

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



T E S I S

“ESTUDIO DE LA DEMANDA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUAMINSA. SETIEMBRE 2012 – AGOSTO DEL 2013”

Presentado para optar por el título profesional de Médico - Cirujano

PRESENTADO POR:

OMAR FERNANDO CARPIO MACEDO

ASESOR:

PEDRO ANIBAL NOVOA AVALOS

TACNA, 2013

DEDICATORIA

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento dedicarle este Trabajo de Grado a mi padres quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos, a inculcarme valores, con ejemplos, que han sido la base de mi formación y que me han ayudado a desarrollarme como ser humano. A mi hermano quien con mucho tino supo aconsejarme en momentos difíciles no solo como hermano sino también como amigo y a mi abuelita una persona muy especial en mi vida que, con el amor y la paciencia que solo ella posee, supo guiarme por el camino de la fe, la humildad y el amor.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer en primer lugar a Dios por haberme guiado en todo momento, a todas aquellas personas que siempre creyeron en mí, amigos de toda la vida, a Bryan y a Paulo, y amigas que siempre estuvieron en los momentos más difíciles dándome todo su apoyo. A personas muy especiales a las que siempre estaré agradecido por sus gestos de cariño.

A todos ellos.

Gracias.

RESUMEN

Como objetivo la presente investigación tiene el determinar el perfil de la demanda de atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el mes de Septiembre 2012 a Agosto del 2013.

Como materiales y método este es un estudio descriptivo observacional de corte transversal analítico, retrospectivo. Se revisaron las Historias Clínicas de emergencia de los pacientes atendidos entre Septiembre 2012 a Agosto 2013 recolectando la información en una ficha de recolección de datos. Se valoraron las siguientes variables: ciclos de vida, sexo, meses del año, diagnósticos principales, tipo de servicio, inicio de síntomas, exámenes complementarios, hora de consulta, consulta previa, hospitalización, características de la atención.

Como resultados se recolectó información de 343 pacientes atendidos en el servicio de emergencia en donde se encontró que 175 pacientes eran de sexo masculino y el 52.76% corresponde a adultos. Hubo mayor demanda en el mes de Abril con 11.7%. El tiempo de enfermedad fue de 4-24 horas en un 27.7% utilizando la especialidad de Medicina interna en un 37.3%.

Las patologías más comunes se encuentran en infecciones respiratorias altas en un 41.1% de los cuales no se realizaron exámenes auxiliares en un 68.2% siendo la hora de mas demanda entre las 15 a 21 horas con un 43.4% sin llegar a hospitalizaciones en un 94.2%.

En conclusión la mayor parte de las atenciones que se dieron en el servicio de emergencia corresponden a patologías que no deberían ser atendidas por este servicio y que por el contrario deberían ser atendidas por los centros de salud o consultorio externo.

PALABRAS CLAVES: Tiempo de enfermedad, ciclos de vida.

ABSTRACT

This research aims to determine the profile of the demand for care in the emergency department of the Regional Hospital of Moquegua during the month of September 2012 to August 2013.

It is an observational analytical retrospective cross section. Emergency medical records of patients treated between September 2012 to August 2013 collecting information on a data collection sheet were reviewed. The following variables were assessed: Life cycles, sex, season, main diagnoses, service type, onset, complementary examinations, interdepartmental, hour consultation, distance to the hospital, after consultation, hospitalization, characteristics of care.

Information of 343 patients seen in the emergency room where it was found that 175 patients were male and 52.76% are adults were collected, according to the characteristics of care 59.5% were new patients. There was more demand in the month of April with 11.7%, and 26.2% in winter. The disease duration was 4-24 hours in a 27.7% using the specialty of Internal Medicine by 37.3%.

The most common pathologies found in upper respiratory infections in 41.1% of those not supporting examinations were performed on a 68.2% or 98.3% on a interconsultations still demand more time between 15 to 21 hours without reaching 43.4% hospitalizations by 94.2%.

KEYWORDS: Time of disease, life cycles.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	08
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	09
1.1 Fundamentación del Problema	09
1.2 Formulación del Problema	12
1.3 Objetivos de la Investigación	12
1.4 Justificación	14
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Marco teórico	26
CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	38
3.1 Hipótesis	38
3.2 Operacionalización de las variables	38
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1 Diseño	40
4.2 Ámbito de estudio	40
4.3 Población y muestra	42
4.4 Instrumentos de Recolección de datos	43
CAPÍTULO 5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	45
5.1 Consideraciones éticas	45
CAPÍTULO 6 RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

La experiencia vivida en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el periodo de Internado me trasladó al ambiente de reto permanente de un hospital, donde se hace frente a situaciones de riesgo inminente de muerte de los pacientes, donde las decisiones que se toman marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso representado por el estrecho margen entre la vida y la muerte que en estas ocasiones ocurren; o situaciones de extrema gravedad en donde la salud futura del individuo está en peligro, pero también pude observar el sobre uso de los servicios de emergencia que reflejan deficiencia en el sistema de atención primaria de salud , y del sistema en general, a los que el usuario debe concurrir en situaciones no urgentes, generando gastos indebidos en tiempo y dinero. El uso de los servicios de emergencia debe darse a los pacientes que verdaderamente se encuentran en situación de emergencia, evitando así la atención de no urgencias, lo cual redundará en una mejor eficacia y calidad de estos servicios. La investigación, como la presente sobre sistemas y servicios de salud, tiene como objetivo ayudar a los administradores de salud a lograr mayor eficiencia y eficacia de la gestión en salud, a través de la identificación de problemas prioritarios, la caracterización de los problemas identificados, el análisis de las alternativas de solución, la selección de estrategias de intervención y la evaluación de los resultados de alguna intervención. La presente investigación aportó en la identificación de las principales características de la demanda atendida en el servicio de emergencia. El campo de la salud es amplio, pero se realizó una descripción suscita de las principales patologías atendidas en el área de emergencia sujeto del presente estudio, así como se comparó dichas características entre sí que permitieron un mejor conocimiento de la misma.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Muchos estudios realizados han demostrado gran variabilidad a nivel mundial en las cifras de atención en los servicios de emergencia hospitalaria, desde estudios que reportan 10% hasta cifras de 90% de uso inadecuado de los servicios de emergencia, resultados que demuestran la influencia del lugar donde se realizó el estudio. Sin embargo, la mayoría de estudios coinciden en cifras del 60 al 80%, entre estos Saldias y Barquín estiman aquel en 70% y 80% respectivamente; Laperfa en México concluye en su estudio que el 60% de las visitas al servicio de emergencia eran innecesarias, Shain en Kuwait reporta que el 61% de las condiciones al servicio de emergencia fueron problemas no urgentes que no requirieron atención de urgencia¹.

Gill en el Hospital de Delaware afirma que el 80% de los pacientes atendidos por emergencia fueron considerados no urgentes por el personal sanitario del hospital². Un número menor de estudios sugieren cifras menores, entre estos el de Bowi en EEUU que concluyen que un 23% de pacientes que

¹Shah, N. Predictor of Non Urgent utilization of Hospital Emergency in Michigan. Mayo 2010.

²Gill. Non Urgent Use of Hospital Emergency Department. USA. May. 2008.

acudieron no ameritan atención³. Afillale en Canadá que Informa de un 15% de pacientes como usuarios inapropiados del servicio⁴

Sobre la metodología utilizada O'Brían comparó los resultados obtenidos de las tres formas más utilizadas en los estudios: a) Aplicación de una lista de condiciones uso del servicio, b) Criterios sobre la medicación que necesitó cada paciente luego de un diagnóstico y, c) Consenso de los médicos encargados del servicio de emergencia; todos los métodos fueron evaluados en el mismo momento y en la misma muestra concluyendo que existe relación moderada entre los métodos empleados.

En un estudio realizado sobre la calidad de servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP en la ciudad de Lima se llegó a la conclusión que según los indicadores de calidad aplicados en dicho estudio muestra que la calidad de atención no es óptima. La sobre demanda de pacientes que congestiona y saturan los servicios de emergencia es uno de los factores que inciden en que la calidad de atención no sea adecuada, así se obtuvo que de 68518 pacientes atendidos en el periodo de doce meses sólo el 2.1% fue considerado como una real emergencia y el 19.1% atenciones de urgencia teniendo un 79% de no emergencias ni urgencias influyendo este último grupo de pacientes en las variables de proceso de

³ Lowy, A. Attendance at accident and emergency departments unnecessary or inappropriate. Public health med. Pug. 16. Junio 2004.

