

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el
Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017**

Por:

Zoraida Kary Jimenez Castillo

Liliana Raquel Rojas Pampa

Karla Yennifer Lazarte Hemeryth

Asesora:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, Julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

**TIEF
2
J54
2017**

Jimenez Castillo, Zoraida Kary
Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017. / Autores: Zoraida Kary Jimenez Castillo, Liliana Raquel Rojas Pampa, Karla Yennifer Lazarte Hemeryth; Asesora: Dra. Keila Ester Miranda Limachi. Lima, 2017.
107 páginas.

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017.
Incluye referencias, resumen y apéndice.
Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Emergencias. 2. Prioridad de atención.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: KARLA YENNIFER LAZARTE HEMERYTH, RAQUEL ROJAS PAMPA LILIANA y ZORAIDA KARY JIMENEZ CASTILLO, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintiséis días del mes de julio de 2017.



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el
Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería Emergencias y

Desastres

JURADO CALIFICADOR


Dra. Maria Angela Paredes Aguirre
Presidente


Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio
Secretario


Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Asesor

Lima, 26 de julio de 2017

Dedicatoria

Ésta tesis es el resultado de esfuerzo, trabajo, dedicación y perseverancia, en busca de lograr una satisfacción personal y profesional, por ello se lo dedicamos a nuestros queridos padres, por darnos la formación necesaria y cultivar en nuestras vidas la responsabilidad para cumplir día a día el logro de los objetivos propuestos; y a nuestros queridos hijos quienes son el motor y motivo de nuestro día a día.

Agradecimiento

A Dios, por guiarnos exitosamente en la ejecución de nuestra tesis, a nuestra familia, por su comprensión, estímulo constante, así como por su apoyo incondicional a lo largo de nuestros estudios.

A mis asesores quienes me brindaron su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo.

Índice de contenido

Dedicatoria.....	v
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	13
Capítulo I	14
El Problema.....	14
Planteamiento del problema.....	14
Formulación del problema.....	17
Justificación de la investigación.....	17
Justificación metodológica:	18
Justificación teórica:	18
Justificación práctica y social:	18
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	20
Capítulo II.....	21
Desarrollo de las perspectivas teóricas	21
Antecedentes	21
Internacional	21
Nacional.....	31
Marco teórico	33
Base legal.....	33
Urgencias	33
Emergencias.....	34
Lista de daños según prioridad de urgencias y emergencias	35
Zonas del servicio de emergencia.....	38
Perfil Profesional en la Atención de Emergencia	40
Competencias enfermeras en Urgencias y Emergencias	42
Recursos humanos del servicio de emergencia	45

Equipamiento del servicio de Emergencia según norma técnica.	47
Infraestructura del Servicio de Emergencias	48
Teorías de Enfermería	49
Definición conceptual de términos	51
Capítulo III.....	55
Metodología	55
Descripción del área geográfica de estudio.....	55
Población y muestra	56
Población	56
Muestra	56
Criterios para el estudio	57
Tipo de estudio.....	57
Identificación de variables.....	58
Operacionalización de las Variables: Dimensiones, Indicadores Escala	59
Técnica e instrumentos de recolección de datos	62
Cuestionario	62
Proceso de recolección de recolección de datos.....	62
Procesamiento y análisis de datos	63
Consideraciones éticas	63
Capitulo III.....	65
Resultados y discusión.....	65
Resultados	65
Discusión de los resultados	74
Capitulo IV.....	80
Conclusiones y recomendaciones	80
Conclusiones	80
Recomendaciones.....	82
Referencias bibliográficas.....	85
Apéndices.....	89
Apéndice A. Formato de recolección de datos.....	90
Apéndice B. Matriz de consistencia.....	91

Apéndice C. Recurso humano mínimo de emergencia.	94
Apéndice D. Codificación de los diagnósticos.....	97
Apéndice E. Carta de compromiso.....	106
Apéndice F. Carta de autorización	107

Lista de tablas

Tabla 1	65
Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima.	65
Tabla 2	66
Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por sexo, etapa de vida, procedencia, tipo de seguro.	66
Tabla 3	68
Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por tiempo de enfermedad, funciones vitales	68
Tabla 4	69
Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por servicio de atención en emergencia y destino de atención médica	69
Tabla 5	70
El tiempo promedio de espera para la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención.	70
Tabla 6	72
Tiempo promedio de estancia para la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención y por destino de atención	72

Resumen

El objetivo fue determinar la prevalencia de las consultas atendidas de urgencias y emergencias en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima, 2017. La metodología que se utilizó es de tipo cuantitativo, descriptivo retrospectivo, diseño no experimental, transversal y el tipo de muestreo es no probabilístico censal. Se utilizó las historias clínicas de paciente que fueron atendidos entre el 1 y 7 de febrero del 2016, los cuales sumaron 2087 historias clínicas, que fueron revisadas teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita; la población predominante es de sexo femenino con un 61.4%, frente a un 38,6% de sexo masculino; por etapa de vida, se aprecia que la demanda mayoritaria con un 33,4% son adulto joven, 24,9% son adulto. Resalta en cuanto al tipo de seguro, corresponde el 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro.

Concluyendo que la prevalencia de pacientes del servicio de emergencia de la clínica privada de Miraflores, se da por pacientes con patologías comunes y urgencias menores, las cuales pueden ser atendidas en consultorios descentralizados o ambulatorios. Asimismo, esto conlleva a saturar el servicio de emergencias, afectando el tiempo de espera y la calidad de atención de las emergencias súbitas o urgencias mayores. Por lo que podemos afirmar que según la prioridad de atención en el servicio de emergencia se está realizando un inadecuado uso del servicio.

Palabras claves: Emergencia, urgencia, prioridad de atención.

Abstract

The objective of this study was to determine the prevalence of emergency and emergency consultations in the emergency department of a private clinic in Miraflores, Lima, in 2017. The methodology used was quantitative, retrospective descriptive, non-experimental, transversal design and Type of sampling is non-probabilistic census. The patient's clinical records were used between February 1 and 7, 2016, which added 2087 medical records, which were reviewed taking into account the exclusion criteria. The following results were obtained: 38.7% of patients were of priority III or minor urgencies, 36.5% of priority IV that are common pathologies, 23.5% are priority of care II or major urgencies and only 1.3% Of priority I is emergency or sudden gravity; The predominant population is female with 61.4%, compared to 38.6% male; By stage of life, it is seen that the majority demand with 33.4% are young adult, 24.9% are adult. As for the type of insurance, 77% of the population corresponds to those patients who have insurance.

Concluding that the prevalence of patients in the emergency service of Miraflores private clinic is given by patients with common pathologies and minor urgencies, which can be attended in decentralized or outpatient clinics. Also, this leads to saturation of the emergency service, affecting the waiting time and the quality of care of sudden emergencies or major emergencies. So we can say that according to the priority of care in the emergency service is making an inappropriate use of the service.

Key words: Emergency, urgency, attention priority.

Introducción

El exceso de pacientes hacia los Servicios de Emergencia/Urgencias Hospitalarios (SEUH) a nivel mundial, ha sufrido un incremento desde el siglo pasado. Este exceso de pacientes conlleva a la sobrecarga de los SEUH generando una serie de consecuencias negativas tanto para los pacientes como para el servicio, como el retraso y la falta de calidad de atención de emergencias. Este incremento de usuarios se debe a que las personas que utilizan el SEUH de forma inadecuada, por lo que ha puesto de manifiesto, la necesidad de implantar Sistemas de Triage estructurado, proyectos de cambio y sus apuestas estratégicas (Martín García M., 2013).

La finalidad de este proyecto de investigación es aportar una herramienta eficaz para todos poniendo en conocimiento de la situación actual del servicio de emergencia/urgencias de nuestras clínicas/ hospitales. Por eso, el motivo de este estudio es identificar y determinar el Nro. De atenciones como urgencias y emergencias mediante historias, identificar los grupos de edad, sexo, lugar de procedencia, identificar las epidemiologías atendidas según tipo de prioridad, tipo de cobertura de salud ya sea particular o algún seguro de salud en un hospital privada de Lima.

El trabajo de investigación se encuentra compuesto por los siguientes capítulos.

En el capítulo I contiene planteamiento del problema, formulación del problema, justificación de la investigación y objetivos. En el capítulo II se encuentra, antecedentes, marco teórico, definición de variables, operacionalización de variables, así como la definición conceptual de las mismas. En el capítulo III contiene tipo de estudio, descripción del área geográfica de estudio, población y muestra, instrumento de recolección de datos, procesamiento de datos, consideraciones éticas.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del problema

Quizaman y Neri (2008), definen emergencia como todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano, si no se atiende de forma inmediata. Así mismo, Martínez (2005), define urgencia como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado casi nunca es grave puede ser atendido por consultorio externo.

Los problemas más atendidos en la actualidad a nivel mundial en el servicio de emergencia y urgencias son debido principalmente a dos causas: Las patologías cardiovasculares y los accidentes los cuales se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en las sociedades occidentales. Por lo tanto la atención que se presta a estas patologías queda enmarcada en el ámbito de los cuidados de Urgencias y Emergencias (Begoña, 2004).

Al respecto, Morillo (2004) menciona la denominada “hora de oro”, donde la inmediata actuación sanitaria ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos. Es así que los profesionales de la salud, día a día son testigos del problema que se presenta en el servicio de emergencia, que permanecen abiertos las 24 horas con la misión de prestar asistencia de emergencia a los problemas críticos que se presentan en nuestros pacientes; problemas que ponen en peligro sus vidas.

Lamentablemente, el servicio se satura debido a que los pacientes acuden con dolencias que no requieren atención en el servicio de emergencia, y que podrían ser resueltas por consulta externa y de manera ambulatoria. De acá surge la importancia de un adecuado uso de los

servicios de emergencia, para garantizar la disponibilidad y acceso oportuno a estos servicios. De acuerdo a la literatura, existe el acceso a estos servicios de pacientes que lo usan en forma inadecuada, principalmente jóvenes y en su mayoría mujeres; así como el hecho de que los pacientes acuden solos al servicio de emergencia y no son referidos por un profesional de la salud.

