10)

9.Falta de cuidadores en el hospital

En las instituciones públicas y de seguridad social, la estancia de los cuidadores se establece mediante un pase que va de dos a 24 horas según la salud y dependencia del paciente. Aunque no se especifican sus funciones, estudios señalan que realizan tareas relacionadas con necesidades básicas —alimentación, movilización, eliminación, hidratación, higiene— y con el apoyo a tratamientos, como la administración de medicamentos tópicos, nebulizaciones, vigilancia de oxígeno y manejo de venoclisis por lo cual se necesita una carga horaria importante a cubrir por parte de los cuidadores y que muchos no pueden cumplir ya que la mayoría de los cuidadores cuentan con trabajos con horarios o jornadas laborales preestablecidas lo cual dificulta el apego con el paciente traduciendo esto en un estancia que se prolonga por la falta del cuidador. (16), (18)

➤ Estancia prolongada en el servicio de cirugía general

Para pacientes sometidos a cirugía, la duración de la estancia hospitalaria es crucial y puede variar significativamente según varios factores: tipo de procedimiento, la complejidad de la cirugía, la condición preoperatoria del paciente, la presencia de complicaciones postoperatorias.(15)

En cuanto a los servicios que ofrecen los institutos, el que cobra mayor relevancia en la hospitalización más prolongada es el servicio donde se realizan procedimientos quirúrgico. (16) La razón principal en que se presente una demora para realizar los procedimientos se debe a que un cincuenta por ciento es por falta de salas quirúrgicas, lo que conduce a un aumento en los días de hospitalización, aunado a la falta de insumos y aditamentos médicos. (16)

Otro rubro importante que se suele presentar en los servicios de cirugía, y que se ha suscitado como infección a los días de hospitalización y por ende a su alta, se encuentra en la complejidad de la intervención quirúrgica, entre mayor nivel de disección y manipulación quirúrgica por ende se presentarán más días por el riesgo que conlleva una mayor tasa de complicaciones en comparación con intervenciones más sencillas. (19)

➤ Consecuencias de la estancia prolongada

Son diversas las consecuencias de la estancia hospitalaria larga, incluyendo mayor riesgo de complicaciones en los pacientes, recuperación mas lenta, mayor costo de atención y saturación hospitalaria. La prolongación de la hospitalización se ha asociado con un incremento en la probabilidad de infecciones nosocomiales, pérdida de condición física, episodios de delirio y otros eventos adversos que afectan la seguridad del paciente. (8).(18)

Además, se ha reportado que, aquellos individuos que tienen estancias de hospital mas prolongadas tienen mayor riesgo de complicaciones no solo propias de la enfermedad y la inmovilidad, sino también relacionadas con la atención de la salud, es decir iatrogénicas. Incluso, los pacientes con mayor estancia hospitalaria tienen mayor probabilidad de fallecer, aislamiento social y recaídas de su padecimiento que ameriten reingreso hospitalario. Por tanto, minimizar las demoras en el alta hospitalaria es fundamental para optimizar la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes, dado que la atención hospitalaria prolongada puede no ser adecuada para sus requerimientos y afectar su salud física y mental, sobre todo en adultos mayores. (19), (20)

7. MARCO CONCEPTUAL

La estancia hospitalaria y sus determinantes constituyen un eje fundamental en la evaluación de la calidad y eficiencia de los servicios de salud, ya que permiten comprender no solo el tiempo de ocupación de los recursos hospitalarios, sino también los factores clínicos, sociales y demográficos que influyen en su prolongación. Conceptos como días de estancia hospitalaria, ingreso y egreso, así como la definición operativa de estancia prolongada, resultan esenciales para el análisis de los procesos de hospitalización. Asimismo, variables asociadas al paciente —como edad, sexo, comorbilidades, estado socioeconómico, red de apoyo social y presencia de cuidadores— interactúan entre sí y pueden condicionar la duración de la internación. La integración de estos elementos, junto con herramientas de medición como la Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido, permite una comprensión más amplia de los determinantes que repercuten en la gestión hospitalaria y en los desenlaces del paciente.

Días de estancia hospitalaria:	Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados. (21)
Estancia Hospitalaria Prolongada:	Se define estancia hospitalaria prolongada cuando la duración es igual o superior a 9 días de ocupación. La estancia hospitalaria es determinada por el efecto de una variedad de factores, y que en conjunto afectan negativamente a la gestión logística de hospitalización. (22),(23)
Admisión o Ingreso hospitalario:	Es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización y el mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internación.(24)
Egreso Hospitalario:	Es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta

	médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.(25)
Sexo:	distinción de la especie humana entre las categorías: femenino y masculino.(26)
Edad:	lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. (16)
Edad avanzada:	condición biológica en la cual la persona presenta un tiempo de vida mayor a sesenta años (27).
Comorbilidades:	condición en la que el paciente padece de enfermedades extra a la patología principal evidenciándose antecedentes como: infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad pulmonar crónica, patología del tejido conectivo, enfermedad ulcerosa, patología hepática ligera, patología hepática moderada o grave, diabetes, diabetes con lesión orgánica, hemiplejía, patología renal moderada o grave, neoplasias, leucemias o linfomas malignos, metástasis sólidas, SIDA(10).
Estado socioeconómico:	definido como el estrato económico al cual pertenece.(9)
Cuidador hospitalario:	persona quien brinda apoyo al paciente en cama hospitalaria. (16), (18)
Red de apoyo social:	generalmente constituida por la familia, ya que una de sus funciones básicas es la formación y la protección física y emocional de sus miembros, por lo que asume la responsabilidad de cuidar la salud y satisfacer sus necesidades básicas durante la hospitalización. ((12),(13))
Vivienda:	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas (14)
Estado civil:	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el

	Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. Conjunto de cualidades que pertenecen a una persona y determinan su identificación y su capacidad de actuación en el mundo de las relaciones jurídica. (15)
Falta de cuidadores en el hospital:	ausencia de familiar o personal que se encargue de dar apoyo complementario al paciente hospitalizado (16), (18)
La Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido	(The Multidimensional Perceived Social Support Scale - MSPSS) fue desarrollada para evaluar la percepción de apoyo social que posee la persona en relación con tres dimensiones de su estructura social: la familia, los amigos y aquellas personas con una relevancia especial. La suma de estos tres aspectos permite obtener una puntuación total acerca de la percepción de apoyo que la persona posee.(28)

8. JUSTIFICACIÓN

¿De qué manera el proyecto se asocia con las prioridades de la región y el país?

Esta investigación se alinea a nivel regional con la prioridad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes del paciente quirúrgico en el perioperatorio.

¿Qué conocimiento e información se obtuvo?

Este estudio provió información específica sobre el perfil sociodemográfico de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada de nuestro hospital, lo cual no se ha evaluado en nuestro medio de acuerdo con los antecedentes, ya que describen características meramente clínicas, por tanto, es un ámbito ignorado con frecuencia en estudios internacionales.

¿Cuál fue la finalidad que se persiguió con el conocimiento que brindó el estudio?

Al investigar las variables sociodemográficas permitió identificar los parámetros que prolongan la estancia e implementar medidas adecuadas para mejorar la atención en el sistema salud por medio de capital humano, tales como trabajo social o ayuda psicológica como una futura propuesta para disminuir la estancia hospitalaria. Es decir, permiten el abordaje integral del paciente más allá de un terreno clínico.

¿Como se diseminaron los resultados?

La divulgación del presente documento se encuentra disponible en la base de datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el repositorio institucional de la universidad autónoma de Aguascalientes. El producto final también fue enviado para su publicación en revista indizada. Por otra parte, será importante difundir estos resultados de manera transdisciplinaria entre los trabajadores sociales y asistentes médicos con la propuesta de un plan de mejora.

¿Cómo se utilizaron los resultados y quienes fueron los beneficiados?

Las estancias que presentan prolongación intrahospitalarias no solo logran incrementar los costos sino también las cuestiones de infecciones nosocomiales, la falta de movilidad generará complicaciones como las úlceras por presión y trombosis venosas profundas, condiciones que terminarán por generar un deterioro en la calidad de vivencia que presenta el paciente, y de forma directa la afección tendrá un eco sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades que promueven la salud.(29)

Una vez analizados los datos, los primeros en verse beneficiados fueron los pacientes ya que se continuará aplicando en proyectos futuros la identificación de factores probables de estancia prolongada. Es decir, al comprender la importancia de una adecuada red de apoyo social y las relaciones que existen con el estado civil, el estado de ánimo y como al

encontrarse deterioradas estas variables generan estancias prolongadas las cuales se ven reflejadas en el deterioro de la economía y salud social.