⁴Afillale, M. Emergency Department use and misuse. J. Emer. Med. 13 (2) Mar. 2006

calidad a expensas de un mayor rendimiento de variables de resultado.⁵

Oliveira y colaboradores identificaron un perfil de la población atendida en la unidad de Emergencia de un hospital de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo donde las atenciones apuntaron que por la evaluación de riesgo, conforme los colores obtuvieron: color verde 67%, azul 18%, amarilla 12% y rojo 2%. En el color verde (no corre riesgos, sin embargo tiene que ser resuelta con prioridad oportuna).⁶

En el ámbito de demanda de un servicio de salud se involucran en su vertiente estudios demográficos, culturales, educacionales de bienestar, la distribución del ingreso los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones de salud del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con la necesidad en salud y su cristalización como demanda.⁷

Los pocos estudios y análisis de la demanda por los servicios primarios de salud, se ha constituido en una limitación para diseñar esquemas de financiamiento sostenibles y un sistema de tarifas que no disminuya el acceso de los usuarios pobres a los servicios de salud. Mucho menos se podría hablar de satisfacción del usuario si no existe primero una visión de lo que la población demanda en sus necesidades de resolver

⁵Faustino Ch., Martin A, Salas V. Estudio de la calidad del servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP, Perú: 39-40, 2003.

⁶Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filo MA. Perfil de la población atendida en una unidad de emergencia de referencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2011; 19(3): [08 pantallas].

⁷Arredondo López, Armando. Recaman Mejía, Ana." Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias Económicas Administrativas 2002; 20:42-47. Disponible en: www.ujat.mx/publicaciones/hitos.

problemas de patologías prevalentes. Por este motivo, es relevante la presentación y la discusión de nuevos criterios y esquemas metodológicos que sirvan para el análisis y la demanda de salud de la población de Moquegua en el servicio de emergencia, principalmente.⁵

1.2 Formulación del Problema

1. ¿Cuál es el perfil de la demanda atendida en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua-MINSA. Septiembre 2012 a Agosto del 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

a) Objetivo General:

Determinar el perfil de la demanda atendida en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua durante el mes de setiembre 2012 a agosto del 2013.

b) Objetivos específicos:

1. Determinar el perfil de demanda de atención según edad, sexo, diagnóstico, exámenes complementarios con tiempo de enfermedad, y hospitalización del servicio de emergencia del Hospital regional de Moquegua entre los meses de setiembre 2012 a agosto del 2013.

2. Cuantificar la demanda de atención en emergencia según mes del año y servicio de atención, hora de atención y patologías más frecuentes por área de atención en el área de emergencia del Hospital regional de Moquegua entre los meses de setiembre 2012 a agosto del 2013.

3. Relacionar las características clínicas según prioridad de daño y diagnóstico principal por cada área del servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua entre los meses de setiembre 2012 a agosto del 2013.

1.4 Justificación

Durante los últimos años se viene produciendo un aumento progresivo de la demanda de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios. La alta demanda de atención médica de urgencia y de recursos especializados para la rehabilitación, pagos por incapacidad, pérdida de años de vida potencial, e impactos diversos en la familia y la sociedad.

Actualmente se reporta, en la literatura internacional, que la demanda de servicios de urgencias, tanto a nivel pre-hospitalario como hospitalario, se está caracterizando por un alto porcentaje de visitas realizadas que no tienen un carácter urgente y que podrían ser atendidas fuera de estos servicios. Esta situación ha sobrecargado dichos servicios y genera problemas asistenciales, descontento en la opinión pública y la preocupación de las autoridades de salud por lo nocivo que esto resulta para su buen funcionamiento. Con frecuencia ha existido una disociación entre lo que es urgencia para el enfermo y sus familiares, y lo que es realmente urgente para el médico como profesional.⁶

Se han realizado diversos estudios acerca de la demanda en los servicios de emergencias en diferentes partes del mundo como también a nivel nacional abarcando calidad de servicio, factores ambientales, así como también patologías más predominantes en los servicios de emergencias.

Pero estudios como esos no se han realizado en el Hospital Regional Moquegua, motivo por el cual se decidió adecuar

estos estudios al servicio de emergencia pues en mi estadía como interno de medicina de dicho hospital he podido apreciar el sobre uso de este servicio por pacientes en situaciones no urgentes convirtiéndose en un problema que obstaculiza la atención oportuna y eficaz de pacientes que se hallan en verdaderas emergencias. Así mismo, podemos evaluar que patologías son las que se presentan con más frecuencia entre otros factores epidemiológicos y socio demográficos.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1 Antecedentes de la investigación

- **Faustino Ch., Martin A y col. Estudio de la calidad del servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP, Perú: 39-40, 2003.** Tuvo como objetivo el evaluar a través de indicadores de calidad la atención brindada en el servicio de emergencia del Hospital Central PNP entre Marzo del 2000 a Febrero del 2001. Fue un estudio descriptivo, longitudinal en donde fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Central PNP 68518 pacientes, de los cuales fueron considerados reales emergencia 2.18%, Urgencias 19.1% y No urgencias ni emergencias 78.72% influyendo este último grupo de pacientes en las variables de proceso de calidad a expensas de un mayor rendimiento en las variables de resultado. El promedio de atenciones durante el año fue de 188.18 pacientes / día, existiendo un incremento acumulado mensual del 2% en el número de pacientes. La tasa de mortalidad de la UST-R e Intermedios fue de 9.26% y 0.81% respectivamente. La patología con mayor índice de mortalidad fue la infecciosa (36.8%), seguido por la cardiovascular (19.2%) y la tumoral (14%), finalmente el rendimiento cama fue de 35.72 y el porcentaje de ocupación de 80.51. Los resultados encontrados no se diferenciaron en forma significativa con los datos publicados por otros hospitales similares del ámbito nacional (HN2M y HNCH).

- **Brito, Marcus Vinicius Henriques; Ribeiro, Bruno de Castro y col. Perfil de la demanda del servicio y el hospital municipal urgencias de emergencia - mario pinottii.; 27(1), Brasil, Jan.-Mar. 2013.** Planteó como objetivo identificar y analizar el perfil demográfico y epidemiológico de clientela atendida en HPSM –MP. El estudio se llevó a cabo mediante la recopilación de 1000 pacientes entre los meses de enero a agosto de 2011. En relación a la demanda por edad dos grupos juntos (20-39 y 40-59), se centran como más frecuentes. En relación con la demanda de sexo, hubo un predominio del sexo masculino (casi el 60 % de las visitas evaluadas). Las especialidades más demandadas fueron Medicina Clínica, Cirugía y Traumatología. El intervalo de tiempo más prevalente fue de 6 a 18 horas (61,8 % del total) ⁸ .
- **Sotelo, Inés; Belaga, Guillermo; Leserre y col. Estudio descriptivo comparativo sobre la finalización de la urgencia en cuatro hospitales generales del mercosur.;16(2):115-130, Argentina, Uruguay y Brasil Set. 2011.** Sotelo analiza comparativamente la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental UBACYT 2008-2010 en cuatro hospitales del MERCOSUR: Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires – Argentina), Hospital San Bernardo (Salta – Argentina), Hospital Maciel (Montevideo – Uruguay) y el Hospital Las Clínicas (Belo

⁸Brito, Marcus Vinicius Henriques; Ribeiro, Bruno de Castro; Souza, Ingrid Caroline Baia de. Perfil de la demanda del servicio y el Hospital Municipal Urgencias de emergencia - Mario PinottiI.[Rev. para. med](#);27(1), jan.-mar. 2013

Horizonte – Brasil). El objetivo general de este estudio exploratorio-descriptivo consistió en establecer una comparación del perfil de la población así como de las modalidades de demanda de quienes se presentaron, con perturbaciones psíquicas, a las consultas de urgencia, con el propósito de aportar datos que permitan trazar, en un futuro, estrategias para la prevención, asistencia y promoción. Se utilizó un protocolo especialmente diseñado que se administró a 714 personas que concurrieron al servicio de urgencias entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2008. Los datos relevados sobre los modos de resolución de la urgencia muestran que en San Isidro, Salta y Montevideo el porcentaje más alto de las consultas es derivado a Consultorios Externos (70,8%, 76,7% y 37,6% respectivamente) mientras que en el Hospital Las Clínicas sólo es derivado el 9,7%.⁹

- **Arango Pinilla, Margarita María; Arias Ruiz, Sebastián y col. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el centro piloto de Assbasalud ESE. Colombia Jun. 2009.** Arango, refiere que es evidente la congestión cotidiana que se genera en los servicios de urgencias, de allí el interés por indagar sobre la demanda adecuada de este servicio de urgencias en el Centro Piloto de ASSBASALUD, ESE (Manizales, Caldas, Colombia). Los datos se tomaron de manera seriada, durante los meses de Abril, Julio y Agosto, previa prueba piloto. En el primer mes

⁹Sotelo, Inés; Belaga, Guillermo; Leserre, Lucas; Rojas, Alejandra; Cruz, Alejandra; Capurro, Verónica; Mazzia, Valeria; Moraga, Patricia; Santimaria, Larisa; Penecino, Ignacio;;Fidacaro, Pablo; Coronel, Marta; Tustanoski, Graciela. Estudio descriptivo comparativo sobre la finalización de la urgencia en cuatro Hospitales generales del MERCOSUR. [Investig. psicol](#);16(2):115-130, set. 2011.

participaron 355 pacientes correspondientes al 57.8% del total, en el segundo mes participaron 47 correspondiendo al 7.7% y en el tercer mes 209 correspondientes al 34.4% del total de la población que fue de 611 pacientes. Se tuvieron en cuenta diversas variables socio demográficas, y criterios de utilización correcta del servicio de urgencias, basados en protocolos de distintos estudios realizados en otros países y adaptados al medio colombiano. La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias del Centro Piloto de Assbasalud E.S.E, a través de encuestas realizadas directamente a los pacientes, y de historias clínicas. Se obtuvo como resultados que son inadecuadas el 23.6 por ciento de las consultas a urgencias, el 16.6 por ciento de las estancias hospitalarias, ambas suficientes para saturar este servicio. Prevalece la consulta por patología aguda, 83.2 por ciento, en especial aquellas que afectan al sistema respiratorio, 24.1 por ciento.