Se conjetura que algunos factores más resaltantes del uso inapropiado del servicio de emergencia se debe fundamentalmente a que todo paciente/usuario cree que el malestar presentado amerita ser atendida por emergencia, otro factor es el horario de atención de emergencia que es más accesible para el usuario en ser atendido por médicos y especialistas, asimismo, debido a que se toman un menor tiempo en acudir a emergencias que en obtener una cita en consultorio externo que conlleva de un día para otro y en muchos casos en el transcurso de una semana, otro factor es que los pacientes desconocen el centro de atención primaria y pocos acuden a sus centros de salud periféricos (Andrade,2003).

El sobre uso de los servicios reflejan la deficiencia en el sistema de atención primaria de salud a los que el usuario debe concurrir en situaciones no urgentes evitando así en traslados, gastos, tiempo y dinero indebidos e innecesarios.

Encontramos también que uno de los mayores problemas de la salud pública en Chile y el mundo, es la elevada demanda de los servicios de urgencia, de las cuales muchas corresponden a consultas de categorización usuaria C4 y C5, que corresponden a una consulta inapropiada, por consiguiente, la congestión en las salas de espera y agravamiento de los pacientes con real situación de urgencia. Este uso inapropiado del servicio de emergencias, puede traer consecuencias en la calidad de atención, tal es así que demuestra que la frecuencia

del uso inadecuado del servicio de emergencias por pacientes en situaciones no emergentes obstaculiza la atención oportuna y eficaz de paciente que se hallan en verdaderas emergencias. Asimismo, autores que hace más de 20 años que realizaron un estudio aseguraron que la atención en los casos de emergencia amerita el máximo de concentración y dedicación muchas veces dificultada por el número elevado de pacientes que acuden a este servicio en situaciones no emergentes.

La clínica de Miraflores brinda servicios de atención médica básica y especializada con una infraestructura moderna y caracterizada por brindar un trato humanizado con calidad y calidez. En su mayoría acuden pacientes con seguro de salud privado y particular, siendo en este grupo extranjeros y/o turistas. La demanda de pacientes va incrementando día a día llegando a alcanzar en un promedio de 250 atenciones por día, según lo encontrado por las investigadoras; lo cual repercute de manera positiva y a la vez negativamente. Las atenciones brindadas en su gran mayoría son de prioridad III y IV los cuales exigen ser atendidos de manera inmediata; el problema aún continúa al momento de definir tipo de atención urgencia y/o emergencia, poniendo en conflicto entre paciente y médico, ya que exigen que se le considere como emergencia en una urgencia por motivos de cobertura con sus seguros, todo ello genera un mayor tiempo de espera para los pacientes, área de emergencia saturada, incremento de reclamos por parte de los paciente en cuanto al tiempo de espera, conflictos entre personal médico y pacientes, ambientes totalmente copados para pacientes críticos, congestión en las salas de espera y agravamiento de los pacientes con real situación de emergencia

Por todo lo expuesto las investigadoras planteamos la siguiente pregunta:

Formulación del problema

¿Cuántas atenciones como urgencias y emergencias por prioridad de atención se dan en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima, 2017?

Justificación de la investigación

Se evidencia el retraso en la atención de emergencias como uno de los problemas más expresado por los pacientes y a veces también manifestado por los profesionales de la salud, y esto lo evidenciamos en la saturación de los servicios de emergencia. Es así, que el uso inapropiado de los servicios de emergencia hace que sea difícil el acceso a los casos de verdaderas emergencias, esto conlleva a un uso inadecuado de los servicios y del personal, lo cual a su vez eleva costos pero sobre todo sobrecarga y muchas veces satura estos servicios.

Sobre este tema, hemos encontrado pocos estudios, a pesar de que todos los profesionales de la salud, incluso en la prensa, hablan del tema, pero poco o nada se ha hecho. Es por eso que nos hemos propuesto realizar este proyecto, a fin de demostrar a través de la medición de las atenciones de urgencias y emergencias, evidenciando así, que la principal causa de sobrecarga/saturación de los servicios de emergencia se debe a la atención de consultas ambulatorias, con la finalidad de que este estudio proporcione información importante para abordar y mejorar la atención de los servicios de emergencia y porque no de todo nuestro sistema de salud.

Justificación metodológica.

Es importante el estudio porque permitirá tener una base de datos organizada, se utilizará como instrumento un hoja de vaciado de datos tipo formato, la cual no requiere validación, pero es importante para clasificar datos reales, que nos ayuden en la medición de resultados epidemiológicos, los cuales serán puestos a disposición de las próximas investigaciones.

Justificación teórica.

Este estudio de investigación nos ofrece un aporte teórico estructurado, que fue elaborado con la revisión bibliográfica actualizada sobre las variables de estudio, con la finalidad de incrementar, desarrollar y profundizar conocimientos, así como promover nuevas investigaciones, servirá como fuente generadora de nuevas ideas, se fundamenta con la importancia de las teorías de enfermería que dan soporte al trabajo de investigación.

Justificación práctica y social.

Este trabajo nace a raíz y con el fin de brindar un aporte social ya que surge de la necesidad del usuario, con la finalidad de optimizar el servicio de emergencia, y brindar una atención de emergencia óptima, eficaz y oportuna. A su vez, servirá de apoyo eficaz para los profesionales de la salud, ya que la demanda de pacientes disminuirá y la sobrecarga laboral a su vez también disminuirá. Y finalmente también es importante para la institución prestadora de servicios de salud, quien será reconocida por su calidad de atención y sobre todo atención y resolución rápida de las emergencias.

Asimismo, está dirigido a que con los resultados encontrados y /o detectados tengan el fin de proponer estrategias de solución prácticas, a fin de mejorar la salud del usuario, familia y comunidad.

Los profesionales de enfermería deben mejorar constantemente sus procesos de atención, con el objetivo de facilitar el manejo adecuado y oportuno de la salud en situaciones de emergencia y desastre, considerando como base instrumentos técnicos de la atención (Obando Z., 2006). En tal sentido este estudio de investigación será un instrumento importante para promover una mejor y más eficiente práctica clínica a través del desarrollo o actualización de guías de atención y de intervención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres, especialmente orientado a estudiantes y profesionales de enfermería que laboran en las unidades de emergencia y áreas críticas. Este aporte es determinante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental dentro de los Equipos de Emergencias, así como para realizar una buena actuación integral del paciente (Tarazona A., 2009). Garantizando así: el bienestar, el restablecimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes. Asimismo es una oportunidad para ampliar áreas de responsabilidad que competen a la profesión de enfermería, como es el caso del servicio de admisión.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima.

Objetivos específicos.

Determinar la prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por sexo, etapa de vida, tipo de seguro.

Determinar la prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por tiempo de enfermedad, funciones vitales.

Determinar la prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por servicio de atención en emergencia y destino de atención médica.

Determinar el tiempo promedio de espera para la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención.

Determinar el tiempo promedio de estancia durante la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención y por destino de atención.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes

En relación al tema de estudio se revisó la literatura a nivel internacional, nacional y local encontrándose estudios de enfermería similares y los demás guardan relación, sirviendo como soporte a la presente investigación, así tenemos.

Internacional.

Burgos, Garcia, & Mayorga (2014) realizaron el estudio titulado “Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados” en Chile, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a las consultas inapropiadas de los usuarios en el Subdepartamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia. Se realizó un estudio mixto de corte transversal de tipo exploratorio. La muestra perteneció a pacientes que consultaron en el Subdepartamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia y a los SAPUS de la ciudad de Valdivia (n=832). Para la fase cuantitativa se realizó un análisis mediante estadística descriptiva, asociación de test como Fisher y para la fase cualitativa según el proceso Colaizzi. Los resultados fueron: 43,27% corresponden a demanda inapropiada en los servicios de urgencia de la ciudad de Valdivia. Siendo los factores asociados a la elección del servicio de urgencia hospitalario, la atención por especialistas (38,78%), la realización de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocer el uso de los SAPUS (4,39%), haber sido referido (3,66%), por ser más económico (3,41%), por ser el único servicio de urgencia disponible (2,44%) y porque el SPU no resolvió su problema

de salud (0,98%). Respecto a aquellos que consultaron en SAPU, 29,38% lo hizo porque es el centro de urgencia que le correspondía por sector y por nivel de urgencia. Dentro de los motivos que compartieron los usuarios de ambos servicios de urgencia, se encuentran la cercanía, la rapidez en la atención, porque considera que es mejor la atención y la indisponibilidad de horas de morbilidad en su CESFAM. Concluyendo en que el concepto y la percepción de urgencia influyen directamente en la decisión de acudir a uno u otro servicio de urgencia, al igual que la cercanía, rapidez, la calidad de atención y el conocimiento de la oferta de éstos.

González (2009) realizó un estudio titulado “Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención de salud en Mistrato Risaralda Febrero a Abril del 2009” en la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Santa Fe de Bogotá Colombia, tuvo como objetivo determinar la satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención, Mistrato Risaralda de Febrero a Abril 2009. Es un estudio descriptivo transversal, La muestra estuvo constituida de 20 pacientes atendidos en el servicio de urgencias. El instrumento usado fue la escala de CARE-Q, diseñada por Patricia Larson, constituida de 40 preguntas cerradas. Este instrumento fue validado por la Universidad del Bosque, con una confiabilidad de 0.88% a 0.97%. Los criterios de inclusión para el estudio fueron la permanencia mínima de 24 horas en el servicio de observación, pacientes mayores de 18 años de edad que se encuentran física y mentalmente aptos para dar su consentimiento informado verbal pudieron responder las preguntas del cuestionario. El resultado fue del 60% de pacientes manifiesta un nivel de

satisfacción medio con relación a la atención de enfermería, seguido de un 25% que manifiesta un nivel de satisfacción alto y el 5% restante manifiestan que es bajo. . Con respecto a las características socio- demográfico se determinó que los 20 pacientes encuestados en los servicios de emergencias 17 son mujeres son un 35%, y 3 son hombres con un 65% respectivamente. Concluyendo que los pacientes manifiestan un nivel de satisfacción medio con relación a la atención de enfermería.