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud, frecuencia y distribución. áreas geográficas afectadas y grupos de población afectados por el problema. consideraciones étnicas y de género.

La estancia hospitalaria prolongada constituye un desafío significativo para los sistemas de salud, no solo a nivel nacional sino global, al generar mayores costos de atención, saturación de servicios, demoras en urgencias y aumento del riesgo de complicaciones o infecciones intrahospitalarias. (30)

Es preocupante la gran demanda que presentan los países latinoamericanos sobre la oferta tan decadente de servicios de salud.(20)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución con mayor cobertura en atención sanitaria y protección social en México, brindando servicios médicos a más de 53 millones de personas. Su modelo combina investigación, práctica clínica y administración de recursos para ofrecer atención de calidad, aunque frecuentemente se ve desafiado por la alta demanda que supera la capacidad de sus hospitales.(31)

Para ello el Instituto Mexicano de Seguro social cuenta cerca de veintitrés marcadores de calidad entre algunos que podrían ser mencionados es: la estancia hospitalaria, misma que nos ayuda como verificador de eficacia hospitalaria ya que nos identifica la utilidad de las camas y la fluidez de los servicios, la prolongación de la hospitalización es aquella que rebasa (> 7.6 días) considerado estos datos para un hospital de máximo nivel. (31)

Dentro de los grupos afectados por la estancia hospitalaria el adulto mayor presenta importantes cambios morfológicos y fisiológicos llegando a presentar complicaciones adversas en su salud por la prolongación hospitalaria, dentro de las complicaciones se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mencionan los procesos infecciosos, declinación funcional, discapacidad, institucionalización y fallecimiento (32).

Causas probables del problema: ¿Cuál es el conocimiento actual sobre el problema y sus causas? ¿hay consenso? ¿hay discrepancias? ¿hay evidencias conclusivas?

La estancia hospitalaria prolongada en la mayoría de los estudios existentes se valora mediante variables meramente clínicas, abordando en menor medida las cuestiones sociodemográficas por lo cual en el presente estudio se logran desglosar los principales factores sociodemográficos, ya que el conocer estas variables nos permite identificar fallas que se cometen en el sistema salud valorando desde otra perspectiva y centrando la atención en la estancia prolongada para delimitar estrategias que brinden una mejor atención reduciendo la estancia prolongada y aumentando la calidad en el manejo del paciente hospitalizado.

Soluciones posibles: ¿cuáles han sido las formas de resolver el problema? ¿Qué se ha propuesto? ¿qué resultados se han obtenido?

Los sistemas de salud enfrentan el reto de optimizar la duración de la hospitalización con el fin de incrementar la rotación de pacientes, buscando mayor eficiencia operativa sin comprometer la calidad asistencial.

De acuerdo con el grupo de investigación de Advisory Board Company, la reducción de estancias innecesariamente prolongadas permite liberar camas, lo que incrementa la capacidad instalada y favorece la atención a un mayor número de personas.

Además, acortar el tiempo de hospitalización contribuye a disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, la aparición de reacciones adversas a fármacos y, al mismo tiempo, se asocia con mejores desenlaces clínicos y menores tasas de mortalidad. (Zimmerman et al. 2006)

Preguntas sin respuesta: ¿que sigue siendo un interrogante? ¿Qué no se ha logrado conocer, determinar, verificar, probar

La mayoría de los parámetros que se han descrito asociados a estancia hospitalaria prolongada se enfocan en variables clínicas, bioquímicas y quirúrgicas del paciente, de la cual se encuentra abundante investigación científica. Pero, se ha puesto poco énfasis en las variables sociodemográficas de los pacientes y no se ha medido o descrito el apoyo social de los sujetos con estancia hospitalaria prolongada, así como características inherentes no modificables como edad, sexo o aquellas que pudiesen modificarse como actividad laboral y grado académico.

10. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del Hospital General de Zona No 3, OOAD Aguascalientes?

11. OBJETIVOS

11.1 Objetivo General

Describir las características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del Hospital General de Zona N.o 3, OOAD Aguascalientes.

11.2 Objetivos Específicos

- Estimar la duración media de hospitalización de los pacientes que se exponen a tratamiento quirúrgico.
- Determinar las características sociodemográficas de aquellos sujetos que son hospitalizados por periodos prolongados.

12.HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

De acuerdo con la naturaleza del estudio, es decir, descriptivo; no se requiere de una hipótesis.

13. MATERIALES Y MÉTODOS

13.1 Diseño de investigación

Estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo y descriptivo diseñado para establecer qué factores sociodemográficos del paciente quirúrgico están asociados con una prolongación de estancia hospitalaria en el Hospital General de Zona número 3.

13.2 Universo de trabajo

Pacientes derechohabientes del Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.

13.3 Universo de estudio

Pacientes sometidos a cirugía urgente o electiva en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.

13.4 Población de estudio

Participaron en este estudio pacientes que contaron con los criterios de selección y que fuesen derecho-habientes del Instituto Mexicano de Seguro Social y fueron atendidos en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.

13.5 Unidad de Observación

Expediente clínico de los pacientes con diagnóstico quirúrgico con estancia prolongada durante el periodo de estudio con derechoambiencia en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.

13.6 Unidad de análisis

Hoja de recolección de datos diseñada para obtener información relevante, sobre las características sociodemográficas en el paciente quirúrgico atendido en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de edad mayor o igual de 18 años
- Del sexo femenino y masculino
- Que sean intervenidos quirúrgicamente, de forma electiva o de urgencias en el en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.
- Con una duración de la hospitalización mayor o igual a 9 días en el servicio de Cirugía General

Criterios de exclusión:

- Pacientes intervenidos quirúrgicamente extrainstitucional y posteriormente con atención en el Hospital General de Zona No3 ubicado en el Municipio de Jesús María Aguascalientes.
- Pacientes con hospitalización previa en otro servicio durante misma estancia.

Criterios de eliminación:

- Pacientes con registro de datos incompleto

13.7 Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se estimó utilizando la fórmula aplicada a investigaciones descriptivas con variables cualitativas, en las que se conoce el número total de unidades de análisis (población finita). Para el cálculo se consideró un nivel de confianza del 95% y una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

población de referencia compuesta por 400 procedimientos quirúrgicos, según los registros hospitalarios. Se asumió una proporción esperada de estancias hospitalarias prolongadas del 22.4%, reportada previamente por Krell y colaboradores.

La ecuación empleada fue la siguiente:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde,

- **n** = número de sujetos requeridos en la muestra.
- **N** = total de la población (400 intervenciones anuales).
- **p** = proporción esperada del evento de interés (22.4%).
- **q** = proporción complementaria (1-p), equivalente al 77.6%.
- **Z** = valor crítico correspondiente al intervalo de confianza (95%).
- **d** = precisión o error máximo aceptable (3%).

El cálculo arrojó un tamaño muestral de **195 pacientes** con estancia hospitalaria prolongada. Al agregar un 10% adicional para compensar posibles pérdidas, el número final de expedientes a analizar fue de **215 casos**.