La población de pacientes en los extremos de la vida consultan más frecuentemente a los servicios de urgencia, asociado a patologías respiratorias y gastrointestinales, se encuentra un 32.2 por ciento de varones y un 67.8 por ciento de mujeres, en su mayoría pertenecientes al estrato más bajo del SISBEN, el primero, con un 72.2 por ciento. Predomina el sexo femenino, 58.8 por ciento, y los rangos educativos más bajos, 58 por ciento; el 43.7 por ciento, 65.6 por ciento tienen vinculación laboral.¹⁰

¹⁰Arango Pinilla, Margarita María; Arias Ruiz, Sebastián; Arrubla, Paula; Carrasquilla Villa, Gustavo; Castaño Castrillón, José Jaime; Gallego, Juan David; Lopez Zapata, Fernando; Mena, Fanny Alicia; Páez Cala, Martha Luz. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE. en Manizales: año 2008. [Arch. med](#);9(1):25-34, jun. 2009.

- **Alvo V., Andrés; Aguirre V., Sebastian. Perfil epidemiológico de la atención de urgencias en un Hospital tipo 4 de la región metropolitana, Chile. nov. 2010.** Alvo estudia la comunidad de Tiltil, que es una comuna de la Región Metropolitana con 14.755 habitantes con un 44,7 por ciento de población rural al año 2002. Buscó la caracterización epidemiológica y asistencial de la atención de urgencias en el Hospital de Tiltil respecto a edad, sexo, horario y patología. En cuanto a la metodología fue un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, en base a la revisión de todos los datos de urgencia cursados durante 28 días consecutivos en febrero de 2010 (n=1.401). Encontró que la edad promedio fue de 31,4 años y el 26,8 por ciento fue menor de 15 años. El 54,8 por ciento fueron mujeres. Hubo un promedio de 50 consultas al día, con el mayor número de consultas (70,6 por ciento) entre las 09:00 y las 21:00 horas. Las causas de consulta más frecuentes fueron las respiratorias (16,5 por ciento) y las digestivas (16,5 por ciento), seguidas por las patologías traumáticas (13,6 por ciento).
Un 60,2 por ciento de las patologías respiratorias y un 84,4 por ciento de las digestivas correspondieron a cuadros de buen pronóstico, de etiología probablemente viral o inespecífica. La alta frecuencia de consultas no urgentes en el servicio de urgencia se conjuga con factores locales que hacen de éste problema un tema especialmente importante de mejorar. En un 5,4 por ciento de los casos se debió derivar a un centro de mayor complejidad. El conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas de la población consultante permite tomar

decisiones y brindar un servicio acorde a las necesidades locales.¹¹

- **Troncoso, Luis; Guerrero, Lisette. Análisis del perfil epidemiológico, demográfico y saturación ambulatoria de los consultantes a la unidad de emergencia adultos del Hospital Carlos Van Buren durante el 2008. Chile. 2010.** Troncoso analiza el perfil epidemiológico, demográfico y saturación ambulatoria de los consultantes a la Unidad Emergencia Adultos (UEA) del Hospital Carlos Van Buren (HCB) durante el 2008. Materiales-métodos: es un estudio descriptivo-transversal, los datos se obtuvieron de la Unidad Administrativa Estadística HCVB. El criterio de inclusión fue hombres-mujeres mayores de 15 años atendidos en UEA HCVB durante el 2008; el criterio de exclusión fue pacientes de atención dental. Resultados: el número total de pacientes fue 175.562. Los meses de mayor consulta fueron Enero, Marzo, Abril y Octubre. Un 54,83 por ciento correspondieron a mujeres. Un 85,92 por ciento son menores de 65 años. Los hospitalizados correspondieron a 6,21 por ciento (10.919) del total. Los fallecidos fueron 360 pacientes (3 por ciento de los hospitalizados). El índice de Letalidad fue 3,5 por ciento. El nivel previsional fue 71 por ciento FONASA A y B. El indicador de saturación externa mensual fue de 0,5-0,6; pero al analizar el indicador de saturación externa horaria vemos que entre las 09:00-18:00hrs. Los valores fluctúan sobre 0.8, llegando a 1 entre las 11.00-12:00hrs.

¹¹Alvo V., Andrés; Aguirre V., Sebastián. Perfil epidemiológico de la atención de urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana, Chile. [Rev. ANACEM \(Impresa\)](#);4(1):18-21, nov. 2010.

Conclusión: a pesar de que la población consultante a nuestro servicio de urgencias se encuentra dentro de los límites establecidos para la población asignada, el análisis del indicador de saturación externa horaria nos permite evidenciar que existe un período importante del día en que la UEA se encuentra saturada para la atención ambulatoria y que el recurso médico no es suficiente para satisfacer la demanda externa.¹²

- **Leiva H., Heidy; Ortega, Marcela y col. Perfil de la consulta de urgencia infantil en el Hospital Regional Rancagua 2002-2003. Chile, 2004.** Leiva refiere su propósito de contribuir a la mejor gestión de la red asistencial del Servicio de Salud de la Sexta Región, mediante el conocimiento de las características y pertinencia de la atención de urgencia infantil en el Hospital Regional de Rancagua, a través de los siguientes objetivos: a) Determinar el volumen de consultas al servicio de urgencia de menores de 15 años; b) Conocer las características de la población consultante en las variables edad, sexo, comuna de residencia; c) Medir la distribución mensual de las consultas y determinar si existe estacionalidad; d) Conocer los motivos de consulta declarados por los padres y relacionarlos con la pertinencia, usando como una aproximación a la pertinencia o gravedad, la decisión de hospitalización; e) Conocer el destino de los pacientes derivados desde otros establecimientos de la red asistencial de la región al hospital base, mediante una interconsulta. Se trata de un

¹²Troncoso, Luis; Guerrero, Lisette. Análisis del perfil epidemiológico, demográfico y saturación ambulatoria de los consultantes a la unidad de emergencia adultos del hospital Carlos Van Buren durante el 2008. [Bol. Hosp. Viña del Mar](#);66(1/2):27-36, mar. 2010

estudio descriptivo de las consultas de urgencia de menores de 15 años durante los años 2002 y 2003 en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional Rancagua. El motivo de consulta principal es la fiebre en el 29,72 por ciento de la consulta pediátrica y en la consulta quirúrgica infantil el motivo de consulta más frecuente es contusión de extremidad superior (21,6 por ciento). Se hospitaliza el 9,9 por ciento del total de consultas pediátricas y el 6,1 por ciento de los pacientes que consultan por causas quirúrgicas. Existe un gran número de consultas derivadas desde la atención primaria y que no fueron causa de hospitalización por lo que se estima que en su mayoría debieron ser resueltas en ese nivel de atención, ya que no podemos desconocer la importancia que tienen ciertas consultas que siendo urgentes no son graves, como la epistaxis y que en este estudio no se han desglosado.¹³

- **Echevarria W, Zapata J, Triana E. Estudio de oferta del servicio de urgencias en la ESE Centro de Salud Ricaurte. Cundinamarca, Colombia 2012.** Echevarría en su estudio de oferta del servicio de urgencias en la E. S. E centro de salud de Ricaurte da a conocer que las patologías más frecuentes son las de fiebre con un 25%, cefalea con un 20%, infecciones respiratorias agudas 15% y EDA 12% pudiendo sacar como conclusión sobre esto que las patologías más frecuentes son aquellas en las cuales no esta en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto, los servicios de emergencia son utilizados de una manera inadecuada por los mismos pacientes quienes