Maldonado (2010) realizo es estudio de tesis titulado de “Uso racional de un servicio de urgencias de un hospital nacional de segundo nivel” México D.F tuvo como objetivo determinar las urgencias reales y sentidas en el servicio de emergencia de un hospital de segundo nivel observamos que en el estudio realizado a 382 pacientes mayores de 16 años de edad que acudieron al servicio de urgencia adultos del AGZA venados entre el uno al 30 de enero del 2010 se aplicó un análisis de estadística descriptica obteniendo como resultado que las mayores resultados de emergencias fueron de tipo sentido en un 82.2% y solo el 7.8% fue considerada real correspondiendo el 58.95% a mujeres y el 41.1 % a hombres a un tipo de espera mayor de tiempo de espera a las emergencias sentidas de 27.7 minutos. Concluyendo que el servicio de urgencias se satura se saturan como de tipo sentidas, se aumenta el tiempo de espera en las emergencias reales. No existe un uso racional del servicio de urgencia adultos.

Burgos, García y Mayorga (2014) realizaron el estudio de tesis titulado “Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados” Chile. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a las consultas inapropiadas de los usuarios en el Subdepartamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia ya que tiene una elevada demanda de los servicios de urgencia, de las cuales muchas corresponden a consultas

de categorización usuaria C4 y C5, que corresponden a una consulta inapropiada, por consiguiente la congestión en las salas de espera y agravamiento de los pacientes con real situación de urgencia. Se realizó un estudio mixto de corte transversal de tipo exploratorio. La muestra perteneció a pacientes que consultaron en el Subdepartamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia y a los SAPUS de la ciudad de Valdivia (n=832). Para la fase cuantitativa se realizó un análisis mediante estadística descriptiva, asociación de test como Fisher y para la fase cualitativa según el proceso Colaizzi. Finalizando con el siguiente resultado: 43,27% corresponden a demanda inapropiada en los servicios de urgencia de la ciudad de Valdivia. Siendo los factores asociados a la elección del servicio de urgencia hospitalario, la atención por especialistas (38,78%), la realización de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocer el uso de los SAPUS (4,39%), haber sido referido (3,66%), por ser más económico (3,41%), por ser el único servicio de urgencia disponible (2,44%) y porque el SPU no resolvió su problema de salud (0,98%). Respecto a aquellos que consultaron en SAPU, 29,38% lo hizo porque es el centro de urgencia que le correspondía por sector y por nivel de urgencia. Dentro de los motivos que compartieron los usuarios de ambos servicios de urgencia, se encuentran la cercanía, la rapidez en la atención, porque considera que es mejor la atención y la indisponibilidad de horas de morbilidad en su CESFAM. Concluyendo en que el concepto y la percepción de urgencia influyen directamente en la decisión de acudir a uno u otro servicio de urgencia, al igual que la cercanía, rapidez, la calidad de atención y el conocimiento de la oferta de éstos.

Casvascango & Villegas (2009) realizó el estudio de tesis de “Calidad de Atención dada por el profesional de la Salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital

San Vicente de Paul durante el periodo de noviembre 2009 a agosto del 2010” En La Universidad Tecnológica del Norte - Ecuador; tuvo como objetivo de medir la incidencia de atenciones de una emergencia real. El estudio de tesis por utilizando el método de estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo no experimental en 300 usuarios.

El resultado es que un 41% manifiesta regresar nuevamente para ser atendido, sin embargo de ella la falla de recursos económicos por parte de la población hace que regrese nuevamente por un mal servicio esto demuestra las respuestas obtenidas. Pero el 57% restante admite que la calidad de atención es rápida y oportuna lo que quiere decir que existe un tiempo de espera prolongado para recibir la atención ya sea por diferentes factores adversos, como la afluencia externa de pacientes, la falta de personal y otros, pero el momento de brindar atención de los profesionales de salud lo hacen con la mayor calidad y calidez humana.

Concluyó indicando que se aplicó una guía ideal de una unidad de emergencia, la cual nos permitió observar que el servicio de emergencia del HSVP dispone la mayoría de requerimientos y normas para su funcionamiento, también se observó deficiencia en lo referente a áreas de confort para el personal que labora en este servicio, especialmente servicios higiénicos, salas de descanso y otros, Los profesionales que laboran en la unidad de emergencia a pesar de no contar con todo los requerimientos ideales, brindan una atención de calidad adaptándose a los equipos y materiales disponibles.

Gallardo (2008) realizó un estudio de tesis doctoral titulado “Impacto de los puntos de atención continuada sobre la utilización de un servicio de urgencias hospitalario” por la Universidad de Granada España, cuyo objetivo fue Valorar el efecto que la implantación de un DCCU en el área sanitaria norte de Granada ejerce sobre la frecuentación y uso del SUH de

referencia. Los materiales y métodos que utilizaron fue un estudio observacional y secuencial. Se incluyeron muestras de los pacientes que acuden al SUH del Hospital Médico Quirúrgico Ruiz de Alda en los años 2001 (antes de la apertura del DCCU), 2003 y 2004 (tras la apertura del DCCU en 2002), y están adscritos a uno de los cinco Centros de Salud (CS) seleccionados. En uno de ellos se puso en marcha un DCCU. La selección de los pacientes se realizó en el SUH. Se realizó el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalario modificado (PAUHm). En los resultados se recopilaron 4.201 episodios (733 en el 2001, 1.749 en 2003 y 1.679 en 2004). El 84,9% fueron altas a domicilio de forma inmediata o tras la espera de resultados. Según el PAUHm el 47,6% de los casos fueron inadecuados (uso del servicio de urgencias hospitalario por motivos no urgentes o que pueden ser resueltos en otros niveles asistenciales). Se observa una reducción significativa global de uso inadecuado, desde un 54,7% (2001) hasta un 43,1% (2004). Cuando se estratifica por CS este fenómeno se confirmó en tres de ellos, entre los que se encuentra el DCCU de apertura reciente. En el análisis multivariable se asociaron a mayor inadecuación la demanda por iniciativa propia, $OR=2,15$ (1,74-2,65); el período (mayor inadecuación en el año 2001); algunos motivos de consulta; más de un día de evolución o la ausencia de comorbilidad, además la modalidad de derivación fue a iniciativa del propio paciente en el 73% de los casos derivado por un médico pero sin aportar documentación en el 4,9% y derivado por un médico con aportación de documentación el 31,9% de las asistencias. Se concluye que cuando el paciente es derivado de manera informal por el médico las características de la asistencia son parecidas a las del “motu proprio” (por iniciativa del paciente).

Jariot, Carretero, Closa, & Allue (2006) en su estudio titulado la densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias cuyo objetivo fue definir y estudiar el comportamiento de un indicador sensible a la acumulación de pacientes en Urgencias, la densidad horaria de pacientes acumulados (DHPA), que indica el número de pacientes que en una hora determinada están pendientes de alta; utilizo el método: Con la hora de admisión y de alta, se ha cuantificando la contribución a la (DHPA) de todos los pacientes pediátricos que transitaron por urgencias en el último cuatrimestre del 2002. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, diferenciando entre septiembre-octubre, período con demanda considerada habitual, y noviembre-diciembre con demanda epidémica. Obteniendo como resultados: En el periodo no epidémico no se llegó ningún día a la cifra de referencia de 80 visitas, mientras que en el periodo epidémico se superó esta cifra el 18% de los días. La DHPA a la llegada de un paciente fue superior en los que decidieron marcharse sin ser visitados (mediana 12). Con el criterio de una DHPA 12, se detectaron 10 días (16,4%) con saturaciones del período no epidémico y, 39 días (63,9%) del epidémico. Concluyendo en que este indicador detecta periodos puntuales de acumulación no evidenciados por el análisis del número de urgencias y puede ayudar en la mejora de la asignación de recursos y la mejora de la calidad.

Marín (2008) realizó una tesis como requisito para obtener el título de magister Scientiae en gerencia de la salud fue aprobada por el Tribunal Examinador de la Maestría en Gerencia de la Salud. Esta tesis lleva por título: “Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de

Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas”. Tuvo como objetivo Analizar las causas que producen la saturación del servicio de emergencias de la Clínica de Chomes y su efecto en la atención médica de este servicio en un periodo de tres meses. Este tipo de estudio se puede ubicar en el orden de los estudios exploratorios, debido a que el tema ha sido poco estudiado internacionalmente y a nivel nacional no se ha realizado ningún tipo de investigación al respecto, existen estudios de poli consulta en equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) pero no en cuanto a saturación de los servicios de emergencias, y mucho menos de las causas y efectos que pueden generarse en el servicio. Estos estudios por lo general determinan tendencias, identifican relaciones entre variables, este tipo de estudio es más amplio que los descriptivos y explicativos. Este estudio también tiene relación con estudios descriptivos, debido a que se plantean variables con dimensiones a investigar que tienen que ser descritas. Este trabajo se puede considerar exploratorio descriptivo, tomando en cuenta lo que indica la literatura. Se aplicó un cuestionario al personal que atiende el servicio de emergencias, en estas entrevistas. Se aplicó un cuestionario al personal que presta servicios de salud en EBAIS para determinar la relación de causa efecto en relación con la afluencia de usuarios al servicio de emergencias. A los usuarios del servicio de emergencias se les aplicó un cuestionario donde se pretendió abarcar todas las variables que los implican en la investigación. Para realizar las encuestas se utilizó un método sistemático de selección de la muestra, el cuál es pseudoaleatorio. Las encuestas se realizaron en agosto y setiembre del 2007, pero la investigación se inicia desde abril del mismo. Los resultados que se obtuvieron; la cantidad de pacientes en promedio diario de 85 es bastante alta para la atención de un solo médico, además de que el porcentaje de emergencias clasificadas por los

médicos es de 6,4% en promedio de los seis meses. Esto indica que el servicio de emergencias de la Clínica de Chomes sirve más como una consulta de EBAIS que como un servicio de emergencias. Se establece que se atendieron un promedio de 20% de emergencias reales, el resto de las consultas se considera morbilidad. Las patologías por las que los usuarios han consultado en el servicio de emergencias de la Clínica de Chomes, es necesario rescatar que las patologías con mayor volumen de consultas son de morbilidad, es decir no son consideradas emergencias por los médicos que atienden en el servicio. Las causas de saturación del servicio de emergencia se determinan que un 94% de usuarios refieren que los consultorios externos no satisfacen las necesidades de salud de la población, debido a la alta influencia de pacientes el del personal de salud según su opinión evidencia que los EBAIS no tienen capacidad resolutive para cubrir las necesidades de salud de su población. El personal de emergencias opina respecto al tiempo que deben de esperar los pacientes para ser atendidos en el servicio, un 36% indica que es de más de 1 hora a 2 horas, otro 36% indica que es menos de 15 minutos, un 19% indica que es de 30 a 60 minutos y un 9% refiere que el tiempo de espera para ser atendido en emergencias oscila entre 16 y 30 minutos. El 91% de personal refiere necesitar de más personal para la atención de pacientes en el servicio de emergencias el 64% del personal que brinda servicios de salud en Emergencias de la Clínica de Chomes. presenta síntomas de agotamiento. Este trabajo concluyó que en el servicio de emergencia presenta una afluencia de consultantes, que en su mayoría presentan padecimientos que no son considerados emergencias.