13.8 Operacionalización de las variables

Variables

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Estrato socioeconómico
- Días de estancia hospitalaria
- Subespecialidad quirúrgica

- Diagnostico principal
- Red de apoyo
- Falta de cuidadores
- Lugar de vivienda y servicios

DEFINICION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valor escala	Tipo de variable	Codificación o unidad de medida
Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Tiempo en años desde el nacimiento hasta la hospitalización especificado en el expediente clínico	Años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Se refiere a las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana	Fenotipo determinado en el expediente clínico	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica	1 = masculino 2=femenino
Estado civil	situación de las personas físicas en función de sus relaciones familiares, de matrimonio	El estado civil especificado en el expediente clínica	Soltero Casado Divorciado viudo	Cualitativa nominal politómica	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= viudo

	o del parentesco.				
Escolaridad	Nivel educativo o educacional de una persona	Grado de estudios máximos registrados en el expediente	Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria licenciatura postgrado	Cualitativa ordinal politémica	1= Ninguno 2= Primaria 3=Secundaria 4= Preparatoria 5= Licenciatura 6= Postgrado
Nivel socioeconómico	Descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene.	El nivel socioeconómico descrito por trabajo social en el expediente	Bajo Medio alto	Cualitativa ordinal politémica	1=Bajo 2=Medio 3=alto
Comorbilidades	Trastornos o enfermedades ocurren en una misma persona	Comorbilidades especificadas en el expediente clínico	Diabetes Hipertensión Obesidad Enfermedad renal Enfermedad cardiovascular	Cualitativa nominal politémica	1=Diabetes 2=Hipertensión 3=Obesidad 4=Enfermedad renal 5=Enfermedad cardiovascular
Días de estancia hospitalaria	Número de días de permanencia en el hospital de un paciente	Días de permanencia hospitalaria especificadas en el expediente clínico	Días	Cuantitativa discreta	Días
Estancia hospitalaria prolongada	número de días de permanencia en el hospital de un paciente	9 o más días de permanencia hospitalaria según los registrados en el	Si No	Cualitativa nominal dicotómica	1= Si 2=No

		expediente clínico			
Especialidad quirúrgica	Tipo de especialización o subespecialidad a nivel quirúrgico	Tipo de especialización o subespecialidad a nivel quirúrgico especificado en el expediente clínica	Cirugía general Angiología Coloproctología Oncocirugía Urología Cardiociugía	Cualitativa nominal politómica	1=Cirugía general 2=Angiología 3=Coloproctología 4=Oncocirugía 5=Urología 6=Cardiociugía
Diagnóstico principal	Patología por la cual se ingresa a un servicio de hospitalización	Diagnóstico de ingreso acorde a servicio reportado en expediente clínico	Pared abdominal Vías biliares Vía urinaria Patología vascular Patología cardíaca Patología colon y recto	Cualitativa nominal politómica	1=Pared abdominal 2=Vías biliares 3=Vía urinaria 4=Patología vascular 5=Patología cardíaca 6=Patología de colon y recto
Red de apoyo	Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social	Conjunto de apoyo personal del paciente evaluado con la Escala de Apoyo Social Percibido (MOS). (Anexo 2)	Apoyo mínimo, medio y máximo	Cualitativa ordinal	1= Mínimo apoyo 2=Medio apoyo 3=Maximo apoyo
Falta de cuidadores	Ausencia de personas o familiares que apoyen al paciente	Presencia de personal a cargo del paciente reportado en el expediente	Si No	Cualitativa nominal dicotómica	1= Si 2=No

		por parte de trabajo social			
vivienda y servicios	Sitio donde habita y servicios básicos con los que cuenta	Tipo de vivienda y servicios reportados en el expediente clínico por parte de trabajo social	Cuenta con todos los servicios básicos (agua, drenaje, luz): 1= Si No cuenta con todos los servicios básicos: 2=No	Cualitativa nominal dicotómica	1= Si 2=No
ocupación	Actividades y roles en las que participa la persona en la vida diaria con respecto al trabajo	Ocupación reportada en el expediente clínico por parte de trabajo social	Oficio= 1 profesión=2	Cualitativa nominal	Oficio= 1 profesión=2

14.PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con la aprobación del anteproyecto, el protocolo fue enviado a valoración por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud mediante la plataforma SIRELCIS, y tras su aprobación se gestionó la autorización con la dirección del Hospital General de Zona No. 3.

Se designó un horario de 16-20 horas de lunes a viernes por el lapso de 1 año (2025) para identificar a los pacientes que serán sometidos a cirugía. Mediante entrevista al paciente y revisión del expediente se obtendrá la información de interés y se utilizó la escala de apoyo social percibido que se ha comprobado que tiene validez y confiabilidad para la evaluación del apoyo que reciben los pacientes en población mexicana (28).

Como espacio de trabajo, se utilizó el área de hospitalización y la biblioteca del Hospital General de Zona No. 3 de Jesús María, se anotaron los datos recabados en una hoja de cálculo de registro realizada previamente con los fines de este estudio, tomando en cuenta las variables descritas en el presente trabajo de investigación. no se generó contacto directo con el paciente por lo cual se garantizó la confidencialidad de la información obtenida para el estudio.

Una vez completada la base de datos, se realizó el análisis estadístico de la misma, para lograr los resultados que se mencionan en el objetivo general y en los específicos para plasmarlo en el desarrollo final de la tesis, así como la posterior difusión en eventos académicos intra y extrainstitucionales.

15. ANÁLISIS DE DATOS

En el programa IBM SPSS v.25 se realizó el análisis estadístico del estudio. Para las variables cuantitativas como edad, estancia hospitalaria y la puntuación MOS de red de apoyo, se emplearon la media, desviación estándar, mediana, moda e intercuartiles. Dichas características se compararon mediante estadísticos de prueba paramétricos o no paramétricos, de acuerdo con su normalidad.

Por otro lado, para las variables cualitativas como sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, comorbilidades, especialidad quirúrgica y diagnóstico principal, se estimaron frecuencias y porcentajes. Estas características también se compararon mediante estadísticos de prueba paramétricos o no paramétricos según su normalidad.

16. ASPECTOS ÉTICOS

Todas las actividades del proyecto se llevaron a cabo con apego a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, así como a los preceptos de la Declaración de Helsinki y de la Asociación Médica Mundial.(33)

De acuerdo con el Procedimiento 2810-003-002 del IMSS para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación en salud presentados

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ante los Comités Locales de Investigación y de Ética en Investigación, el presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo, debido a que emplea técnicas y métodos de investigación documental y no se realizaron intervenciones ni modificaciones intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, limitándose la revisión a expedientes clínicos sin abordar ni identificar aspectos conductuales sensibles. El proyecto de tesis fue presentado para su autorización ante los Comités Locales de Investigación del Hospital General de Zona 3 del IMSS. El estudio cumple con los requisitos establecidos en los artículos 96 a 102 del Título Quinto de la Ley Federal de Salud sobre investigación en salud. Entre sus aportes y beneficios para los participantes y la sociedad se encuentra la obtención de información sobre las características sociodemográficas de los pacientes quirúrgicos que experimentan estancias prolongadas..(34)

Para el resguardo de la información personal, esta se conservó digitalmente durante 10 años en la base de datos del autor principal y en formato físico en la Unidad de Coordinación de Enseñanza del Hospital General de Zona No. 3.

17. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos materiales: Se requirió de impresora, hojas y equipo de cómputo con acceso a internet, así como a los programas del Expediente clínico electrónico (ECE) y a la Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS). El investigador proporcionará el equipo de cómputo y el software para análisis de datos.

17.1 Recursos humanos

Investigadores principales: Dr. José Luis Bizueto Monroy Investigador

Asociado: Dr. Edwin Fernando Mercado Pérez

17.2 Recursos financieros.

Los investigadores y el alumno tesista aportaron la papelería, por lo que el estudio no implicó gastos financieros adicionales para la institución, utilizando los recursos con los que ya contaba.

18.MARCO ANALÍTICO.

18.1 Procesamiento de datos.

En este estudio se incluyeron un total de 215 pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada del Hospital General de Zona N.º 3, OOAD Aguascalientes. Se recabó información sobre sus características sociodemográficas, incluyendo sexo, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico, así como la presencia de comorbilidades y la disponibilidad de red de apoyo. Estos datos permitieron estimar la estancia hospitalaria media y analizar la distribución de sus características demográficas.

18.2 Resultados.

a) Estancia hospitalaria media y categorías de estancia hospitalaria

La estancia hospitalaria media de los pacientes sometidos a cirugía fue de 12.5 ± 6.6 días, lo que indica una variabilidad considerable en los tiempos de hospitalización (Figura 1).

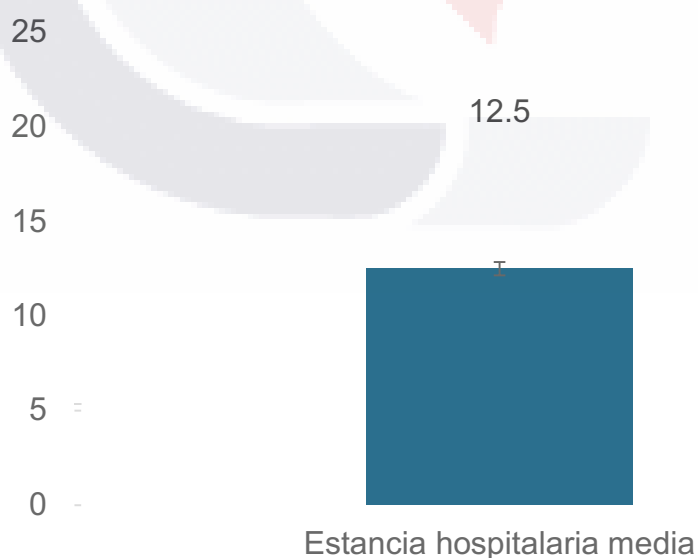


Figura 1. Estancia hospitalaria media de los pacientes sometidos a cirugía.