¹³Leiva H., Heidy; Ortega, Marcela; Martinovic, Carolina. Perfil de la consulta de urgencia infantil en el Hospital Regional Rancagua 2002-2003. [Rev. chil. salud pública](#);8(2):72-77, 2004

en distintos momentos no pueden identificar una emergencia de una urgencia.¹⁴

- **Pastrana E. Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un Hospital General de segundo nivel. México 2010.** Pastrana en su estudio sobre Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel con el objetivo de identificar si la atención de las urgencias sentidas es un factor que interviene en el retraso y falta de calidad de la atención de urgencias reales trabajando con un total de 382 pacientes obteniendo como resultado que la mayor parte de las urgencias atendidas fueron del tipo sentido en un 82.2% y solo el 17.8% fue considerada real, correspondiendo el 58% a mujeres y el 42% a hombres. Este estudio llegó a la conclusión de que al saturar el servicio de urgencias con las de tipo sentidas se aumenta el tiempo de espera en las urgencias reales. No existe un uso racional del servicio de urgencia adultos en dicho Hospital.¹⁵
- **Carret M, Fassa A. y col. Demand for emergency health service: Factors associated with inappropriate use. bmc health service research Brasil 2007.** Carret reportó en un estudio transversal en una ciudad de tamaño promedio al sur de Brasil definiendo la urgencia del motivo de consulta de acuerdo con el protocolo de adecuación de urgencias de dicho hospital. En dicho estudio se entrevistó a 1.647

¹⁴Echevarria W, Zapata J, Triana E. Estudio de oferta del servicio de urgencias en la E. S. E. centro de salud Ricaurte. Cundinamarca 2012

¹⁵Pastrana E. Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel. 2010. México

pacientes durante un periodo de muestreo consecutivo de 13 días concluyendo en que dentro del grupo de edad más joven, el uso inapropiado del servicio de emergencia fue mucho mayor siendo el sexo femenino aquel que acudió más veces al servicio. Se observó también un incremento mucho mayor en cuanto a la demanda de pacientes en el servicio de emergencia.¹⁶

¹⁶ Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Service Research 2007; 7(31): 1-9

2.2 Marco teórico

2.2.1 EMERGENCIA Y URGENCIA

2.2.1.1 Definición:

a) Emergencia:

La definición de emergencia según la OMS es “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos” y la Sociedad Médica Americana define emergencia como: “aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente y la función de un órgano”

El Reglamento de la ley que modifica la ley general de salud n° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos da a conocer que la atención medica de emergencia es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.¹⁷

¹⁷ REGLAMENTO DE LA LEY QUE MODIFICA LA LEY GENERAL DE SALUD N° 26842, RESPECTO DE LA OBLIGACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A DAR ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE EMERGENCIAS Y PARTOS

En la ley del 30/2002, del 17 de diciembre, de Protección Civil y Atención de Emergencia de Aragón, España, define emergencia como: “suceso o accidente que sobreviene de modo imprevisto, afectando a la integridad física de las personas”¹⁸.

b) Urgencia:

La palabra urgencia proviene del latín “urgentia”, que quiere decir urgente, urgir.

La Asociación Médica Americana define urgencia como: “aquella situación que requiere atención médica inmediata”

Según la OMS: “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Esta definición abarca aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso, y aspectos subjetivos, como la conciencia de una necesidad inminente de atención.

Aunque una definición que se acerca más a la mentalidad clínica de nuestro entorno nos la proporciona el concepto de urgencia sanitaria que se maneja en el marco conceptual del triaje

¹⁸ Ley 30/2002, de 17 de Diciembre, de Protección Civil y Atención de Emergencias de Aragón. Boletín Oficial de Aragón (30 de Diciembre 2002)

estructurado: “es aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto periodo de tiempo”.¹⁹

i. Tipos de urgencia:

Atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones:

- Urgencia subjetiva: Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.
- Urgencia objetiva: Sería por tanto aquella que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.
- Urgencia vital: Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o

¹⁹ Villa libre C. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica. Oviedo, 2013.

cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento, este concepto hace referencia al término emergencia.¹⁸

2.2.1.2 Clasificación:

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia clasifica a las emergencias y urgencias según prioridades de la siguiente manera:²⁰

- **Prioridad I:** Gravedad súbita o extrema (Emergencia)
- **Prioridad II:** Urgencia mayor
- **Prioridad III:** Urgencia menor
- **Prioridad IV:** Patología aguda común, no urgencias ni emergencias.

2.2.2 DEMANDA:

2.2.2.1 Definición:

La demanda por atención curativa en salud corresponde a la expresión de la necesidad de atención. Por otra parte, no todos los que perciben una necesidad de atención demandan dicha atención. Por ejemplo muchos de los que perciben una necesidad pueden decidir no demandar porque no tienen opciones de oferta.²⁰

²⁰ Ministerio de salud del Perú. Resolución Ministerial. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. Perú. 2006

La demanda a los servicios de salud puede ser entendida como una solicitud explícita que expresa todas las necesidades del usuario. Esta puede ser efectiva, a través de la consulta, acceso a los exámenes, consumo de medicamentos, ejecución de procedimientos; considerando que de esa forma los servicios organizan una oferta.

Paradójicamente, las necesidades de cada usuario pueden ser otras. Estas pueden ser respuestas a problemas socioeconómicos, a las condiciones de vida, a violencia, la soledad, la necesidad de un vínculo con un servicio profesional, o aun, al acceso de alguna tecnología específica que le proporcione calidad de vida²¹.

En términos generales se plantea que la demanda por un bien determinado es función de las preferencias de sus potenciales consumidores por el mismo y fundamentalmente del precio con que es ofrecido en el mercado. Sin embargo, en salud esto es menos verdad que en cualquier otro mercado.

Se plantea que “los mecanismos habituales por los cuales los mercados aseguran cantidades y calidades de los productos no tienen grandes implicaciones en el sector salud”. Los mercados de salud presentan morfologías y dinámicas complejas.

²¹ Quintana G, Días da Silva M. Demandas de los usuarios a un servicio de emergencia y la recepción por el sistema de salud. Rio de Janeiro. 2007.

Por el lado de la demanda, los consumidores no son libres para elegir entre los servicios de salud y otros bienes a través de un proceso de “elección racional”, en muchos casos hay una necesidad que impulsa dicho consumo. Por lo tanto se trata de un consumo que no es previsible y ocurre en situaciones de fuerte contenido emocional-psicológico. Además del consumidor final quien determinara que tipo de bienes y servicios serán consumidos es el medico; un consumidor instrumental que prescribe o indica dicho consumo.²⁰

2.2.2.2 Componentes subjetivos y objetivos de la demanda en salud

La demanda de salud tiene entonces componentes subjetivos y objetivos. Entre los primeros se destaca la necesidad sentida que es función de la confianza del individuo en que el sistema y sus agentes pueden mejorar su salud. De hecho las mujeres en todo el mundo consumen más servicios de salud que los hombres. Además el consumo aumenta de forma proporcional al nivel de instrucción.

Llamamos determinantes objetivos de la demanda a factores como las características demográficas de la población, la situación epidemiológica y, por otro lado, la oferta pública o de la seguridad social. Con

respecto a los factores demográficos cabe observar que el crecimiento y el envejecimiento de la población involucran una redefinición de las necesidades y un aumento de la demanda de la población.

Relacionada con la estructura demográfica está la situación epidemiológica de la población. Los países desarrollados generalmente han atravesado la denominada transición epidemiológica lo que implica que las patologías más prevalentes son crónico-degenerativas. Mientras tanto, en los países en desarrollo que aun no han atravesado dicha transición predominan aún las enfermedades infecto-contagiosas, los cuadros de desnutrición y registran incidencia de enfermedades que ya han sido prácticamente erradicadas en el primer mundo. En los países que se encuentran atravesando su transición epidemiológica, se encuentra un cuadro combinado en el cual se registran pesos relativos similares en la prevalencia de enfermedades del primer y tercer mundo.

Otro factor condicionante de la demanda es la tecnología asistencial. La tecnología es considerada un factor sociocultural, y no organizacional, que influencia la utilización de servicios. En algunos casos contribuye a disminuir la utilización, reduciendo los niveles de enfermedad o la necesidad de cuidados médicos. Pero en otros casos la oferta induce su propia demanda, entonces lejos de haber

una saturación del mercado a mayor oferta mayor demanda.²²

Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura, y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Este último, determinará la cantidad demandada de salud, la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir.