Martin (2013) en su estudio titulado “estudio del triaje en un servicio de Urgencias hospitalario, este estudio se ha llevado a cabo en un Servicio de Urgencias Hospitalario, entre

el 21 y 27 de marzo de 2011, en horario de mañana y tarde de 8 a 22 horas. Es de tipo observacional descriptivo transversal y se ha obtenido una muestra de n=406 casos. Los objetivos de este estudio han sido determinar el número de pacientes que hace un uso inadecuado del SUH, así como valorar si se cumplen criterios de calidad en cuanto al tiempo de espera desde que los pacientes quedan registrados en Admisión, pasan al Servicio de Triage y son atendidos por personal facultativo. Además también se recogieron otra serie de datos como sexo, edad, acceso por petición propia u orden facultativa, nivel de triaje y horas registradas en Admisión, Triage y el informe médico. De los n= 406 casos, 218 son de sexo masculino (53,7 %) y 188 son de sexo femenino (46,3 %).n En cuanto a la edad, el grupo más frecuentador fue el de los mayores (mayor o igual de 65 años) con un porcentaje del 38%; seguidos estuvieron los adultos (30 a 64 años) siendo un 36% del total. El grupo de jóvenes (16 a 29 años), al igual que el de los niños (0 a 15 años) se encontraron cada uno con un porcentaje del 13%. La media de edad de todos los casos estudiados fue de 50,27 años. El día de la semana más frecuentado fue el lunes (con un total de 70 casos), seguido del martes, miércoles y viernes, no apreciándose una diferencia tan significativa entre ellos. Los menos frecuentados, por tanto, fueron sábado, domingo y jueves. De todos los pacientes que llegaron al SUH, 213 pacientes (52,5%) acudieron por petición propia y 193 (47,5%) lo hicieron por orden facultativa presentando un documento P10. Una vez realizado el triaje, se obtuvieron los siguientes datos:

Nivel I: 17 pacientes, todos ellos acudieron por orden facultativa y en UVI-móvil medicalizada.

Nivel II: 35 pacientes, de los cuales 16 acudieron por petición propia y 19 por orden facultativa.

Nivel III: el de mayor porcentaje (63%), con un total de 256 casos, 125 de los cuales acudieron por petición propia y 131 por orden facultativa.

Nivel IV: 92 pacientes, 65 de ellos por petición propia y 27 por orden facultativa.

Nivel V: el de menor porcentaje (1,2%), con un total de 6 casos, todos ellos acudieron por petición propia.

Considerando que hacen un uso inadecuado del SUH a aquellos pacientes que acuden por petición propia y son clasificados con un nivel de triaje de IV y V, se obtiene un porcentaje del 17%. El 76% corresponde a aquellos pacientes que acuden por petición propia u orden facultativa y son clasificados con niveles de triaje de I, II o III. Concluyendo que en el hospital donde se realizó el estudio, se obtuvo un 17% de visitas inadecuadas al SUH.

Nacional

Monchon & Montoya (2014) realizaron un estudio titulado “Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, Servicio de Emergencia. Hospital III-EsSalud Chiclayo, 2013” Tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia.”; El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo; La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes, el criterio de inclusión fue: pacientes que ingresaron por primera vez al servicio de Emergencia, excluyendo a pacientes inconscientes, con enfermedad psiquiátrica y menores de edad. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del

servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo. En todo momento se guardó respeto por los principios de la bioética personalista y los de rigor científico.

Rios & Conde (2016) en el estudio titulado “Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel 2015”, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del rechazo de atención por triaje y sus factores relacionados en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel, utilizaron como material y métodos de estudio transversal con una muestra consecutiva de consultantes evaluados por el servicio de triaje que no ingresaron a emergencia del Hospital Regional Lambayeque durante el período Febrero-Abril 2015.obteni8endo los resultados: la frecuencia de rechazo por triaje fue 64,68% (628/971). De estos, el 64,29% fueron mujeres, tuvieron un promedio de edad de 38,55 años (IC95 37,22-39,66), siendo la mayoría padres de los pacientes (37,26%). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (12,55%) y dolor abdominal (12,55%). Un 44,02% no consideró su problema una cuestión de vida o muerte. De todos ellos el 16,00% fue atendido previamente en primer nivel de atención. El turno más visitado fue el de noche (42,86%) y el día más concurrido fue el sábado (16,22%). Conclusiones: la frecuencia de rechazo de atención por triaje debido al uso inapropiado del servicio de emergencia es relativamente alta. Recomendamos mejorar y reforzar la educación de la población en general para lograr la concientización del buen uso del sistema de salud y los servicios de emergencia.

Marco teórico

Base legal.

Fujimori (1997), en la ley 26842, ley general de salud en vigencia desde el mes de enero de 1998 propuesta por el ministerio de salud de Perú, establece en el artículo. 3 el derecho que toda persona tiene de recibir atención médico-quirúrgico de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. Establece así mismo que el reglamento de la referida ley establecerá los criterios para la clasificación de la situación de emergencia. El reglamento general de hospitales del sector salud establece la atención de emergencia toda persona que se encuentra en riesgo grave para su vida.

La norma técnica de salud de los servicios de emergencia aprobada por la resolución ministerial Nro. 386-2006/MINSA del 20 de abril 2006, tiene como objetivo priorizar la óptima atención del paciente en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud del sector salud, Brindar prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad, Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia, Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia.

Urgencias.

Maldonado, (2010), a través de su norma oficial del estado mexicano define a servicio de urgencias como conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias ubicados dentro de los establecimientos de salud. Y el tipo de establecimiento de atención médica no hospitalaria de primer contacto publico social o privado cualquiera que sea su

denominación, que preste servicios de atención médica ambulatoria y que no requiere manejo especializado, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado, Begoña (2004), indica que cuidados urgentes se definen valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos. Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital, educación del paciente y otras personas.

Cabe mencionar que los principales problemas como urgencias son las consideradas patologías agudas comunes (Prioridad IV) y son los pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. Son: faringitis aguda, amigdalitis aguda, enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos, absceso sin fiebre, sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables, fiebre sin síntomas asociados, resfrío común, dolor de oído leve, dolor de garganta sin disfagia, enfermedades crónicas no descompensadas (Ugarte, 2000)

Emergencias.

La norma técnica define al área de emergencia como ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños (Mazzetti, 2006).

Situación de emergencia: es aquella que por presentarse en forma imprevisible violenta o súbita, pone en peligro la vida o altera grave o profundamente el estado de salud, por lo tanto requiere una atención médica o médico-quirúrgico inmediata.

Atención de emergencia: es la ejecución y aplicación de medidas inmediatas destinadas a salvar la vida y evitar complicaciones con eficacia y eficiencia (INDECI, 2006)

Lista de daños según prioridad de urgencias y emergencias

Arcos y Castro (2009) define a emergencia, al igual que la norma técnica de servicio de emergencia clasifica de acuerdo a su prioridad.

Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema

Prioridad II Urgencia Mayor

Prioridad III Urgencia Menor

Prioridad IV patología aguda común.

Mostramos a continuación la definición de cada prioridad y se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triage:

Prioridad I.

Paro cardio respiratorio, dolor torácico precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión, dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis), shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo), arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión, hemorragia profusa, obstrucción de vía respiratoria alta, inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva), paciente

inconsciente que no responde a estímulos, paciente con trauma severo como: status convulsivo, sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria, ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos, signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica, signos y síntomas de embarazo ectópico roto, signos vitales anormales, suicidio frustrado, intento suicida, crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva. Problemas específicos en pacientes pediátricos: intoxicaciones por ingesta o contacto, períodos de apnea, cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil, deshidratación con shock: llenado capilar mayor de tres segundos, sangrado: hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa, quemaduras en cara o más del 10% de área corporal, quemaduras por fuego en ambiente cerrado, acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño, status convulsivo, status asmático, hipertermia maligna, trastornos de sensorio, politraumatismo, herida por arma de fuego, cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la sala de reanimación (Jimenez, 2014).

Prioridad II.

Conocidas como urgencias menores, pueden ser: frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto, crisis asmática con broncoespasmo moderado, diabetes mellitus descompensada, hemoptisis, signos y síntomas de abdomen agudo, convulsión reciente en paciente consciente, dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico, arritmias sin compromiso hemodinámico, sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables, paciente con trastornos en el sensorio, hipotonía, flacidez muscular aguda y de

evolución progresiva, descompensación hepática, hernia umbilical o inguinal incarcerated, signos y síntomas de descompensación tiroidea, contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación, herida cortante que requiere sutura, injuria en ojos perforación, laceración, avulsión, desprendimiento de retina, fiebre y signos inflamatorios en articulaciones, síntomas y signos de cólera, deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica, hematuria macroscópica, reacción alérgica, sin compromiso respiratorio, síndrome febril o infección en paciente inmuno suprimido (ejemplo: paciente diabético con infección urinaria). *Problemas Específicos en pacientes Pediátricos:* cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses, dolor abdominal, trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias, niños con fiebre y petequias o púrpura, niños menores de 3 meses con $t^{\circ} \geq 38^{\circ} \text{ c}$, niños menores de 2 años con $t^{\circ} \geq 39^{\circ} \text{ c}$, niños con síntomas de infección urinaria, convulsiones recientes, síncope o mareos, cefalea / epistaxis no controlada, quemaduras en menos del 10% de área corporal, trauma ocular no penetrante, laceración que requiere sutura con sangrado activo, niños que han sufrido agresión física, odontalgia, otalgia. Cualquier otro caso que a criterio del médico tratante considere necesario la atención en algún tópico de emergencia (Arcos & Castro , 2009)

Prioridad III.

Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables, herida que no requiere sutura, intoxicación alimentaria, trastornos de músculos y ligamentos, otitis media aguda, deshidratación hidroelectrolítica leve, osteocondropatía aguda, sinusitis aguda, hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico, urticaria,

fiebre > de 39° sin síntomas asociados, síndrome vertiginoso y trastorno vascular, celulitis o absceso con fiebre, funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares, lumbalgia aguda, broncoespasmo leve, hipertensión arterial leve no controlada, signos y síntomas de depresión, crisis de ansiedad o disociativas, signos y síntomas de infección urinaria alta, pacientes con neurosis de ansiedad, pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica. Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención (Jimenez, 2014)

Prioridad IV.

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, faringitis aguda, amigdalitis aguda, enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos, absceso sin fiebre, sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables, fiebre sin síntomas asociados, resfrío común, dolor de oído leve, dolor de garganta sin disfagia, enfermedades crónicas no descompensadas (Arcos & Castro, 2009)

Zonas del servicio de emergencia.

Se describen de la siguiente manera:

Zona de triaje.

Situada frente a la entrada es la estancia donde se toma contacto con el paciente por parte del personal sanitario, ya sea por médicos o enfermeros que van a establecer su destino dentro

del Servicio de Urgencias y el orden de prioridad asistencial en función de una serie de criterios sencillos y rápidos (motivo de consulta, nivel de conciencia, disnea de reposo...) y por niveles de riesgo (Res Min 386-2006/MINSA, 2006).

El personal de Salud receptores, han de estar entrenados, capacitados y supervisados en dicha clasificación. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) propone la utilización del Sistema Español de Triage (SET), mediante el cual los pacientes son clasificados en función del grado de urgencia por el que deben ser atendidos, con el fin de proteger a los más graves, optimizar recursos, descongestionar las Urgencias y mejorar la atención a los pacientes en estos Servicios (N. Tec. 042-MINSA, 2006)

Zona de críticos-reanimación.

Es la dedicada a las emergencias, reales o presumibles (pacientes críticos), situada en el centro aproximado del Servicio de Urgencias, con un acceso fácil y directo desde la entrada de pacientes. Contará al menos con dos puestos de cuidados, dotados cada uno de ellos de camilla regulable, móvil, articulada y radiotransparente, monitorización, respirador, es fibrilador y todo material necesario para el tratamiento y cuidado de estos pacientes (N. Tec. 042-MINSA, 2006)

Zona de consulta rápida.

O también llamado box rápido, es el espacio donde se atiende a los pacientes estables y que no precisan estar encamados. Suelen presentar problemas que se deberían solucionar de forma inmediata y eficiente. Es atendida por médicos residentes de años avanzados junto con médicos adjuntos disponibles para la consulta. La mayoría serán derivados a los médicos de

Atención Primaria. En esta zona se pretende atender más pacientes, con mayor rapidez y en el menor tiempo de espera posible (Res Min 386-2006/MINSA, 2006).

Sala de Observación.

Sala donde se recibe a los pacientes que precisan estar encamados mientras son atendidos y estabilizados, permanecen los pacientes en sala de observación hasta la mejoría o resolución del problema agudo. Es atendida por personal específico del Servicio de Urgencias. El paciente puede permanecer hasta 24- 48 horas, decidiéndose su alta o ingreso definitivo. En algunos servicios se denominan (N. Tec. 042-MINSA, 2006).

Otros espacios.

Salas de espera separadas para pacientes y familiares, despacho de información y altas, habitación de aislados, despacho para atestados, toma de declaraciones y espera de detenidos, estancia para cuidados mínimos (sillones), sala de yesos, cirugía limpio, cirugía sucio, despacho-biblioteca de médicos, estar de enfermería y médicos, farmacia, almacenes, oficio de cocina, servicios para pacientes y personal (Norma técnica del servicio de emergencia).

Por lo tanto, la secuencia lógica que debería seguir un paciente en el Servicio de Urgencias para demorar lo menos posible su tratamiento y destino, es ésta: Paciente admitido - recibido - clasificado - ubicado - asistido – observación - resuelto u orientado (N. Tec. 042-MINSA, 2006).

Perfil Profesional en la Atención de Emergencia.

Según la Norma técnica del servicio de emergencia los profesionales especialistas en Enfermería clínica avanzada en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros

a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, individual o colectivamente, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial (N. Tec. 042-MINSA, 2006).

Asimismo, por ser expertos en dicha área, serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado. Dichos profesionales estarán capacitados para:

- Prestar atención integral a la persona para resolver, individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos médicos que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.

- Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
- Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias (IBAMEUE, 2014)

Competencias enfermeras en Urgencias y Emergencias

Continuando según la norma técnica del servicio de emergencias las competencias del enfermero en Urgencias y Emergencias, han sido elaboradas y aprobadas por la SEEUE dentro de los proyectos de especialidad en Enfermería clínica avanzada y Certificación para

especialistas en Enfermería y ratificadas por el Consejo General de Enfermería (N. Tec. 042-MINSA, 2006).

Según la Universidad Católica de Valencia, 2017, menciona que las competencias de un enfermero de Emergencias y Urgencias son:

- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de Enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
- Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la Enfermería.
- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de Enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de Urgencias y Emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.
- Realizar los pertinentes planes de atención de Enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada basados en los diagnósticos enfermeros formuladas, y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los

problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.

Evaluar, y modificar si hay pertinencia, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos (Res Min 386-2006/MINSA, 2006).

Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.

Someter a triaje los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencias y catástrofes, y aplicar la RAC –Recepción, Acogida y Clasificación– a los que se prestan cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud, y en el ámbito de la atención urgente extra hospitalaria cuando no proceda, o esté superado, el triaje, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes.

Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos que se caracterizan por su tecnología compleja.

Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.

Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.

Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias.

Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.

Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.

Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables.

Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con Urgencias y Emergencias.

Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros (Lopez & Robira, 2004)

Recursos humanos del servicio de emergencia.

En los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida por el MINSA u otra organización delegada por ella. La dotación de recursos humanos para la atención de los pacientes en el Servicio de Emergencia estará de acuerdo a la necesidad de la demanda, el nivel de complejidad del establecimiento y los recursos disponibles (anexo 03) (N. Tec. 042-MINSA, 2006).).

Cuando el Centro Asistencial cuente con más de 50 camas de internamiento, se debe programar un médico adicional para la atención de las emergencias que se presenten en los Servicios de Hospitalización.

Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la

complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc, como parte del Steffi de emergencia (NT 042-MINSA 2006).

En caso de necesidad, se programará personal de retén que es convocado por el Jefe de Guardia. Se debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes.

Según lo observado en la práctica clínica por las investigadoras, el personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consultorio Externo, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar visita médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia.

El personal médico mayor de 50 años de edad, opcionalmente podrá continuar realizando guardias.

Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Asistentas Sociales, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Asimismo se encargarán de la evaluación socio económico de los pacientes que requieran exoneración de pago (NT 042-MINSA 2006).

Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia.

Debe cumplir con los requerimientos señalados en el Reglamento de concurso para Jefes de Departamento y Servicios.

Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia. En Centros Asistenciales II -1 se considera también al Médico General con experiencia en el Servicio de Emergencia no menor de 03 años y con capacitación actualizada en Emergencias.

Experiencia mayor de 03 años como médico asistente en Servicios de Emergencia.

Curso de Administración y/o Gestión Hospitalaria (Arcos & Castro , 2009).

Equipamiento del servicio de Emergencia según norma técnica.

Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.

Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes, que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.

Transporte: Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima (Holtzman, 2003)

Comunicaciones (Norma técnica del servicio de emergencia).

Los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial. La comunicación telefónica es por línea propia del servicio o del Centro Asistencial. La comunicación radial es local y troncalizada.

La comunicación radial deberá efectuarse por medio de tres canales:

Centros Asistenciales entre sí, El centro regulador de transporte de pacientes en La radio y el teléfono se ubican dentro del Servicio y en lugares que no interrumpen las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.

La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

Infraestructura del Servicio de Emergencias

El Servicio de Emergencia se ubica en el Primer Piso y tiene fácil acceso. Se cuenta con las siguientes áreas (NT 042-MINSA 2006):

Área de Triage.

Área de Admisión.

Área de Espera con Servicios Higiénicos.

Área de tesorería.

Área para Servicio Social.

Consultorio diferenciado por especialidad.

Tópico de Inyectables y Nebulizaciones.

Consultorio de Emergencias (Prioridad III y IV).

Sala de Yeso (Hospitales II-2, III-1 y III-2).

Área de Hidratación.

Unidad de Shock Trauma y Reanimación (Hospitales II – 2, III – 1 Y III - 2).

Unidad Crítica de Emergencia o Unidad de Vigilancia Intensiva (Hospital II-1).

Área de Procedimientos.

Sala de Observación diferenciada: adultos y niños (Hospitales II-2,III-1, III- 2)

Sala de Operaciones (Hospitales III-1 Y III-2).

Área de esterilización rápida.

Área para pacientes infecto contagiosos (Hospital III-1 y III-2).

Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos.

Servicios Básicos:

Luz auxiliar y grupo electrógeno.

Áreas con señales de ubicación y de seguridad.

Extintores portátiles.

Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.

Ambiente para materiales de limpieza.

Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos.

Área de aseo del Servicio, depósito de residuos.

Área de Espera de familiares

Área para camillas y silla de ruedas.

Estacionamiento de Ambulancias.

Oficina de Jefatura Médica y de Enfermería de Emergencia (Hospital II-2,III-1 y III-2).