Al evaluar la distribución de los pacientes según las categorías de estancia hospitalaria, se encontró que el 81.9% permaneció hospitalizado 15 días o menos, mientras que el 18.1% presentó una estancia mayor a 15 días (Figura 2).

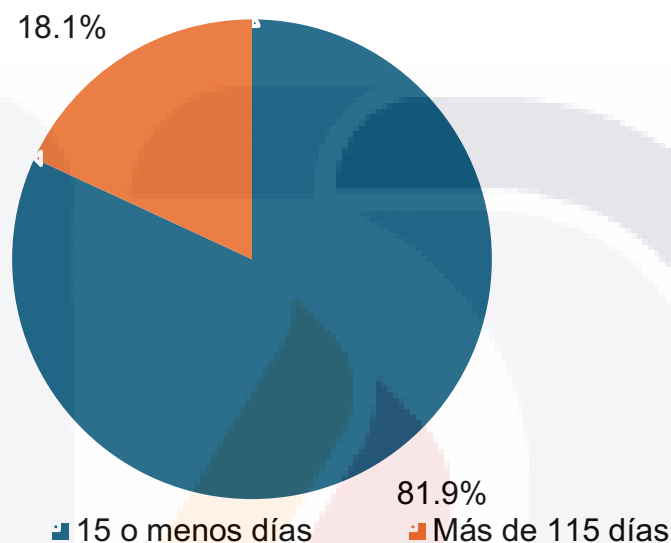


Figura 2. Categorías de estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía.

b) Especialidad de atención y diagnóstico principal de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada

En cuanto a la distribución de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada según la especialidad médica que les brindó la atención médica, se encontró que en su mayoría fueron atendidos por cirugía general (59.5%), seguido por angiología (13.0%) y urología (12.6%). En menor frecuencia se registraron pacientes atendidos por coloproctología (6.0%), oncología (4.7%) y cardiología (4.2%) [Figura 3].

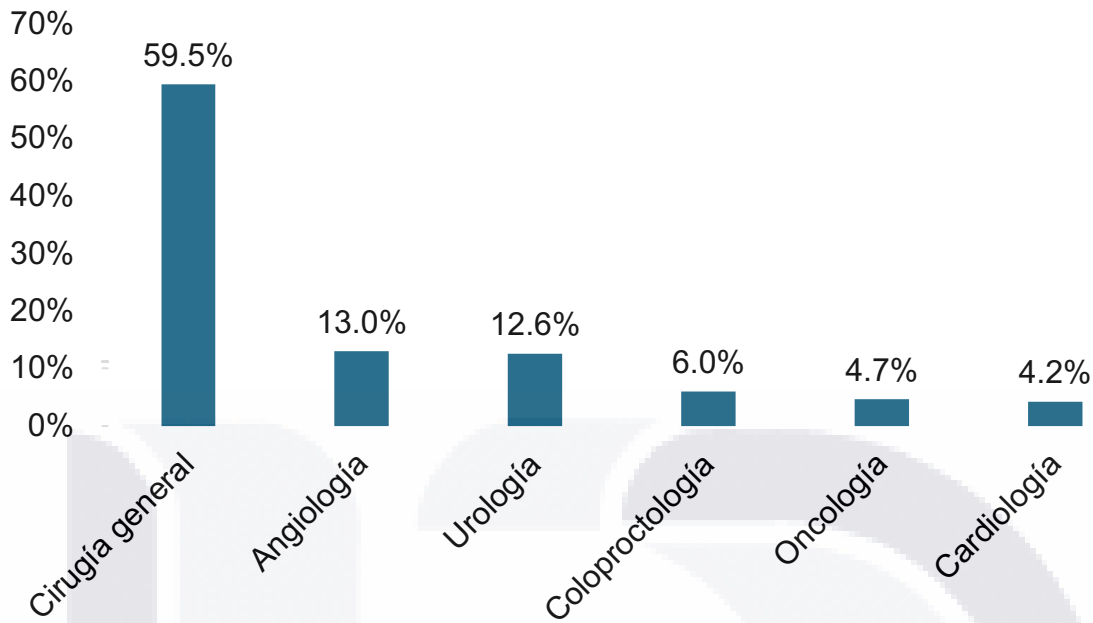


Figura 3. Especialidad de atención de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada.

La Figura 4 muestra la distribución de los diagnósticos principales en pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada. El diagnóstico más frecuente correspondió a patología de vías biliares (27.0%), seguido de patología de la pared abdominal (26.0%). En tercer lugar se ubicó la patología vascular (19.1%), mientras que las afecciones de vía urinaria representaron el 12.6% de los casos. En menor proporción se observaron diagnósticos relacionados con patología de colon y recto (10.2%), patología cardíaca (4.2%) y otros diagnósticos (0.9%) [Figura 4].

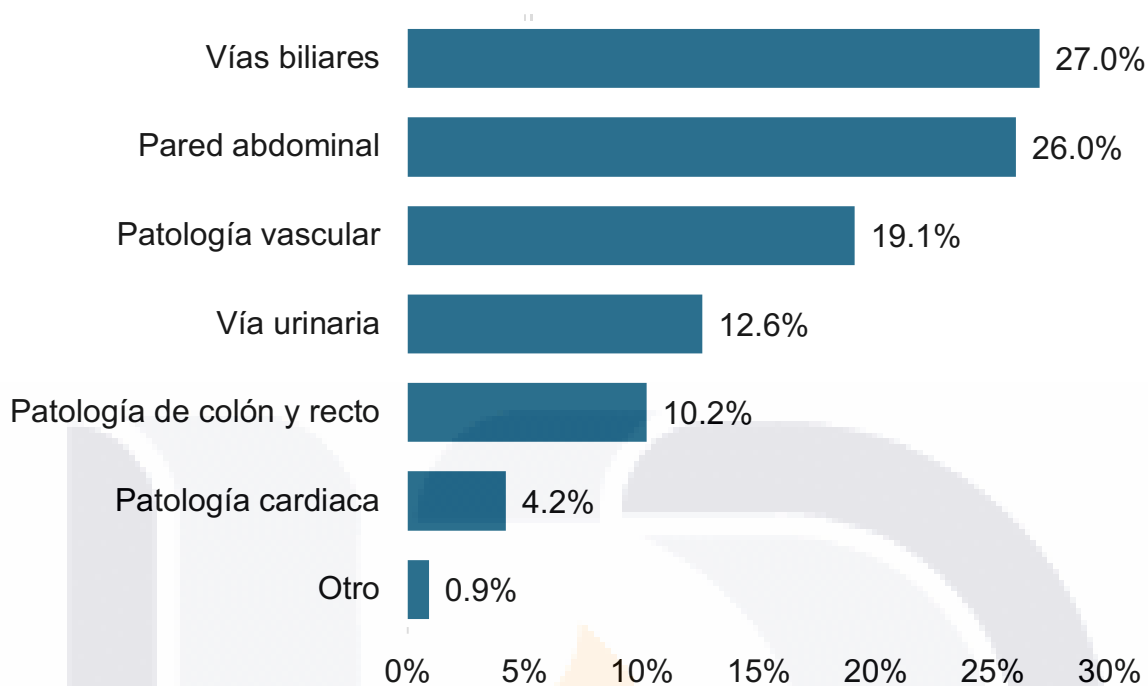


Figura 4 Diagnóstico principal de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada.

c) Comorbilidades del paciente con estancia hospitalaria prolongada

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente en los pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada (61.4%), seguida de diabetes mellitus (52.1%). En menor proporción se registraron hipotiroidismo (6.5%), hipertrigliceridemia (5.6%), infarto agudo de miocardio (5.1%) y depresión (3.7%), mientras que diagnósticos como ansiedad (3.3%), EPOC (2.3%), insuficiencia cardiaca (1.9%) y evento vascular cerebral (0.5%) fueron poco frecuentes (Figura 5).