La demanda de los servicios de salud tiene algunos elementos no compartidos con la demanda de la mayoría de bienes y servicios, lo que usualmente dificulta su modelización y estimación.²³

1. La demanda de salud tiene un componente estocástico importante. El patrón de demanda de los hogares o individuos suele cambiar de manera importante ante la ocurrencia de eventos no anticipados, por ejemplo, una enfermedad de capa compleja, un despido, etc.
2. Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos: Existe diferencia en la demanda por la atención de una

²² Tovar F. Historia de la demanda de salud. Colombia 2008

²³ Sanabria C. La demanda por servicios de salud: Una aproximación teórica. Lima 2002

enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa. Asimismo, existen diferencias significativas asociadas a diferencias en la calidad de servicios de salud, Es decir, existe heterogeneidad en los usos del servicio de salud por lo que es necesario hacer supuestos en la agregación de la utilización de los servicios, evitando así, problemas con la definición de la demanda.²²

3. La demanda de servicios se comporta de manera asimétrica a los movimientos de tarifas, mostrando discontinuidades en su función de comportamiento. Lo anterior es explicado fundamentalmente por la condicionalidad de estar enfermo para hacer uso de los servicios de salud, por la condicionalidad de tener seguro, a las diferencias en los niveles de ingresos cuanto a la tipología de enfermedades, calidad de servicios y hábitos en los patrones de consumo.²²

2.2.3. SERVICIO DE EMERGENCIA

Según la norma técnica de los servicios de emergencia se define al servicio de emergencia como la unidad orgánica o funcional en hospitales de baja complejidad, encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en

situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.¹⁹

Este servicio de emergencia debe de contar con los siguientes ambientes:

1. Triage:

- Área del Servicio de Emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que al caso amerita. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellos lugares donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.¹⁹

2. Sala de observación:

- Área del Servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños según su prioridad, en un periodo que no debe exceder de 12 horas.¹⁹

3. Tópico de Emergencia:

- Área del Servicio de Emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños según su prioridad. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda y nivel de complejidad del establecimiento de salud.¹⁹

4. Unidad de Reanimación o Shock Trauma:

- Área del Servicio de Emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de gravedad súbita extrema.¹⁹

Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la ley N°27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA.¹⁹

El servicio de emergencia debe contar con un Jefe de Guardia especialista en Medicina interna o en Medicina de emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de

servicios de emergencia de especialidades podrá contar con el especialista según el caso (Pediatra, Gineco-Obstetra), según dispositivo vigente Decreto Supremo N°024-83-PCM.¹⁹

2.2.3.1. CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

En nuestro país los servicios de emergencia de los establecimientos de salud deben contar con un equipo básico de profesionales y personal asistencial preferentemente a dedicación exclusiva. El establecimiento de salud de acuerdo a la demanda y necesidades de atención debe programar un médico con competencias para la atención de las emergencias y la evaluación permanente de los pacientes críticos que se presenten en los Servicios de Hospitalización.¹⁹

Nuestra realidad debe balancear el hecho del abuso de parte del usuario del servicio así como las razones que esgrimen para usarlo. Pacientes por ejemplo con enfermedades crónicas o terminales sin complicaciones agudas, o enfermedades triviales no deberían acudir a un servicio de emergencia; que deberían ser evaluados por un médico, no cabe la menor duda, y antes de negarle la atención, debería de informársele donde debe asistir para ser visto por un profesional médico en las siguientes 24 horas. Si esto no será posible, entonces el paciente tendrá que ser atendido en los servicios de emergencia como condición de no urgencia.¹⁹

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio Retrospectivo, Observacional no es necesario plantear una hipótesis

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION
Características Epidemiológicas	Ciclo de vida	1. Niño 2. Adolescente 3. Adulto 4. Adulto mayor	Razón
	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
	Mes de atención	1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 6. Junio 7. Julio 8. Agosto 9. Septiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre	Nominal
Características Clínicas	Diagnóstico Principal	Clasificación por sistemas.	Nominal
	Servicio	1. Medicina 2. Obstetricia 3. Cirugía 4. Pediatría	Nominal

	Inicio de los síntomas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de 4 horas 2. Entre 4-24 horas 3. Entre 1-4 días 4. Más de 4 días 5. No consta 	Nominal
	Exámenes complementarios realizados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis (sangre y/o orina) 2. Radiografías 3. Análisis y radiografía 4. Ninguno 	Nominal
	Hora de consulta	<ol style="list-style-type: none"> 8-14 horas 15-21 horas 22-7 horas 	Nominal
	Consulta previa en emergencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 	Nominal
	Hospitalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 	Nominal

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Estudio descriptivo observacional de corte transversal analítico, retrospectivo.

4.2 Ámbito de estudio:

El Hospital Regional de Moquegua fue producto de un convenio entre el gobierno Peruano y el gobierno Alemán, y fue construido por el consorcio Hospitalaria – Hochtief durante los años 1964 a 1966, durante el gobierno del Presidente Fernando Belaunde Terry, e inaugurado en 1966.

Se inició como Hospital Centro de Moquegua el 25 de Noviembre de 1966, al cual se integraron la Unidad Sanitaria de Moquegua, el Hospital San Juan de Dios de la Beneficencia Pública y el Programa del Vaso de leche. En 1969 paso a ser hospital base por ser área hospitalaria N° 04 que pertenecía a la zona sur-occidental de salud (Arequipa, Moquegua y Tacna) que fue creada el mismo año. En 1975 se crearon las Direcciones regionales de Salud por Decreto ley N° 20733 y su Reglamento Supremo por Decreto Ley N° 004075 – S. A. entre ellos la Novena Región de Salud Tacna y Moquegua. A partir del 1 de Abril de 1987 paso a denominarse Hospital Integrado de Moquegua MINSA – IPSS,

cumpléndose los dispositivos legales. Actualmente se denomina Hospital Regional de Moquegua.

El Hospital Regional de Moquegua está categorizado como Hospital II – 2, a partir del 15 de febrero del 2011 se constituye como Unidad ejecutora 402, cuenta con especialidades de Medicina Interna, Endocrinología, Gastroenterología, Cardiología, Neumología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Traumatología; es Hospital de referencia de la red de Salud de la DIRESA Moquegua conformada por 56 establecimientos de salud, cobertura el 60% de la población, Es Salud atiende el 22% y otros privados el 18% siendo la población total de 172,995 habitantes, actualmente tiene un total de 258 trabajadores de los cuales 214 son personal asistencial y 44 administrativos; con un sistema estructural mixto. Cuenta con unidades de hospitalización en: Gineco-Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Medicina interna, Cirugía y Traumatología, UCI Sala de Operaciones, Emergencia, además con los servicios de apoyo de Farmacia y Laboratorio.

El servicio de emergencia consta de los ambientes de Triage, Tópico, Observación en el cual se divide en 2 ambientes para varones y para mujeres cada uno consta de 3 camas, ambiente de observación para pediatría con 2 camas y 2 cunas, consultorios para Medicina y Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y un ambiente de Trauma Shock.

4.3 Población y muestra.

A. Población:

La población total atendida en el servicio de emergencia del Hospital regional de Moquegua-MINSA fue de 3245 pacientes, entre el periodo de setiembre 2012 – agosto del 2013, registrados en el servicio durante las 24 horas de atención comprendido en ese periodo.

B. Muestra:

Muestreo aleatorio simple mediante el cálculo numérico siguiente:

Se consideró un factor de pérdida del 5%.

Tamaño muestral:

$$n = \frac{Nz^2p(1-p)}{\alpha^2(N-1) + z^2p(1-p)}$$

N = 3245 (tamaño de la población)

α = 5% (error)

z = Nivel de confianza (95% = 1.96)

p= 0.5

n= 343 (tamaño de la muestra)

4.3.1 Criterios de Inclusión

- a. Pacientes atendidos en servicio de emergencia por personal médico.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- a. Se excluye atenciones de enfermería y servicio técnico.
- b. Pacientes que acudieron trasladados en condición de fallecidos.
- c. Pacientes con retiro voluntario firmando consentimiento
- d. Pacientes que abandonaron la atención sin explicación.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Ficha de recolección de datos

Este fue el instrumento de recolección de datos que se utilizó para poder obtener los datos necesarios para esta investigación.

En esta ficha se encuentran las variables necesarias para poder realizar la investigación entre ellas se encuentra la edad, sexo, mes de atención, diagnósticos principales,

servicios de atención, hora de consulta, distancia al hospital y hospitalización. La ficha de recolección de datos se encuentra en anexos.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

La recolección de datos por medio de la ficha de recolección estuvo a cargo del investigador y dirigidas por un asesor clínico con experiencia en el campo.

Se revisaron los datos de los pacientes en un inicio del libro de admisión de emergencia para poder tomar los datos disponibles en este y según el número de historia clínica poder buscar la historia clínica en el servicio de admisión.