Área para Policía Nacional del Perú.

Teorías de Enfermería

Enfermería como profesión, ha adquirido un acervo de conocimientos con el estudio e interpretación de los fenómenos del cuidado y la salud; conocimiento que ha direccionado su

práctica profesional buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Es así como la salud y el cuidado son los conceptos centrales del conocimiento de enfermería; Florence Nightingale relacionó el cuidado con la limpieza, el aire contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio; pero también se ha utilizado para manifestar el interés, preocupación o compasión hacia nuestros pacientes. (Raile & Marriner, 2011)

Asimismo el autor continua mencionando sobre teóricas de enfermería como Hildegard de Peplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper, Callista Roy, Dorotea Orem, Dorothy Johnson, Virginia Henderson y Newman, se refieren al cuidado del paciente como parte fundamental de Enfermería, a la interacción y adaptación entre el profesional de Enfermería y el ser humano, individuo o paciente, cuando se ejerce la acción de cuidar, a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud – enfermedad y al cuidado que da enfermería como proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

Pero, este estudio se identifica principalmente con Virginia Henderson con su teoría de “Definición De Enfermería” donde detalla que la persona es todo individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. Asimismo Henderson relaciona el entorno del paciente con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos

incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera (Moreno, 2005).

Define Salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. y Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura), Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender) (Cisneros, 2005).

Es así, que enfocamos esta teoría de Enfermería hacia nuestro estudio ya que Henderson define a Enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito (Raile & Marriner, 2011).

Definición conceptual de términos.

Urgencia: según la OMS es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas. Así pues, para poder definir una urgencia es preciso que el paciente padezca una enfermedad, que sin el tratamiento adecuado evolucione en un periodo de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida, es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados

(OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis (Manual CTO Oposiciones en Enfermería, capítulo 19 Conceptos de Urgencia y Emergencia, valoración de los cuidados de Enfermería en áreas críticas. España 2011)

Emergencia: según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Otras definiciones hablan de un tiempo menor a 1 hora hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos; es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales seis (Sanz 2010)

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población (revista “MADRID 2012)

Prioridad I: Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. (Fernández & Morillo 2004)

Prioridad II: Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia. (Fernández & Morillo 2004)

Prioridad III: Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II. (Fernández & Morillo 2004)

Prioridad IV: Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. (Fernández & Morillo 2004)

Edad: lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la atención en el servicio de emergencia. Es una variable cuantitativa/continua, y su escala de medición es en años (Sampieri 2006).

Sexo: Mora (2012) en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. la diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Es una variable cualitativa dicotómica y su escala de medición es: masculino/femenino.

Alta: Eymin, Aizman, Lopetegui y Manjarez (2014) en la Revista médica de Chile, mencionan que el alta es un proceso complejo y multidisciplinario, que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos; es la decisión que se toma en el servicio de emergencia al concluir la valoración, ya sea en consulta

o en el área de observación, es decir es el destino del paciente al culminar la atención inicial del médico. Es una variable cualitativa/ nominal y su escala de medición es: domicilio, hospitalización, alta voluntaria, defunción y otros.

Tiempo de espera: Norma Técnica de Estándares de Calidad para hospitales e institutos especializados, MINSA (2013), promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el paciente solicita la atención en el servicio de emergencia y el inicio de esta por el médico. Es una variable cuantitativa continua y su escala de medición: minutos.

Procedencia: Pérez y Gardey (2010), del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva; La procedencia también es el punto de partida de una persona, lugar del que el paciente es derivado al servicio de emergencia. Es una variable cualitativa nominal y su escala de medición es: domicilio, médico y otro.

Prioridad de atención: Del latín prior (“anterior”), la prioridad hace referencia a la anterioridad de algo respecto de otra cosa, ya que sea en tiempo o en orden. Aquel o aquello que tiene prioridad se encuentra primero en comparación con otras personas o cosas.

Capítulo III

Metodología

Descripción del área geográfica de estudio.

La clínica Good Hope es una Red medica adventista mundial , Se encuentra ubicado en Malecón Balta 956, Miraflores, Lima-Perú, se encuentra estructurado por 12 pisos, 3 torres y 4 sótanos de estacionamiento. Cuenta con 9 planes de seguro de salud entre ellos Garantía de salud edad dorada, Golden Card Premium, Baby Hope, Salud Ocupacional. Brinda servicios integrales como: Hospitalización, laboratorio, nutrición y dietética, Restaurante Vegetariano, Programa de Psicoprofilaxis, Atención medica domiciliaria, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro de Diagnóstico por Imágenes, Consultorios externos, Emergencia, Farmacia y un moderno auditorio.

Además cuenta con Servicios Especializados como: Centro Quirúrgico, Centro de urgencias Neurológicas y Neuroquirúrgicas, Centro de Maternidad, Centro de Vacunación, Centro de Rehabilitación y Terapia física, Centro Cardiológico, Centro de Esterilización, Centro de Hemodinámica , Centro Odontológico y cuenta con capellanía y consejería.

En el servicio de emergencia de esta clínica privada se cuenta con 6 licenciados en enfermería, 5 técnicos en enfermería, así mismo se cuentan con personal médico, que durante el turno de 24 horas se distribuyen de la siguiente manera: 03 médicos internistas en el día y 02 de noche, adicionalmente, 01 médico traumatólogo de día, 01 cirujano, 01 emergenciólogo durante el día y para el turno noche estas especialidades quedan en la modalidad de reten; es decir al llamado.

Área de estudio falta servicio de emergencias de Good Hope inicia en el servicio de admisión donde está a cargo de personal administrativo, sigue el triaje a cargo de licenciados de enfermería, donde se deriva a la especialidad de destino (pediatría, medicina interna, traumatología, obstetricia, ginecología).

Población y muestra

Población.

La población está constituida por Pacientes atendidos en el servicio de emergencia, que acudieron a la clínica privada de Miraflores durante la 1ra semana del mes de febrero del 2016, del 01 al 07 de febrero.

En promedio diario de pacientes atendidos por día son más de 215 personas, que acuden al servicio de emergencia en un periodo de tiempo de 24 horas continuas.

Según la información estadística con la que cuenta la clínica privada nos brinda que la población de este estudio entre el 1 y 7 de febrero del 2016, hacen un total 2087 pacientes.

Muestra.

El tipo de muestreo será no probabilístico a criterio del investigador. Se consideró el total de pacientes que se atendieron entre el 1 y 7 de febrero del 2016, hacen un total 2087 pacientes, por lo que se considera un tipo de muestreo censal

Se considera censal pues la investigadora selecciono el 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos. En este sentido Ramírez (1997) afirma “la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra”

Criterios para el estudio.

Criterios de inclusión.

Pacientes que fueron atendidos en el periodo del 1 al 07 de febrero del 2016.

Historias clínicas con datos de registro completos.

Criterios de exclusión.

Pacientes que no culminan su atención

Historias clínicas incompletas.

Pacientes que llegan al servicio de emergencia ya fallecidos y sin indicación de RCP.

Pacientes que acudieron más de una vez en este periodo de tiempo por el mismo problema.(historia duplicada)

Fuga o abandono

Paciente que no se atendió.

Tipo de estudio

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo; ya que se procederá a la recolección de datos para llegar a una medición numérica y análisis estadístico. En el enfoque cuantitativo, se mide las características o variables que pueden tomar valores numéricos (Calero, 2000).

Además es un estudio tipo descriptivo porque el propósito es describir las atenciones de urgencia y emergencia. Es de diseño no experimental porque las investigadoras no intervienen ni modifican de alguna manera el trabajo de investigación (Walker, 2000), a su vez es transversal/ retrospectivo porque se describe las situaciones en un momento dado durante un

periodo de tiempo (del 1 al 7 de febrero del 2016) para investigar el número de atenciones de emergencia y urgencias es de alcance descriptivo debido a que la meta de esta investigación es describir las incidencias atendidas de urgencias y emergencias (Gonzales & Hernández, 2003).

Identificación de variables.

Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas. Es una variable cuantitativa continua y su escala de medición es en número.

Emergencia: es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales. Es una variable cuantitativa continua y su escala de medición es en número

Operacionalización de las Variables: Dimensiones, Indicadores Escala

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores/definición	Escalas de medición
<p>Urgencias: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS).</p>	<p>Alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o cualquier enfermedad de cualquier etiología que genera demanda de atención.</p>	<p>Cantidad: Es el número de atenciones de urgencias de los pacientes en el servicio de emergencias en la clínica privada de Miraflores, Lima Perú.</p>	215 Pacientes por día/ numeral
		<p>Sexo: Características físicas que diferencian al hombre de la mujer. Sexo de los pacientes al momento de la atención del paciente.</p>	1 Femenino 2 Masculino
		<p>Lugar de procedencia: lugar de donde viene el usuario al servicio de emergencia.</p>	1 Lima 2 Provincia 3 Extranjero
		<p><i>Destino</i>: es la decisión que se toma el medico en el servicio de emergencia al concluir la valoración, ya sea en consulta o en el área de observación, es decir es el destino del paciente al culminar la atención inicial del médico.</p>	1 Domicilio 2 Hospitalización 3 SOP/Cirugía 4 UCI 5 Alta Voluntaria
		<p><i>Tiempo de espera</i>: es el tiempo que el paciente tiene que esperar desde la llegada al servicio de emergencia hasta que recibe la atención médica.</p>	Promedio de tiempo de espera 27 minutos
		<p>Prioridad de atención: hace referencia a la anterioridad de un paciente respecto de otro, en base a la</p>	I, II
		<p>Tipo de seguro: n seguro es un acuerdo que realiza una persona con una compañía aseguradora con el fin de que en caso de que la persona particular o empresa sufra algún daño que tenga cubierto en el contrato de seguro, pueda ser indemnizado total o parcialmente.</p>	1 particular 2 seguro 3 garantía de salud
		<p>Servicio de atención: unidad de atención a donde es derivado del triaje, según la evaluación por parte del personal de salud, que se le realiza, y según su edad y/o enfermedad.</p>	1 pediatría 2 medicina Interna 3 traumatología 4 ginecología 5 obstetricia 6 criterio de exclusión
		<p>Criterio de exclusión: Definición de las características que necesariamente deberán tener los Elementos de estudio; aumentan la probabilidad de que un ensayo genere resultados fiables.</p>	1 nulo 2 historia clínica incompleta 3 fuga o abandono 4 historia clínica duplicada 5 no se atendió