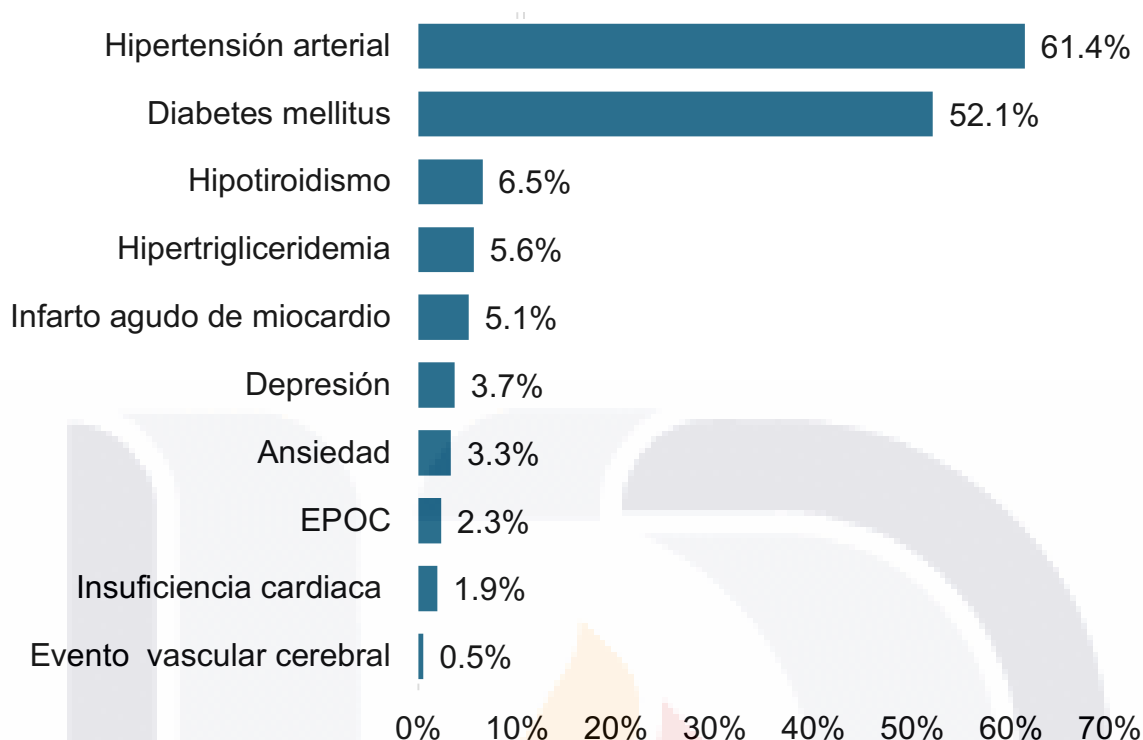


Figura 5. Comorbilidades del paciente con estancia hospitalaria prolongada.

d) Red de apoyo del paciente y falta de cuidadores

La Tabla 1 muestra que la mayoría de los pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada reportó contar con un apoyo medio (87.0%, n=187), mientras que un 12.1% (n=26) señaló tener apoyo mínimo y solo el 0.9% (n=2) refirió apoyo máximo. Además, la falta de cuidadores se presentó en el 12.6% de los casos (n=27), lo que evidencia que, aunque la mayoría dispone de una red de apoyo moderada, existe un grupo que enfrenta limitaciones significativas en este aspecto.

Red de apoyo del paciente y falta de cuidadores (n=215)	
	Valores
Red de apoyo	
Apoyo minimo	12.1(26) [% (n)]
Apoyo medio	87.0(187) [% (n)]
Apoyo máximo	0.9(2) [% (n)]
Falta de cuidadores	12.6(27) [% (n)]

Tabla 1. Red de apoyo del paciente y falta de cuidadores

e) Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada

La edad promedio de los pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada fue de 58.1 ± 16.6 años, con una mayor frecuencia de sujetos del sexo masculino (54.9%) que de femeninos (45.1%). En cuanto al estado civil, predominó la condición de casado (62.3%), seguida de viudo (17.7%), soltero (13.0%) y divorciado (7.0%). En el nivel educativo, la mayoría contaba con primaria (36.7%) o secundaria (33.0%), mientras que el 18.6% tenía preparatoria, un 6.0% no tenía escolaridad y solo el 5.6% contaba con licenciatura.

Respecto al nivel socioeconómico, más de la mitad de los pacientes fue clasificada como bajo (57.7%), seguida de medio (41.9%) y un caso en alto (0.5%). En cuanto a la ocupación, el 46.5% no realizaba ninguna actividad laboral, el 45.6% desempeñaba algún oficio y solo el 4.7% ejercía una profesión; un 3.3% no reportó esta información. La gran mayoría (99.1%) declaró contar con servicios básicos en su hogar (Tabla 2).

Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada (n=215)

	Valores
Edad, años	58.1±16.6 [media±SD]
Sexo	
Masculino	54.9(118) [% (n)]
Femenino	45.1(97) [% (n)]
Estado civil	
Soltero	13.0(28) [% (n)]
Casado	62.3(134) [% (n)]
Divorciado	7.0(15) [% (n)]
Viudo	17.7(38) [% (n)]
Escolaridad	
Ninguno	6.0(13) [% (n)]
Primaria	36.7(79) [% (n)]
Secundaria	33.0(71) [% (n)]
Preparatoria	18.6(40) [% (n)]
Licenciatura	5.6(12) [% (n)]
Nivel Socioeconómico	
Bajo	57.7(124) [% (n)]
Medio	41.9(90) [% (n)]
Alto	0.5(1) [% (n)]
Ocupación	
Oficio	45.6(98) [% (n)]
Profesional	4.7(10) [% (n)]
Ninguno	46.5(100) [% (n)]
No reportado	3.3(7) [% (n)]
Servicios básicos en el hogar del paciente	99.1(213) [% (n)]

Tabla 2 . Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada

19. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio aportan información sobre las características demográficas de los pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada del Hospital General de Zona No. 3, OOAD Aguascalientes. A continuación, se analizan los hallazgos de este estudio.

En este estudio, se consideró estancia hospitalaria prolongada a 9 o más días de permanencia hospitalaria, una definición que previamente se ha establecido adecuada en pacientes quirúrgicos(35). De hecho, la media observada de estancia hospitalaria en nuestros pacientes fue de 12.5 ± 6.6 días, que es considerablemente superior a los estándares internacionales para cirugía general, donde la mediana de estancia postoperatoria reportada es de 5 días(36), sugiriendo la necesidad de implementar estrategias de optimización del cuidado perioperatorio para reducir la estancia de pacientes sometidos a cirugía(37).

En cuanto a la distribución por especialidades de atención y diagnósticos de los pacientes, el predominio de atención en cirugía general (59.5%) concuerda con el trabajo típico de un hospital de segundo nivel, donde las patologías quirúrgicas más comunes son las atendidas por cirugía general. La concentración de casos en patología de vías biliares (27.0%) y pared abdominal (26.0%) refleja el patrón epidemiológico nacional, donde la enfermedad litiasica biliar y las hernias abdominales representan causas frecuentes de cirugía, incluido en el IMSS(38). Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que documentan la asociación entre el tipo de cirugía realizada y la estancia prolongada, especialmente en procedimientos de mayor complejidad. De hecho, en un hospital peruano los pacientes con estancia hospitalaria prolongada fueron sometidos a procedimientos de Cirugía General(39).

La presencia significativa de patología vascular (19.1%) en pacientes con estancia prolongada es particularmente relevante, considerando que las complicaciones vasculares y la anemia se asocian significativamente con hospitalizaciones prolongadas, como lo indican estudios como de Villani y cols.(40). Esto sugiere la necesidad de protocolos específicos de manejo perioperatorio en pacientes con compromiso vascular(41).

La alta prevalencia de hipertensión arterial (61.4%) y diabetes mellitus (52.1%) en la población estudiada es consistente con la literatura internacional, donde las comorbilidades múltiples se asocian independientemente con estancia hospitalaria prolongada, incrementando notablemente la probabilidad de hospitalización extendida(42,43). Se postula que esta relación tiene plausibilidad biológica, debido a que una mayor carga de enfermedad disminuye la reserva funcional, lo que favorece la descompensación de enfermedades preexistentes y la aparición de nuevas condiciones agudas.(44). Estudios previos como el de Fernández- González y cols. han demostrado que la presencia de comorbilidades, especialmente en número mayor o igual a 3, constituyen factores independientes asociados a estancia hospitalaria prolongada(45).