Una vez obtenido el número de historia clínica se buscó en el servicio de admisión las historias clínicas de emergencia las cuales se encontraban en el área de admisión por trimestres si es que este paciente era nuevo. Para los pacientes que tenían historia clínica antigua en el hospital se tuvieron que buscar una por una las historias clínicas antiguas de cada paciente para poder completar los datos faltantes de la ficha de recolección de datos.

5.1. Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona fue identificada explícitamente en la investigación
- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.

- Por ningún motivo o razón se publicaron los datos particulares de los pacientes.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvieron las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 21.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

TABLA Nº 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CICLO DE VIDA Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO DEL 2013

		N	%
CICLO DE VIDA	NIÑO	116	33.84
	ADOLESCENTE	18	5.24
	ADULTO	181	52.76
	ADULTO MAYOR	28	8.16
	Total	343	100
SEXO	MASCULINO	175	51.02
	FEMENINO	168	48.98
	Total	343	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla Nº 01 muestra que de 343 personas el 52.76% son adultos y el 33.84% corresponden a niños.

Por otro lado de 343 personas el 51.02% corresponden a personas del sexo masculino y el 48.98% corresponden a personas del sexo femenino.

TABLA Nº 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN MESES DEL AÑO Y TIPO DE SERVICIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO DEL 2013

		SERVICIO									
		MEDICINA		OBSTETRICIA		CIRUGIA		PEDIATRIA		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MES	ENERO	10	41.7%	2	8.3%	6	25.0%	6	25.0%	24	100.0%
			7.8%				20.0%				
	FEBRERO	9	39.1%	0	0.0%	6	26.1%	8	34.8%	23	100.0%
			7.0%				0.0%				
	MARZO	14	37.8%	0	0.0%	10	27.1%	13	35.1%	37	100.0%
			10.9%				0.0%				
	ABRIL	12	30.0%	1	2.5%	12	30.0%	15	37.5%	40	100.0%
			9.3%				10.0%				
	MAYO	5	23.8%	1	4.7%	6	28.7%	9	42.8%	21	100.0%
			3.9%				10.0%				
	JUNIO	6	25.0%	2	8.3%	12	50.0%	4	16.7%	24	100.0%
			4.6%				20.0%				
JULIO	13	38.2%	1	2.9%	4	11.7%	16	47.2%	34	100.0%	
		10.1%				10.0%					4.6%
AGOSTO	17	65.4%	0	0.0%	0	0.0%	9	34.6%	26	100.0%	
		13.2%				0.0%					0.0%
SETIEMBRE	9	34.6%	0	0.0%	9	34.6%	8	30.8%	26	100.0%	
		7.0%				0.0%					10.3%
OCTUBRE	13	44.8%	0	0.0%	8	27.6%	8	27.6%	29	100.0%	
		10.1%				0.0%					9.2%
NOVIEMBRE	7	25.1%	2	7.1%	6	21.4%	13	46.4%	28	100.0%	
		6.0%				20.0%					6.9%
DICIEMBRE	13	41.9%	1	3.2%	8	25.8%	9	29.0%	31	100.0%	
		10.1%				10.0%					9.2%
	Total	128	100.0%	10	100.0%	87	100.0%	118	100.0%	343	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla Nº 02 muestra que en el mes de Enero el servicio que fue más solicitado fue el servicio de Medicina con un 41.7%, en Febrero el servicio que tuvo más demanda fue el servicio de Medicina con 39.1%, en el mes de Marzo el servicio que mas demanda de pacientes tuvo fue el servicio de Medicina con 37.8%, en el

mes de Abril el servicio más solicitado fue el servicio de Pediatría con 37.5%, en el mes de Mayo el servicio que tuvo más demanda fue el servicio de Pediatría con un 42.8%, en el mes de Junio el servicio que tuvo más demanda fue el servicio de Cirugía con 50%, en el mes de Julio el servicio más solicitado fue el servicio de Pediatría con 47.2%, en Agosto el servicio más demandado fue el servicio de Medicina con 65.4%, Septiembre con 34.6%, Octubre con 44.8%, en Noviembre el servicio con mas atenciones fue el servicio de Pediatría y por último en Diciembre el servicio más solicitado fue el de Medicina con 41.9%.

Por otro lado el servicio de Medicina fue más solicitado en el mes de Agosto con 13.2%, el servicio de Obstetricia tuvo más demanda en los meses de Enero, Junio y Noviembre con 20.0% cada uno, Cirugía fue más solicitado en Abril y Junio con 13.8 cada uno y el Servicio de Pediatría tuvo mayor demanda el mes de Julio con 15.4%.

TABLA Nº 03

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE
LOS PACIENTES ATENDIDOS Y EXAMENES AUXILIARES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012
A AGOSTO 2013**

		EXAMENES AUXILIARES								TOTAL	
		LABORATORIO		RADIOGRAFIAS		AMBOS		NINGUNO			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	< 4 HORAS	10	11.1%	10	11.1%	10	11.1%	60	66.7%	90	26.2%
	4 -24 HORAS	29	30.5%	7	7.4%	0	0.0%	59	62.1%	95	27.7%
	1 A 4 DÍAS	15	17.0%	3	3.4%	5	5.7%	65	73.9%	88	25.7%
	MAS DE 4 DÍAS	4	11.1%	5	13.9%	1	2.8%	26	72.2%	36	10.5%
	NO CONSTA	3	8.8%	7	20.6%	0	0.0%	24	70.6%	34	9.9%
	TOTAL	61	17.8%	32	9.3%	16	4.7%	234	68.2%	343	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 03 muestra que de un total de 343 pacientes el 27.7% acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 – 24 horas, 26.2% acude a emergencia con un tiempo de enfermedad menor a 4 horas y un 25.7% acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 a 4 días.

La tabla 03 muestra que de un total de 343 pacientes el 68.2 % no requirió del uso de exámenes auxiliares en el servicio de emergencia.

TABLA Nº 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL TIPO DE SERVICIO QUE FUERON ATENDIDOS LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013

		N	%
SERVICIO	MEDICINA	128	37.3%
	PEDIATRÍA	118	34.4%
	CIRUGÍA	87	25.4%
	OBSTETRICIA	10	2.9%
	Total	343	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 04 muestra que de un total de 343 pacientes el 37.3% fueron atendidos por la especialidad de Medicina, el 34.4% fueron atendidos por la especialidad de Pediatría y el 25.4% fueron atendidos por la especialidad de Cirugía.

TABLA Nº 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA HORA DE CONSULTA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013**

		N	%
HORA DE ATENCIÓN	7 A 14 HORAS	106	30.9%
	15 A 21 HORAS	149	43.4%
	22 A 7 HORAS	88	25.7%
	Total	343	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 05 muestra que de un total de 343 pacientes el 43.4% acude al servicio de emergencia entre las 15 a 21 horas y el 30.9% acude al servicio de emergencia entre las 8 a 14 horas.

TABLA Nº 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA CONSULTA PREVIA EN EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013

		N	%
CONSULTA PREVIA EN EMERGENCIA	SI	45	13.1%
	NO	298	86.9%
	Total	343	100.0%
HOSPITALIZACION	SI	20	5.8%
	NO	323	94.2%
	Total	343	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla 06 muestra que del total de 343 pacientes el 86.9% no tuvo una consulta previa al acudir a emergencia.

Asimismo, de 343 pacientes el 94.2% no requirió ser hospitalizado.

TABLA Nº 07**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013**

	N	%
INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS	141	27.5
PATOLOGÍAS QUIRURGICAS ABDOMINALES	63	12.4
TRAUMATOLÓGICAS	59	11.5
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES INFECCIOSAS	58	11.3
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	45	8.8
INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS	42	8.2
MISCELÁNEAS	30	5.8
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES NO INFECCIOSAS	29	5.6
SALUD MENTAL	13	2.5
PATOLOGÍAS RENALES Y DE VÍAS URINARIAS	11	2.2
PATOLOGÍAS GINECOOBSTÉTRICAS	11	2.2
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y ALERGICAS	8	1.7
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS	1	0.3
TOTAL	511	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 07 agrupamos cada patología, recogida de los pacientes estudiados, en diferentes grupos en el cual encontramos que las Infecciones respiratorias altas son las más abundantes con un 27.5%, el grupo que continua al anterior es el de las Patologías Quirúrgicas Abdominales que presenta un porcentaje de 12.4 seguida de las Patologías Traumatológicas que representan un 11.5% siendo estas tres las mas encontradas en el estudio realizado.