		<p>Etapa de vida: Etapas desarrollo humano a la evolución que sufre el ser humano durante su vida desde su concepción y nacimiento hasta su fallecimiento. Este desarrollo se divide en siete etapas con características muy diversas.</p>	<p>1 0-5 infante 2 6-12 niñez 3 13-17 adolescente 4 18-34 adulto joven 5 35-64 adulto 6 65 a + adulto mayor</p>
		<p>Tiempo de enfermedad: tiempo que transcurre desde que el paciente inicia la sintomatología de enfermedad hasta el momento en que es atendido por el personal de salud en el servicio de Emergencia.</p>	<p>1 dentro de 1 hora 2 de 2 horas a 24 horas 3 de 2 a 7 días 4 + de 7 días</p>
		<p>Funciones vitales / alteradas: nos referimos a las funciones que todo ser vivo realiza para mantener la vida, son comunes para todos, Sin ellas sería completamente imposible sobrevivir y nos dan un indicador de alteración de la hemodinamia de los pacientes.</p>	<p>1 estables 2 alteradas</p>
<p>Emergencia: es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.</p>	<p>Es el número de atenciones de emergencias de los pacientes en el servicio de emergencias en la clínica privada de Miraflores, Lima Perú.</p>	<p>Cantidad: Es el número de atenciones de urgencias de los pacientes en el servicio de emergencias en la clínica privada de Miraflores, Lima Perú.</p>	<p>215 Pacientes por día/ numeral</p>
		<p>Sexo: Características físicas que diferencian al hombre de la mujer. Sexo de los pacientes al momento de la atención del paciente.</p>	<p>1 Femenino 2 Masculino</p>
		<p>Lugar de procedencia: lugar de donde viene el usuario al servicio de emergencia.</p>	<p>1 Lima 2 Provincia 3 Extranjero</p>
		<p><i>Destino:</i> es la decisión que se toma el medico en el servicio de emergencia al concluir la valoración, ya sea en consulta o en el área de observación, es decir es el destino del paciente al culminar la atención inicial del médico.</p>	<p>1 Domicilio 2 Hospitalización 3 SOP/Cirugía 4 UCI 5 Alta Voluntaria</p>
		<p><i>Tiempo de espera:</i> es el tiempo que el paciente tiene que esperar desde la llegada al servicio de emergencia hasta que recibe la atención médica.</p>	<p>Promedio de tiempo de espera 27 minutos</p>
		<p>Prioridad de atención: hace referencia a la anterioridad de un paciente respecto de otro, en base a la</p>	<p>III, IV</p>
		<p><i>Tipo de seguro:</i> seguro es un acuerdo que realiza una persona con una compañía aseguradora con el fin de que en caso de que la persona particular o empresa sufra algún daño que tenga cubierto en el contrato de seguro, pueda ser indemnizado total o parcialmente.</p>	<p>1 particular 2 seguro 3 garantía de salud</p>

		<p><i>Servicio de atención:</i> unidad de atención a donde es derivado del triaje, según la evaluación por parte del personal de salud, que se le realiza, y según su edad y/o enfermedad.</p>	<p>1 pediatría 2 medicina Interna 3 traumatología 4 ginecología 5 obstetricia 6 criterio de exclusión</p>
		<p><i>Criterio de exclusión:</i> Definición de las características que necesariamente deberán tener los Elementos de estudio; aumentan la probabilidad de que un ensayo genere resultados fiables.</p>	<p>1 nulo 2 historia clínica incompleta 3 fuga o abandono 4 historia clínica duplicada 5 no se atendió</p>
		<p><i>Etapas de vida:</i> Etapas desarrollo humano a la evolución que sufre el ser humano durante su vida desde su concepción y nacimiento hasta su fallecimiento. Este desarrollo se divide en siete etapas con características muy diversas.</p>	<p>1 0-5 infante 2 6-12 niñez 3 13-17 adolescente 4 18-34 adulto joven 5 35-64 adulto 6 65 a + adulto mayor</p>
		<p><i>Tiempo de enfermedad:</i> tiempo que transcurre desde que el paciente inicia la sintomatología de enfermedad hasta el momento en que es atendido por el personal de salud en el servicio de Emergencia.</p>	<p>1 dentro de 1 hora 2 de 2 horas a 24 horas 3 de 2 a 7 días 4 + de 7 días</p>
		<p><i>Funciones vitales / alteradas:</i> nos referimos a las funciones que todo ser vivo realiza para mantener la vida, son comunes para todos, Sin ellas sería completamente imposible sobrevivir y nos dan un indicador de alteración de la hemodinamia de los pacientes.</p>	<p>1 estables 2 alteradas</p>

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Cuestionario.

Este estudio no requiere de instrumento de recolección de datos, pero se realizó la elaboración de una plantilla tipo formato para estandarizar los datos necesarios y que ordene y facilite el vaciado estadístico. Este vaciado se realizó de manera manual del sistema de la clínica, a donde se debía acudir para tener el acceso del mismo sistema, y en el cual estaban los datos que necesitábamos. A fin de ordenar, palotear y procesar los datos de manera adecuada y correcta, primero se realizó este vaciado al programa de Microsoft Excel, y luego se hizo un vaciado al sistema estadístico SPSS. (Ver anexo 1)

Proceso de recolección de recolección de datos

A fin de formalizar y que se nos autorice el acceso a las historias clínicas se envió una solicitud al departamento de capacitación de la clínica particular de Miraflores. Así mismo los resultados también serán revertidos a esta institución para su conocimiento y explotación.

En la solicitud se anexó un resumen de este proyecto, así como del formato de recolección de datos a fin de que la clínica esté informada de los datos e investigación que realizaremos.

Una vez obtenida la autorización de la clínica privada, se procedió a la revisión de las historias clínicas. Se procedió al vaciado de la información en los formatos que hemos elaborado en forma manual, seguido de esta recolección de información primaria, que inicialmente se realizó utilizando el programa de Microsoft Excel, luego se pasó al

programa SPSS para el análisis estadístico. Este proceso nos tomó un promedio de 4 meses, ya que para la recolección de los datos teníamos que trasladarnos hasta la clínica, por el acceso al sistema informático.

Procesamiento y análisis de datos

Se procedió a la digitalización y procesamiento de los datos en Microsoft Excel. Luego se realizó el vaciado del Excel al programa estadístico SPSS de 2087 historias clínicas, de las cuales se encontraron 177 historias con criterios de exclusión, y 1910 historias adecuadamente incluidas en nuestro estudio.

Se realiza la contrastación de resultados en base tablas, en los que se puedan visualizar de manera práctica y sencilla los resultados obtenidos con la finalidad mostrar los datos estadísticos según los objetivos planteados, los cuales fueron procesados en tablas, con porcentajes y frecuencias.

Consideraciones éticas

Las principales consideraciones éticas que consideraremos son: no se dio a conocer el nombre de los pacientes, No se dio a conocer el nombre del personal involucrado en la atención de la emergencia Se solicitó la autorización a la clínica formalmente. Por ser observacional, y el objeto de estudio las historias clínicas de los pacientes, no requiere de consentimiento y / o autorización por parte de los pacientes.

A fin de formalizar y que se nos autorice el acceso a las historias clínicas se envió una solicitud al departamento de capacitación y otro al servicio de emergencia de la clínica

particular de Miraflores. Así mismo los resultados también serán revertidos a esta institución para su conocimiento y explotación.

Capítulo III

Resultados y discusión

Resultados

Tabla 1

Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima.

	Prioridad de atención	n	%
Emergencia de gravedad súbita	Prioridad I Emergencia	24	1,3
Mayor	Prioridad II Urgencia	448	23,5
Menor	Prioridad III Urgencia	740	38,7
Común	Prioridad IV Patología	698	36,5
	Total	1910	100,0

En la tabla 1 se aprecia que el 38.7% (740) de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia son de prioridad III es decir representan urgencias menores, seguido del 36.5 % (698) de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II es decir urgencias mayores y solo el 1.3% (24) de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita.

Tabla 2

Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por sexo, etapa de vida, procedencia, tipo de seguro.

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	13	54,2%	247	55,1%	478	64,6%	434	62,2%	1172	61,4%
	Masculino	11	45,8%	201	44,9%	262	35,4%	264	37,8%	738	38,6%
Etapa Vida	0-5 Infante	0	0,0%	56	12,5%	97	13,1%	223	31,9%	376	19,7%
	6-12 Niñez	0	0,0%	29	6,5%	59	8,0%	53	7,6%	141	7,4%
	13-17 Adolescente	0	0,0%	18	4,0%	27	3,6%	26	3,7%	71	3,7%
	18-34 Adulto Joven	2	8,3%	153	34,2%	278	37,6%	204	29,2%	637	33,4%
	35-64 Adulto	4	16,7%	133	29,7%	197	26,6%	142	20,3%	476	24,9%
	64 A +Adulto Mayor	18	75,0%	59	13,2%	82	11,1%	50	7,2%	209	10,9%
Procede ncia	Lima	24	100,0%	446	99,6%	736	99,5%	693	99,3%	1899	99,4%
	Provincia	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%	2	0,1%
	Extranjero	0	0,0%	1	0,2%	4	0,5%	4	0,6%	9	0,5%
Tipo De Seguro	Particular	4	16,7%	31	6,9%	60	8,1%	48	6,9%	143	7,5%
	Seguro	8	33,3%	346	77,2%	560	75,7%	557	79,8%	1471	77,0%
	Garantía de Salud GS	12	50,0%	71	15,8%	120	16,2%	93	13,3%	296	15,5%

En la tabla 2 se aprecia que la población predominante es de sexo femenino con un 61.4% (1172), frente a un 38,6% de población de pacientes de sexo masculino. La atención por emergencia – prioridad I es de 1,1% en sexo femenino y el 1.5% son de sexo masculino. La atención por urgencia mayor es de 21.1% en sexo femenino y el 27.7% son

de sexo masculino. La atención por urgencia menor es de 40.8% en sexo femenino y el 35.5% son de sexo masculino. En caso de atención de patología común es de 37% al sexo femenino y el 35.8% son del sexo masculino.