El análisis del perfil sociodemográfico identificado revela vulnerabilidades significativas que impactan la evolución hospitalaria. La edad promedio de 58.1 ± 16.6 años sitúa a la población en un rango donde la fragilidad y las comorbilidades se incrementan. De hecho, desde hace décadas la edad se ha reconocido como un factor asociado a mayor estancia hospitalaria (46–48).

En términos de sexo, en los pacientes de nuestro hospital con estancia hospitalaria prolongada predominaron los masculinos (54.9%). Esto contrasta con algunos estudios como el de Forhan y cols. que han reportado mayor estancia hospitalaria en mujeres con algunas patologías cardiovasculares (49) y se alinea con la mayor proporción de hombres con estancia hospitalaria prolongada que de mujeres en el estudio de Uzum y cols. (48). Por lo que, mas que estar influenciada por el sexo *per se*, la estancia hospitalaria prolongada podría depender de otros factores.

El nivel socioeconómico bajo (57.7%) y la alta proporción de pacientes sin actividad laboral (46.5%) constituyen factores de riesgo reconocidos para resultados adversos en salud. Estudios previos han documentado la asociación entre condiciones socioeconómicas desfavorables y hospitalización prolongada, relacionándose con menor acceso a servicios de salud preventivos, diagnósticos tardíos y mayor complejidad al momento del tratamiento quirúrgico(50). Por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos (EE. UU.) y Australia

han encontrado que los pacientes con un nivel socioeconómico bajo tienen tasas más altas de complicaciones posoperatorias, mortalidad, fracaso del rescate y reingresos (51). Mientras que otros, atribuyen ello a un bajo nivel de alfabetización, que puede comprometer la adherencia del paciente a los consejos sobre modificaciones del estilo de vida, la adherencia a tratamientos y la capacidad de buscar asesoramiento médico cuando es necesario(52). De hecho, en nuestro estudio mas de 2 terceras partes tenían una escolaridad solo de nivel básico o no tenían educación formal, sugiriendo una posible relación del bajo nivel académico con la estancia hospitalaria prolongada.

Uno de los hallazgos significativos del estudio es la identificación de limitaciones en el soporte sociofamiliar, ya que el 12.6% de los pacientes tenían falta de cuidadores. Este aspecto es crucial, ya que la falta de soporte social de los pacientes hospitalizados tiene un impacto significativo en su recuperación. Diversos estudios internacionales han documentado que la falta de cuidadores primarios puede resultar en estancias hospitalarias prolongadas(53–55). Por lo que, debería promoverse en nuestro entorno el acompañamiento del paciente, dado que las fallas en los cuidados específicos por personal sanitario y familiares o cuidadores contribuyen significativamente a prolongar la estancia hospitalaria.

Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de implementar estrategias multidisciplinarias que aborden tanto los aspectos médicos como sociales de la atención hospitalaria. Posiblemente, sería útil la implementación de programas de vía rápida (fast-track) y protocolos de rehabilitación multimodal, que han demostrado reducir la estancia hospitalaria. Sin embargo, estos programas deben adaptarse a las características específicas de la población mexicana, considerando las limitaciones socioeconómicas y de soporte familiar identificadas.

Es necesario reconocer las limitaciones de este estudio, que incliyen su diseño descriptivo que limita la capacidad de establecer relaciones causales entre los factores identificados y la estancia prolongada. Futuros estudios analíticos podrían determinar la contribución relativa de cada factor y desarrollar modelos predictivos específicos para el contexto nacional.

Además, se recomienda implementar estrategias de valoración social integral al ingreso hospitalario, que permitan identificar tempranamente a pacientes en riesgo de estancia prolongada por factores sociofamiliares. La valoración social debe incluirse siempre al ingreso para generar un plan de manejo acorde con la situación social y familiar del paciente.



20. CONCLUSIONES

Este estudio en pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria prolongada del Hospital General de Zona N.º 3, OOAD Aguascalientes, revela un perfil sociodemográfico complejo. Los hallazgos demuestran una elevada prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial (61.4%) y diabetes mellitus (52.1%), así como por el predominio de patologías quirúrgicas complejas de vías biliares y pared abdominal.

El perfil sociodemográfico caracterizado por nivel socioeconómico bajo (57.7%), baja escolaridad y alta proporción de pacientes sin actividad laboral, junto con las deficiencias en el soporte sociofamiliar evidenciadas por la falta de cuidadores en 12.6% de los casos, constituyen determinantes sociales críticos que requieren abordaje integral.

Estos resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias multidisciplinarias que incluyan valoración social temprana, programas de soporte a cuidadores familiares, y optimización del manejo perioperatorio de comorbilidades para reducir la estancia hospitalaria y mejorar los resultados en salud.

21. GLOSARIO

Días de estancia hospitalaria:	Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados. (21)
Estancia Hospitalaria Prolongada:	Se define estancia hospitalaria prolongada cuando la duración es igual o superior a 9 días de ocupación. La estancia hospitalaria es determinada por el efecto de una variedad de factores, y que en conjunto afectan negativamente a la gestión logística de hospitalización. (22),(23)
Admisión o Ingreso hospitalario:	Es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización y el

	mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internación.(24)
Egreso Hospitalario:	Es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.(25)
Edad avanzada:	condición biológica en la cual la persona presenta un tiempo de vida mayor a sesenta años (27).
Comorbilidades:	condición en la que el paciente padece de enfermedades extra a la patología principal evidenciándose antecedentes como: infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad pulmonar crónica, patología del tejido conectivo, enfermedad ulcerosa, patología hepática ligera, patología hepática moderada o grave, diabetes, diabetes con lesión orgánica, hemiplejía, patología renal moderada o grave, neoplasias, leucemias o linfomas malignos, metástasis sólidas, SIDA(10).
Estado socioeconómico:	definido como el estrato económico al cual pertenece.(9)
Cuidador hospitalario:	persona quien brinda apoyo al paciente en cama hospitalaria. (16), (18)
Red de apoyo social:	generalmente constituida por la familia, ya que una de sus funciones básicas es la formación y la protección física y emocional de sus miembros, por lo que asume la responsabilidad de cuidar la salud y satisfacer sus necesidades básicas durante la hospitalización. ((12),(13))
Vivienda:	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas (14)
Estado civil:	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el

	Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. Conjunto de cualidades que pertenecen a una persona y determinan su identificación y su capacidad de actuación en el mundo de las relaciones jurídica. (15)
Falta de cuidadores en el hospital:	ausencia de familiar o personal que se encargue de dar apoyo complementario al paciente hospitalizado (16), (18)
La Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido	(The Multidimensional Perceived Social Support Scale - MSPSS) fue desarrollada para evaluar la percepción de apoyo social que posee la persona en relación con tres dimensiones de su estructura social: la familia, los amigos y aquellas personas con una relevancia especial. La suma de estos tres aspectos permite obtener una puntuación total acerca de la percepción de apoyo que la persona posee.(28)

22. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Krell RW, Girotti ME, Dimick JB. Extended length of stay after surgery: complications, inefficient practice, or sick patients? JAMA Surg [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 15];149(8):815–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25074418/>
2. Hurisa Dadi H, Habte N, Mulu Y. Length of hospital stay and associated factors among adult surgical patients admitted to surgical wards in Amhara Regional State Comprehensive Specialized Hospitals, Ethiopia. PLoS One. 2024 Aug 12;19(8):e0296143.
3. Marfil-Garza BA, Belaunzarán-Zamudio PF, Gullías-Herrero A, Zuñiga AC, Caro-Vega Y, Kershenobich-Stalnikowitz D, et al. Risk factors associated with prolonged hospital length-of-stay: 18-year retrospective study of hospitalizations in a tertiary healthcare center in Mexico. PLoS One. 2018 Nov 8;13(11):e0207203.
4. María Ceballos-Acevedo T, Andrea Velásquez-Restrepo P, Sebastián Jaén-Posada J, Los Alpes B, Medellín C. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención * Length of the Hospitalization. Methodologies for Intervention Duração da estancia hospitalar. Metodologias para sua intervenção. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. [cited 2024 Sep 28];13(27):274–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.iiar>
5. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2004 [cited 2024 Sep 28];30(1):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. María Ceballos-Acevedo T, Andrea Velásquez-Restrepo P, Sebastián Jaén-Posada J, Los Alpes B, Medellín C. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención * Length of the Hospitalization. Methodologies for Intervention Duração da estancia hospitalar. Metodologias para sua intervenção. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. [cited 2024 Sep 28];13(27):274–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.iiar>
7. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [cited 2024 Sep 28]; Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.iiar>
8. Vista de Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia | Revista Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/603/640>
9. López Pardo P, Socorro García A, Baztán Cortés JJ. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. Gac Sanit. 2016 Sep 1;30(5):375–8.
10. Cañas-Benitez N, Moreno-Pareja E, Cataño-Saldarriaga EA. Factores de estancia hospitalaria prolongada en una institución de salud de Medellín. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Sep 29];18(2):43–54. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2821/3577>
11. Moore L, Cisse B, Batomen Kuimi BL, Stelfox HT, Turgeon AF, Lauzier F, et al. Impact of socio-economic status on hospital length of stay following injury: a multicenter cohort study. BMC Health Serv Res. 2015;15:1–9.