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013

	PRIORIDAD								Total	
	I		II		III		IV			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0%	0	0%	22	22,0%	0	0	22	22,0%
FARINGITIS AGUDA	0	0%	0	0%	0	0%	18	18.0%	18	18,0%
GASTRITIS AGUDA	0	0%	0	0%	0	0%	16	16.0%	16	16,0%
SINDROME ANSIOSO	0	0%	0	0%	13	13,0%	0	0	13	13,0%
SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL	0	0%	0	0%	9	9,0%	0	0	9	9,0%
AMIGADALITIS AGUDA	0	0%	0	0%	0	0%	14	14,0%	14	14,0%
FARINGOTRAQUEITIS	0	0%	0	0%	0	0%	8	8.0%	8	8,0%
Total	0	0%	0	0%	44	44,0%	56	56,0%	100	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 08 observamos que de las patologías más frecuentes atendidas en el área de Medicina el mayor número de estas se encuentra en la prioridad IV que corresponde a no urgencias ni emergencias con un 56% del total.

Asimismo, podemos observar que la patología mas atendida en el área de Medicina corresponde a la Hipertensión Arterial con un 22%.

TABLA N° 09

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y
LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA.
SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013**

	PRIORIDAD								TOTAL	
	I		II		III		IV		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
CÓLICO VESICULAR	0	0%	0	0%	20	18.6%	0	0%	20	18.6%
LITIASIS VESICULAR	0	0%	0	0%	16	14.9%	0	0%	16	14.9%
HERNIA PERIUMBILICAL	0	0%	0	0%	4	3.7%	0	0%	4	3.7%
POLICONTUSO LEVE	0	0%	0	0%	9	8.4%	0	0%	9	8.4%
HERIDA CONTUSO CORTANTE	0	0%	34	31.7%	0	0%	0	0%	34	31.7%
CONTUSIÓN LEVE	0	0%	7	6.6%	0	0%	0	0%	7	6.6%
FRACTURA DE CRÁNEO	3	2.9%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2.9%
APENDICITIS AGUDA	0	0%	5	4.7%	0	0%	0	0%	5	4.7%
LUXACIÓN	0	0%	2	2.0%	0	0%	0	0%	2	2.0%
EPICONDILITIS	0	0%	0	0%	7	6.5%	0	0%	7	6.5%
	3	2.9%	48	45.0%	56	52.1%	0	0%	107	100.0%

En la tabla N° 09 observamos que de las patologías más frecuentes atendidas en el área de Cirugía el mayor número de estas se encuentran en la prioridad II que corresponde a urgencias mayores con un 45.0% del total, se evidenció la presencia de Fracturas de cráneo que se ubican en la prioridad I con 2.9% los cuales fueron referidos a un centro de mayor complejidad.

En la misma tabla podemos observar que la patología más atendida en el área de Cirugía corresponde a Heridas Contuso Cortante con un 31.7% del total de casos.

TABLA Nº 10

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y
LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA.
SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013**

	PRIORIDAD								TOTAL	
	I		II		III		IV			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL	17	11.1%	0	0%	0	0%	0	0%	17	11.1%
FARINGITIS AGUDA	0	0%	0	0%	0	0%	49	32.0%	49	32.0%
SINDROME FEBRIL	0	0%	0	0%	29	18.9%	0	0%	29	18.9%
EDA CON DESHIDRATACIÓN LEVE	0	0%	0	0%	25	16.3%	0	0%	25	16.3%
RINOFARINGITIS AGUDA	0	0%	0	0%	0	0%	14	9.4%	14	9.4%
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	0	0%	10	6.5%	0	0%	0	0%	10	6.5%
BRONCONEUMONÍA	9	5.8%		0%	0	0%	0	0%	9	5.8%
	26	16.9%	10	6.5%	54	35.2%	63	41.4%	154	100.0%

En la tabla Nº 10 podemos observar que de las patologías más frecuentes atendidas en el área de Pediatría el mayor número de estas se encuentra en la prioridad IV, que corresponde a no urgencias ni emergencias, con un 41.4%.

Asimismo, podemos observar que la patología más atendida en el área de Pediatría corresponde a la Faringitis Aguda con un 32%.

TABLA N°11

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y
LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL
MOQUEGUA. SETIEMBRE 2012 A AGOSTO 2013**

	PRIORIDAD								TOTAL	
	I		II		III		IV		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
AMENAZA DE ABORTO	0	0%	9	81.8%	0	0%	0	0%	9	81.8%
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0	0%	0	0%	0	0%	2	18.2%	2	18.2%
	0	0%	9	81,8%	0	0%	2	18,2%	11	100%

En la tabla N° 11 observamos que de las patologías más frecuentes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia el mayor número de estas se encuentra en la prioridad II que corresponde a urgencias mayores con un 81.8%.

En la misma tabla podemos darnos cuenta que la patología más atendida en el área de Gineco-Obstetricia corresponde a las Amenazas de aborto con un 81.2% del total.

DISCUSIÓN

En nuestra investigación realizada en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua se han tomado en cuenta distintas variables entre ellas el ciclo de vida, sexo, mes del año, diagnósticos por servicios, servicio por el cual fue atendido, inicio de síntomas entre otras variables propuestas en esta investigación.

Según los resultados de las tablas anteriores podemos deducir que en cuanto al ciclo de vida quienes fueron atendidos en el servicio de emergencia en mayor cantidad fueron los adultos con un 52.76% y el sexo que presentó mayor demanda fue el sexo masculino con 51.02%.

Brito y col. en su investigación acerca del “Perfil de la demanda del servicio de emergencia del Hospital Municipal de Urgencias”, dan a conocer una similitud en cuanto a la demanda por edades pues en la investigación hecha por Brito y colaboradores la mayor demanda por edades se da en dos grupos los cuales se encuentran entre los 20 a 39 años y 40 a 59 años con 35.3% y 20.5% respectivamente. Estos dos grupos encajan en el grupo de adultos en relación al ciclo de vida de la presente investigación.

En cuanto a la demanda del servicio de emergencia en relación al sexo, en la investigación de Brito y colaboradores hubo predominio de demanda en el sexo masculino al igual que en nuestra investigación.

En las tablas anteriores también se observó que la especialidad más demandada fue la de Medicina con 128 pacientes que corresponde a 37.3% y con un tiempo de enfermedad entre 4 a 24 horas que corresponde al 27.7%. En la investigación de Brito y colaboradores se observó una similitud en cuanto a la especialidad más demandada que fue la de Medicina clínica con 25% seguida de Cirugía con 19.8% y Traumatología con 16.8%, un tiempo de enfermedad de 6 a 18 horas con 33.2%, datos que tienen similitud con los resultados de nuestra investigación.

Sin embargo, nuestra investigación también relacionó los meses del año con las diferentes áreas del servicio de emergencia donde encontramos que el servicio de Medicina fue más solicitado en el mes de Agosto con 17 pacientes (13.2%), el servicio de Obstetricia tuvo más demanda en los meses de Enero, Junio y Noviembre con 2 pacientes (20.0%) cada uno, Cirugía fue más solicitado en Abril y Junio con 12 pacientes (13.8%) cada uno y el Servicio de Pediatría tuvo mayor demanda el mes de Julio con 16 pacientes (15.4%).

En relación a las patologías atendidas en el servicio de emergencia, en nuestra investigación, se observó que las patologías con más frecuencia son las infecciones respiratorias altas en un 27.5% seguida de las patologías quirúrgicas abdominales en un 12.4%.

De igual manera dentro de las tablas realizadas encontramos que al relacionar las patologías más comunes de cada servicio con la clasificación de prioridades de daño, que nos otorga la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, en las áreas donde hubieron mayor demanda de pacientes las patologías encajaban en la prioridad IV (no emergencias ni urgencias) como es el caso del área de Medicina donde 56 diagnósticos se encuentran en la prioridad IV correspondiendo al 56% teniendo como patología más frecuente la de Hipertensión arterial con 22 casos correspondiendo al 22%. En la misma prioridad IV se encuentran las patologías más comunes del área de Pediatría con 63 casos que corresponden a 41.4% del total de casos.

En el área de Cirugía es distinto pues encontramos que la mayor parte de patologías se encuentran en la prioridad III (urgencias menores) con 56 casos que corresponden al 52.1% del total de casos teniendo en la prioridad I (verdaderas emergencias) un mínimo de 3 casos que corresponden al 2.9% del total de casos. Del mismo modo sucede en el área de Gineco-obstetricia en donde de 11 casos 9 recaen en la prioridad I correspondiendo a un 81.8%.

Arango Pinilla y col. en su investigación en Colombia se intentó indagar acerca de la demanda adecuada del servicio de urgencias de un centro piloto de ASSBASALUD. En este estudio se llegó a la conclusión que las demandas

atendidas en el servicio de emergencia son inadecuadas prevaleciendo las patologías agudas en especial las que afectan al sistema respiratorio en un 24.1% en especial pacientes del sexo femenino.

Como vemos tanto en nuestra investigación como en la de Arango Pinilla y colaboradores las demandas atendidas en el servicio de emergencia son inadecuadas pues las verdaderas emergencias que serian las de prioridad I son mínimas en comparación a la prioridad IV que es en donde recae el mayor número de patologías.