12. Cuidando entre cuidadores: Intercambio de apoyo en la familia [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300019
13. María A, Ríos G. SOCIAL NETWORKS IN SOCIAL WORK: NOTES FOR PROFESSIONAL PRACTICE. rev eleuthera. 2015;12.
14. Introducción - Directrices de la OMS sobre vivienda y salud - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583405/>
15. Cheung Y. Can marital selection explain the differences in health between married and divorced people? From a longitudinal study of a British birth cohort. Public Health. 1998 Mar 1;112(2):113–7.
16. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 29];13(27):268–89. Available from: https://www.researchgate.net/publication/272791222_Duracion_de_la_estancia_hospitalaria_Metodologias_para_su_intervencion_Length_of_the_Hospitalization_Methodologies_for_Intervention_Duracao_da_estancia_hospitalar_Metodologias_para_sua_intervencao
17. septiembre-diciembre introducción.
18. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [Internet]. 2004 [cited 2024 Sep 29];18(5):83–92. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. McAleese P, Odling-Smee W. The effect of complications on length of stay. Ann Surg [Internet]. 1994 [cited 2024 Sep 29];220(6):740. Available from: </pmc/articles/PMC1234475/?report=abstract>
20. Black D, Pearson M. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. BMJ [Internet]. 2002 Sep 21 [cited 2024 Sep 29];325(7365):610–1. Available from: <https://www.bmj.com/content/325/7365/610>
21. Indicadores de Productividad en Hospitales Públicos [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Available from: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082017000200002
22. Anderson ME, Glasheen JJ, Anoff D, Pierce R, Capp R, Jones CD. Understanding predictors of prolonged hospitalizations among general medicine patients: A guide and preliminary analysis. J Hosp Med [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2024 Sep 22];10(9):623–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.2414>
23. Barba R, Marco J, Canora J, Plaza S, Juncos SN, Hinojosa J, et al. Prolonged length of stay in hospitalized internal medicine patients. Eur J Intern Med. 2015 Dec 1;26(10):772–5.
24. ingreso-hospitalario-de-un-paciente [Internet]. [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://blog.pegasi.io/ingreso-hospitalario-de-un-paciente/>
25. DEFINICIONES RENDIMIENTO [Internet]. [cited 2024 Sep 24]. Available from: https://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php?option=com_content&view=article&id=222:definiciones-rendimientos&catid=279&Itemid=230

26. López Pardo P, Socorro García A, Baztán Cortés JJ. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gac sanit (Barc, Ed impr)* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2024 Sep 29];30(5):375–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Lorena Mora S, Alberto Barreto C, Rosalba García L, metodológico A, Alexander Sierra Instructor Asistente F. Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2024 Sep 29];24(4):284–93. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/603>
28. Del Carpio Ovando PS, Estrada ER, Hernández YQ, Gallegos M, Galvagno LGG, Caycho-Rodríguez T, et al. Mexican Validation of the MOS Questionnaire on Perceived Social Support in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Suma Psicologica*. 2022;29(2):100–9.
29. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Felix-Muñoz G, Gutiérrez P. PRÁCTICA CLÍNICO-QUIRÚRGICA Función del médico hospitalista. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011;49(5):527–31.
30. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2004 [cited 2024 Sep 29];30(1):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Conoce al IMSS [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>
32. England K, Azzopardi-Muscat N. Demography of Aging. *Int Encycl Public Heal*. 2017;2:226–32.
33. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [cited 2024 Nov 15]. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
34. Artículos 96 al 103 < Ley General de Salud (LGS) | Justicia México [Internet]. [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-quinto/capitulo-unico/>
35. Lazarte Gonzalez K. ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y FACTORES ASOCIADOS EN HSPITALIZAOCIÓN DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL PÚBLICO PERUANO. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.
36. Mundial De La Salud O. SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
37. Maya ÁMS. Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 12];40(2):e02. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9714984/>
38. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS en cifras: Las intervenciones quirúrgicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(6):511–20.
39. Díaz-Koo CJ, Fernández-Mogollón J, Hirakata Nakayama C, Díaz-Koo CJ, Fernández-Mogollón J, Hirakata Nakayama C. Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Almanzor

- Aguinaga Asenjo. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 12];13(3):251–6. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Villani R, Romano AD, Rinaldi R, Sangineto M, Santoliquido M, Cassano T, et al. Prevalence and risk factors for hospital-acquired anemia in internal medicine patients: learning from the “less is more” perspective. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Aug 12];18(1):177. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9883305/>
 41. Jiménez Rivera JJ, Llanos Jorge C, López Gude MJ, Pérez Vela JL. Manejo perioperatorio en cirugía cardiovascular. *Med Intensiva* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Aug 12];45(3):175–83. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-manejo-perioperatorio-cirugia-cardiovascular-articulo-S0210569120303399>
 42. Dhatriya K, Umpierrez GE. Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitalized Patients. *Endotext* [Internet]. 2024 Oct 20 [cited 2025 Aug 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279093/>
 43. Surma S, Czapla M, Uchmanowicz I, Juárez-Vela R, Pietrzykowski Ł, Uchmanowicz B, et al. Prolonged Hospital Stay in Hypertensive Patients: Retrospective Analysis of Risk Factors and Interactions. *Nurs Rep* [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Aug 12];15(3):110. Available from: <https://www.mdpi.com/2039-4403/15/3/110/htm>
 44. Surma S, Czapla M, Uchmanowicz I, Juárez-Vela R, Pietrzykowski Ł, Uchmanowicz B, et al. Prolonged Hospital Stay in Hypertensive Patients: Retrospective Analysis of Risk Factors and Interactions. *Nurs Rep* [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Aug 12];15(3):110. Available from: <https://www.mdpi.com/2039-4403/15/3/110/htm>
 45. Fernández González W. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Militar Central del 2007 al 2016. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018.
 46. Launay CP, Kabeshova A, Lanoé A, Chabot J, Levinoff EJ, Beauchet O. Age effect on the prediction of risk of prolonged length hospital stay in older patients visiting the emergency department: Results from a large prospective geriatric cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 May 30 [cited 2025 Aug 12];18(1):1–6. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0820-5>
 47. Tal S. Length of hospital stay among oldest-old patients in acute geriatric ward. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Aug 12];94:104352. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494321000157>
 48. Uzun N, Uzun N. Factors Associated with Prolonged Length of Stay in the Emergency Department Prior to Hospitalization. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2024 Apr 26;14(1):14–8.
 49. Forhan M, Qiu W, Terada T, Padwal R, Johnson J, Sharma AM, et al. Female Sex Is Associated with Extended Length of Hospital Stay Following CABG Surgery in Patients with Severe Obesity. *Canadian Journal of Cardiology* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2025 Aug 12];32(4):S5. Available from: <https://onlinecjc.ca/action/showFullText?pii=S0828282X1600115X>
 50. Zhong J, Cai Q, Zheng W, Chen S, Wu S, Dong S. Association of socioeconomic status and life’s essential 8 with cardiovascular diseases and all-cause mortality in north China: Kailuan study. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025

- Aug 12];24(1):1–11. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-20205-5>
51. de Jager E, Gunnarsson R, Ho YH. Disparities in surgical outcomes for low socioeconomic status patients in Australia. *ANZ J Surg* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Aug 12];92(5):1026–32. Available from: [/doi/pdf/10.1111/ans.17675](https://doi.org/10.1111/ans.17675)
 52. Bishop C, El-Sayed T, Baljer B, Buckley E, Convill J, Rowlands G, et al. Effect of health literacy and socioeconomic deprivation on outcomes after lower limb surgical revascularisation for chronic limb-threatening ischaemia: the HeaLTHI study. *Journal of Vascular Societies Great Britain & Ireland*. 2023 Nov 21;3(1):10–8.
 53. Lewis ZH, Hay CC, Graham JE, Lin YL, Karmarkar AM, Ottenbacher KJ. Social Support and Actual Versus Expected Length of Stay in Inpatient Rehabilitation Facilities. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2025 Aug 12];97(12):2068–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27373747/>
 54. Adogwa O, Elsamadicy AA, Vuong VD, Mehta AI, Vasquez RA, Cheng J, et al. Effect of Social Support and Marital Status on Perceived Surgical Effectiveness and 30-Day Hospital Readmission. *Global Spine J* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Aug 12];7(8):774–9. Available from: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2192568217696696&hl=es&sa=T&oi=ucasa&ct=ufr&ei=bZycaNjGIcS56rQP sPmn4Aw&scisig=AAZF9b_Q8GOv3Uzz7tyhQz8zo5jN
 55. Batún-Cutz JL, Guerrero-Lara EA, Kantún-Chim MD, Panti-Trejo HG, Rodríguez-Aké AL. Efecto psicológico de una intervención de apoyo emocional para niños hospitalizados. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 Aug 12];22(2):74–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-efecto-psicologico-una-intervencion-apoyo-S1134793716300112>

23. ANEXO

Anexo A) Formato para recoleccion de datos

Vaciamiento de datos en hoja de cálculo de Excel

D4														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1		Características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del Hospital General de Zona N.º 3, OOAD Aguascalientes.												
2	Numero	Nombre	NSS	Edad	Sexo	Escolaridad	nivel socioeconomico	Dias de estar	Comorbilidades	Especialidad	Diagnostico principal	Red de apoyo social		
3	1													
4	2													
5	3													
6	4													
7	5													
8	6													
9	7													
10	8													

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abraze	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Valoración del test:

Se utiliza la suma del valor correspondiente a:

Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.

Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Interpretación.

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Anexo B) Manual operacional

Describir la distribución y frecuencia de los factores sociodemográficos en pacientes con una estancia hospitalaria prolongada en el servicio de Cirugía del Hospital General de Zona No. 3, IMSS Aguascalientes

Realizar la búsqueda de datos del expediente clínico físico y PHEDS en el apartado de nota de ingreso a piso de Cirugía General, así como historia clínica, en caso de no encontrar los datos en dichos apartados, complementar la búsqueda de manera alternativa en los apartados de notas de urgencias, notas de evolución y notas registradas en sistema ECE.

Se realizará cuestionario MOS para valorar el apoyo social que presenta el paciente hospitalizado, a mayor puntaje obtenido en dicho cuestionario mayor cantidad de apoyo social presenta el paciente. (Anexo 2) (28)

Instructivo de llenado: Se deberá realizar una captura y vaciado de los datos obtenidos de los expedientes físicos o digitales en el archivo denominado “Hoja de recolección de datos” en la manera que a continuación se describe para la adecuada codificación.

Pasos a seguir	Información requerida	Metodología de captura por columna
Paso 1 columna A	Numero de paciente	Numero de caso
Paso 2 columna B	Nombre de paciente	Nombre completo registrado en el expediente clínico

Paso 3 Columna C	Número de seguridad social	Número de seguridad social completo asociado al expediente revisado
Paso 4 Columna D	Edad asentada en el expediente al momento de la Hospitalización	De acuerdo con la cifra, anotar el número correspondiente al rango en cuestión según lo siguiente: 1=18 a 30 años 2 =31 a 40 años 3=41 a 50 años 4=51 a 60 años 5=61 a 70 años 6= Mas de 70 años
Paso 5 Columna E	Sexo asentado en el expediente al momento de la colocación del catéter	De acuerdo al sexo registrado, anotar el número correspondiente según lo siguiente: 1= Femenino 2= Masculino
Paso 6 Columna F	Grado de estudios máximo registrado en el expediente	Registrar el número correspondiente de acuerdo a la siguiente escala: 1= Ninguno 2= Primaria 3=Secundaria 4= Preparatoria 5= licenciatura 6= postgrado
Paso 7 Columna G	El nivel socioeconómico descrito por trabajo social en el expediente o entrevista con el paciente	Registrar el nivel socioeconómico de acuerdo con el ingreso mensual 1=Bajo: menor a 7000 menor a 15000 2=Medio entre 15000- 30000 3=alto mayor a 30000
Paso 8 columna H	días de permanencia hospitalaria prolongada especificadas en el expediente clínico	Registrar el tiempo de estancia hospitalaria de acuerdo a los siguientes parámetros: 1= 9-15 días 2=mayor a 16 días
Paso 9 columna I	Comorbilidades especificadas en el expediente clínico y en la entrevista	Elegir los diferentes tipos de enfermedades acompañantes de acuerdo al siguiente listado 1=Diabetes

		2=hipertensión 3=Obesidad 4=Enfermedad 5=renal 6=Enfermedad 7=cardiovascular 8= presencia de 2 o más comorbilidades
Paso 10 columna J	Especialidad quirúrgica a la que pertenece el paciente de acuerdo a patología reportada en el expediente clínico	Elegir el servicio perteneciente al que pertenece al ingreso 1=Cirugía general 2=angiología 3=Coloproctología 4=Oncocirugia 5=Urología 6=Cardiocirugía
Paso 11 columna K	Diagnóstico de ingreso acorde a servicio reportado en expediente clínico	Elegir servicio de acuerdo a diagnostico principal 1=Pared abdominal 2=Vías biliares 3=Vía urinaria 4=Patología vascular 5=Patología cardiaca 6=Patología colon y recto
Paso 12 columna L	Conjunto de apoyo personal del paciente reportado por trabajo social en el expediente clínico (aquí se valora red de apoyo social y la ausencia de cuidadores) anexo 2(cuestionario MOS)	Registrar si cuenta con apoyo de algún familiar 1=minimo apoyo 2=medio apoyo 3=maximo apoyo Y se anexara el tipo de apoyo con relación a cuestionario MOS
Paso 13 columna N	Tipo de vivienda y servicios reportados en el expediente clínico por parte de trabajo social	Registrar si cuenta su vivienda con todos los servicios básicos (agua, drenaje, luz) 1=si 2=no
Paso 14 columna O	Actividades y roles en las que participa la persona en la vida diaria con respecto al trabajo	Registrar si el paciente cuenta con un oficio o una profesión 1=oficio 2=profesión

Anexo C) solicitud excepción de la carta de consentimiento Informado

 Gobierno de México	 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
Fecha: 13 de enero del 2025 Jesús María, Aguascalientes, México		
DRA. VIRGINIA VERÓNICA AGUILAR MERCADO. PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 1018. OOAD IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES.		
SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicitó al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social OOAD Aguascalientes que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación "Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del hospital general de zona no.3, OOAD Aguascalientes", es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:		
a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m) n)	Nombre Número de seguridad social Edad Sexo Comorbilidades Estado civil Diagnostico principal Ocupación Nivel socioeconómico Días de estancia hospitalaria Subespecialidad quirúrgica Red de apoyo Falta de cuidadores Lugar de vivienda y servicios	
MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS		
En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.		
La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo "Distribución y frecuencia de las características sociodemográficas del paciente quirúrgico con estancia prolongada del hospital general de zona no.3, OOAD Aguascalientes", cuyo propósito es producto comprometido de tesis.		
Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.		
Dr. José Luis Bizueto Monroy		Atentamente
Categoría contractual Investigador Responsable.		

AV. PROLONGACIÓN GENERAL IGNACIO ZARAGOZA #905. COL. EJIDO DE JESÚS

MARÍA, 20908. Tel: (449) 153 59 99

www.imss.gob.mx

Anexo D) Cronograma de actividades

	2024						2025				
Actividad	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero-Abril	Mayo-Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
FASE I											
Revisión Bibliográfica	R	R									
Desarrollo del protocolo		R	R	R	R						
FASE II											
Envío de protocolo para revisión por CLIES						R	P				
Corrección de protocolo							P				
Recolección de Datos								PG			
Análisis de Datos									PG	PG	
FASE III											
Elaboración de Escrito											PG
Presentación de tesis											PG

Actividad Realizada	R
Actividad en Proceso	P
Actividad Programada	PG