En la investigación realizada en el Hospital Regional de Moquegua la mayor parte de las atenciones se realizaron con mayor número de atención entre las 15:00 horas y las 21:00 horas con 149 pacientes (43.3%).

Alvo V. y colaboradores realizó un estudio sobre “Perfil epidemiológico de la atención de urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana en Chile” donde se utilizaron las variables de edad, sexo, horario y patología. En la investigación de Alvo V. y col. se observó que la mayor parte de las consultas se realizaban entre las 09:00 y las 21:00 horas con un 70.6%.

Dentro de los resultados de la investigación de Alvo V. y colaboradores se observó que al igual que en nuestra investigación las patologías más predominantes son aquellas que afectan al sistema respiratorio siendo las infecciones respiratorias altas las más frecuentes con 141 diagnósticos (27.5%).

Se observó que los pacientes que llegaron a ser hospitalizados en nuestra investigación corresponde a un mínimo de 5.8%. En la investigación de Luis Troncos los pacientes que fueron hospitalizados corresponde al 6.21% de un total de 175.562 pacientes. Que al analizarlo podemos darnos cuenta que las patologías atendidas en el servicio de emergencia no fueron lo suficientemente graves como para que estos pacientes deban ser hospitalizados dato que concuerda con el alto número de patologías que se encuentran en la prioridad IV.

CONCLUSIONES

- 1) Se ha determinado que la demanda del servicio de Emergencia estuvo constituido mayormente por adultos del sexo masculino (51%), principalmente en el mes de abril, que el servicio más solicitado fue el de medicina (37.3%); siendo la patología más frecuente la Hipertensión Arterial (22%), no se solicitaron exámenes auxiliares en el 68% de los pacientes y no se hospitalizaron el 94%.
- 2) Al cuantificar la demanda de atención se ha podido observar que el mayor número de patologías son las infecciones respiratorias altas con 141 casos (27.5%) y que la hora de atención es principalmente entre las 15 a 21 horas con 149 pacientes (43.4%).
- 3) Al relacionar las prioridades de daño con los diagnósticos principales pudimos observar que hubo un alto número de casos de prioridad IV en el área de Medicina con 56 casos (56%) y en el área de Pediatría con 63 casos (41.4%) dando a conocer el mal uso del servicio de emergencia y la elevada demanda de atención que corresponde a situaciones no urgentes.

RECOMENDACIONES

Durante la investigación realizada muchos de los datos no se encontraban en la historia clínica entre ellos el tiempo de enfermedad del paciente y los exámenes auxiliares por lo que se recomienda el llenado completo de la Historia Clínica del paciente por ser un documento legal y para que sirva en las investigaciones futuras.

Lo que dificultó parte de la investigación fueron los datos muy generales acerca de la dirección en donde viven los pacientes pues con estos datos se hubiera podido ampliar la investigación para poder saber si la ubicación del hospital es la adecuada para el fácil acceso de los pacientes al Servicio de Emergencia. Por eso se recomienda al personal colocar la dirección exacta en el libro de admisión.

Se ha visto en los resultados que la mayor parte de patologías atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua no corresponden a patologías que requieran una atención de emergencia motivo por el cual se debería mejorar el triaje en el servicio de emergencia para así poder definir mejor las patologías que requieran atención por este servicio según la prioridad de daño.

Incrementar la información acerca del primer nivel de atención y sobre la oferta de sus servicios con lo cual disminuiría la demanda de no urgencias, ni emergencias en el Hospital Regional de Moquegua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shah, N. Predictor of Non Urgent utilization of Hospital Emergency in Michigan. Mayo 2010.
2. Gill. Non Urgent Use of Hospital Emergency Department. USA. May. 2008.
3. Lowy, A. Attendance at accident and emergency departments unnecessary or inappropriate. Public health med. Pag. 16. Junio 2004.
4. Afillale, M. Emergency Department use and misuse. J. Emer. Med. 13 (2) Mar. 2006
5. Faustino Ch., Martin A y col. Estudio de la calidad del servicio de emergencia del Hospital Central de la PNP, Perú: 39-40, 2003.
6. Oliveira GN, Silva MFN y col. Perfil de la población atendida en una unidad de emergencia de referencia. Rev. Latino-Am. [Internet]. mayo-jun. 2011; 19(3): [08 pantallas].
7. Arredondo López, Armando. Recaman Mejía, Ana." Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias Económicas Administrativas 2002; 20:42-47. Disponible en: www.ujat.mx/publicaciones/hitos.
8. Brito, Marcus Vinicius Henriques; Ribeiro, Bruno de Castro y col. Perfil de la demanda del servicio y el Hospital Municipal Urgencias de emergencia - Mario Pinottil. [Rev. para. med](#); 27(1), jan.-mar. 2013.
9. Sotelo, Inés; Belaga, Guillermo y col. Estudio descriptivo comparativo sobre la finalización de la urgencia en cuatro Hospitales generales del MERCOSUR. [Investig. psicol](#); 16(2):115-130, set. 2011.

10. Arango Pinilla, Margarita María y col. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE. en Manizales: año 2008. [Arch. med](#); 9(1):25-34, jun. 2009.
11. Alvo V., Andrés; Aguirre V., Sebastián. Perfil epidemiológico de la atención de urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana, Chile. [Rev. ANACEM \(Impresa\)](#);4(1):18-21, nov. 2010.
12. Troncoso, Luis; Guerrero, Lisette. Análisis del perfil epidemiológico, demográfico y saturación ambulatoria de los consultantes a la unidad de emergencia adultos del hospital Carlos Van Buren durante el 2008. [Bol. Hosp. Viña del Mar](#);66(1/2):27-36, mar. 2010
13. Leiva H., Heidy; Ortega, Marcela y col. Perfil de la consulta de urgencia infantil en el Hospital Regional Rancagua 2002-2003. [Rev. chil. salud pública](#);8(2):72-77, 2004
14. Echevarria W, Zapata J y col. Estudio de oferta del servicio de urgencias en la E. S. E. centro de salud Ricaurte. Cundinamarca 2012
15. Pastrana E. Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel. 2010. México
16. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Service Research* 2007; 7(31): 1-9
17. Reglamento de la ley que modifica la ley general de salud n° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos. 2002 Lima Perú.

18. Ley 30/2002, de 17 de Diciembre, de Protección Civil y Atención de Emergencias de Aragón. Boletín Oficial de Aragón España.(30 de Diciembre 2002)
19. Villalibre C. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: Revisión histórica y bibliográfica. Oviedo, 2013.
20. Ministerio de salud del Perú. Resolución Ministerial N° 386. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. Perú. 2006
21. Quintana G, Dias da Silva M. Demandas de los usuarios a un servicio de emergencia y la recepción por el sistema de salud. Rio de Janeiro. 2007.
22. Tovar F. Historia de la demanda de salud. Colombia 2008
23. Sanabria C. La demanda por servicios de salud: Una aproximación teórica. Lima 2002

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. EDAD

1. Menor de 1 año
2. De 1 año a 5 años
3. De 6 años a 10 años
4. De 11 años a 19 años
5. De 20 a 59 años
6. De 60 a mas años

b. CICLOS DE VIDA

1. Niño
2. Adolescente
3. Adulto
4. Adulto mayor

C. SEXO

1. Masculino
2. Femenino

D. CARACTERÍSTICA DE ATENCIÓN

1. Nuevo
2. Continuador
3. Reingreso

E. MES DE ATENCIÓN

1. Enero
2. Febrero
3. Marzo
4. Abril
5. Mayo
6. Junio
7. Julio
8. Agosto
9. Setiembre
10. Octubre
11. Noviembre
12. Diciembre

G. ESTACIÓN DEL AÑO

1. Verano
2. Otoño
3. Invierno
4. Primavera

H. DIAGNOSTICOS.

1. Diagnóstico Principal 1 _____ (CIE 10)
2. Diagnóstico Principal 2 _____ (CIE 10)
3. Diagnóstico Principal 3 _____ (CIE 10)

I. Servicio:

1. Medicina
2. Obstetricia
3. Cirugía
4. Pediatría
5. Otro: _____

J. Inicio de los síntomas

1. Antes de 4 horas
2. Entre 4-24 horas
3. Entre 1-4 días
4. Más de 4 días
5. No consta

K. Exámenes complementarios realizados

1. Análisis (sangre y/o orina)
2. Radiografías
3. Análisis y radiografía
4. Ninguno

L. Interconsultas

1. si
2. no

M. Hora de consulta

1. 8-14 horas

2. 15-21 horas
3. 22-7 horas

N. Distancia al hospital

1. Inferior a 5 km
2. Superior a 5 km

O. Consulta previa

1. SI
2. NO

P. Hospitalización

1. SI
2. NO