Asimismo podemos observar los grupos por etapa de vida, donde se aprecia la valoración que el 19,7 % son 0-5 infante, 7,4% son 36-12 niñez, 7% son 13-17 adolescente, 33,4% 18-34 adulto joven, 24,9% son de 35-64 adulto y 10,9% 64 a más son adulto mayor.

Según la procedencia de los pacientes, en la tabla se encuentra que el 99,4% proceden de lima y el 0.6% son de provincia y el extranjero.

En cuanto al tipo de seguro, corresponde más frecuentemente la solicitud de atención en el servicio de emergencia del 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro, seguido por los pacientes con Garantía de Salud GS con un 15,5% y el 7.5% son los pacientes que acuden de manera particular.

Tabla 3

Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por tiempo de enfermedad, funciones vitales

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo Enfermedad	Dentro de 1 hora	5	20, 8%	111	24,8%	19	2,6%	30	4,3%	16 5	8,6%
	De 2 a 24 horas	12	50, 0%	245	54,7%	396	53,5%	355	50,9%	10 08	52,8%
	De 2 a 7 días	7	29, 2%	84	18,8%	304	41,1%	290	41,5%	68 5	35,9%
	más de 7 días	0	0,0 %	8	1,8%	21	2,8%	23	3,3%	52	2,7%
Funciones Vitales	Estables	18	75, 0%	433	96,7%	624	84,3%	549	78,7%	16 24	85,0%
	Alteradas	6	25, 0%	15	3,3%	116	15,7%	149	21,3%	28 6	15,0%

En la tabla 3 observamos que según el tiempo de enfermedad que el 8,6% representa a los pacientes cuyo tiempo de enfermedad se dio dentro de 1 hora, 52,8% de 2 a 24 horas, 35,9% de 2 a 7 días, y el 2,7% Más de 7 días.

Asimismo, según la valoración del control de funciones vitales que se realiza en el servicio de triaje de la clínica privada, en la tabla 3, encontramos que el 85% de pacientes presentaron funciones vitales estables, y el 15% alteradas.

Tabla 4

Prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores, Lima por servicio de atención en emergencia y destino de atención médica

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		total	
		n	%	n	%	n	%	%	n	n	%
Servicio Atención	Pediatría	0	0,0%	69	15,4%	169	22,8%	283	40,5%	521	27,3%
	Medicina Interna	21	87,5%	163	36,4%	488	65,9%	352	50,4%	1024	53,6%
	Traumatología	1	4,2%	166	37,1%	11	1,5%	15	2,1%	193	10,1%
	Ginecología	1	4,2%	10	2,2%	27	3,6%	23	3,3%	61	3,2%
	Obstetricia	1	4,2%	40	8,9%	45	6,1%	25	3,6%	111	5,8%
Destino	Domicilio	10	41,7%	397	88,6%	707	95,5%	602	86,2%	1716	89,8%
	Hospitalización	8	33,3%	22	4,9%	22	3,0%	74	10,6%	126	6,6%
	Sop/Cirugía	1	4,2%	18	4,0%	3	0,4%	3	0,4%	25	1,3%
	Transferencia	1	4,2%	2	0,4%	1	0,1%	1	0,1%	5	0,3%
	Uci	3	12,5%	3	0,7%	2	0,3%	0	0,0%	8	0,4%
	Alta Voluntaria	1	4,2%	6	1,3%	5	0,7%	18	2,6%	30	1,6%

Asimismo encontramos que según el servicio en el que son atendidos inicialmente los pacientes, el 53,6% ingresan al servicio de medicina interna, seguido por el servicio de Pediatría con un 27.3 %, secundado por el servicio de traumatología y ginecología con un 10.1% y 3.2% respectivamente. Resaltando, que en la prioridad de atención IV – patología común el servicio de pediatría y medicina interna son los más solicitados con un 40.5% y

50.4% respectivamente. Igualmente, en la prioridad de atención II – emergencia menor, 22.8% y 65.9% respectivamente. Y en la prioridad de atención I – emergencia o gravedad súbita, medicina interna representa el 87,7%.

Según el destino final de la atención, observamos que el 89.8 % está representado por los pacientes que retornan a su domicilio, y que solo el 6,6% requirió hospitalización, 0.4% fueron ingresados a la UCI (unidad de cuidados intensivos), y el 1.6% solicito alta voluntaria.

Tabla 5

El tiempo promedio de espera para la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención.

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		Total	
		n	%	n	%	n	%	%	n	%	n
Tiempo de espera	0-5 min	15	62,5%	116	25,9%	199	26,9%	17 9	25,6%	509	26,6%
	6-10min	3	12,5%	76	17,0%	106	14,3%	12 7	18,2%	312	16,3%
	11-15min	2	8,3%	72	16,1%	127	17,2%	94	13,5%	295	15,4%
	16-30min	1	4,2%	94	21,0%	153	20,7%	15 4	22,1%	402	21,0%
	31-45min	2	8,3%	47	10,5%	71	9,6%	90	12,9%	210	11,0%
	46-60min	0	0,0%	14	3,1%	41	5,5%	20	2,9%	75	3,9%
	61-180min	1	4,2%	26	5,8%	42	5,7%	32	4,6%	101	5,3%
	181-609min	0	0,0%	3	0,7%	1	0,1%	2	0,3%	6	0,3%

En la tabla 5 se observa que de la población total , el 26.6% fueron atendidos dentro de los primeros 5 minutos, el 21% fueron atendidos dentro de 16 a 30 minutos , el 16,3%

fueron atendidos dentro de 6 a 10 minutos, resaltando de esta tabla , que en el 62.5% (15) de los pacientes ingresado como emergencia o gravedad súbita han esperado de 0 – 5 min para ser atendidos, y el 4.2% (1) de la misma prioridad espero a ser atendido de 61 – 180min.

Asimismo se observa que la media promedio de tiempo de espera es casi de atención inmediata ya que el 65% son atendidos entre 0 y 5 minutos, inopinadamente de la prioridad de atención.

Si observamos por prioridad de atención, encontramos que en la prioridad de atención I – emergencia o gravedad súbita, tenemos que el 62,5% fueron atendidos entre 0-5 minutos, el 12.5% fueron atendidos entre 6 a 10 min y el 8.3% fueron atendidos entre 11 – 15 minutos. Según la prioridad de atención II – emergencia mayor, observamos, que el 25.9% fueron atendidos entre 0 a 5 minutos, el 21% fueron atendidos entre 16-30 minutos, el 17% entre 6 a 10 minutos de espera; según la prioridad de atención III – urgencia menor, fueron atendidos el 26.9% entre 0 y 5 minutos, el 20% entre 16 – 30 minutos, seguidos por el 17.7% que fueron atendidos entre 11 a 15 minutos y finalmente los pacientes con prioridad de atención IV, el 25.6% fueron atendidos entre 0a 5 minutos, el 22.1% fueron atendidos entre 16 – 30 minutos, el 18.2 % fueron atendidos entre 6 a 10 minutos.

Tabla 6

Tiempo promedio de estancia para la atención en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes febrero, por prioridad de atención y por destino de atención

		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo Estancia	00:00 - 00:10	1	4,2%	4	0,9%	14	1,9%	25	3,6%	44	2,3%
	00:11 - 00:20	1	4,2%	16	3,6%	51	6,9%	108	15,5%	176	9,2%
	00:21 - 00:30	2	8,3%	41	9,2%	48	6,5%	108	15,5%	199	10,4%
	00:31 - 01:00	1	4,2%	148	33,0%	108	14,6%	151	21,6%	408	21,4%
	01:01 - 02:00	2	8,3%	126	28,1%	223	30,1%	158	22,6%	509	26,6%
	02:01 - 04:00	6	25,0%	71	15,8%	207	28,0%	92	13,2%	376	19,7%
	04:01 - 08:00	6	25,0%	30	6,7%	66	8,9%	43	6,2%	145	7,6%
	08:01 - 23.43	5	20,8%	12	2,7%	23	3,1%	13	1,9%	53	2,8%
Destino	Domicilio	10	41,7%	397	88,6%	707	95,5%	602	86,2%	1716	89,8%
	Hospitalización	8	33,3%	22	4,9%	22	3,0%	74	10,6%	126	6,6%
	Sop/Cirugía	1	4,2%	18	4,0%	3	0,4%	3	0,4%	25	1,3%
	Transferencia	1	4,2%	2	0,4%	1	0,1%	1	0,1%	5	0,3%
	Uci	3	12,5%	3	0,7%	2	0,3%	0	0,0%	8	0,4%
	Alta Voluntaria	1	4,2%	6	1,3%	5	0,7%	18	2,6%	30	1,6%

En la tabla 6, observamos el tiempo de estancia que permanecieron los pacientes en el servicio de emergencia, donde resalta que el 26.6% permanecieron un promedio de 1 a 2 horas, seguido por el 21.4% que permanecieron entre 31 minutos 1 hora , y el 19.7% permanecieron entre 02 a 04 horas; asimismo el tiempo máximo de permanencia representado por el 2.8% permanecieron entre 8 a 24 horas.

El tiempo de estancia según la prioridad de atención, encontramos que los pacientes con prioridad de atención I permanecieron entre 2-4 horas un 25%, entre 4 a 8 horas 40 25% y 8 a 23.43 horas un 20 %. Según la prioridad de atención II, permanecieron en el servicio de emergencia un 33% entre 31 min a 1 hora, el 28% entre 1 a 2 horas y un 15.8% entre 2 a 4 horas. Según la prioridad de atención III, permanecieron el 30% entre 1 a 2 horas, el 28% entre 2 a 4 horas y el 8.9% entre 4 a 8 horas; y finalmente según la prioridad de atención IV, se observa que el 26.6% permanecieron entre 1 a 2 horas, el 21.4% permanecieron entre 3 min a 1 hora y el 19.7% permanecieron entre 2 a 4 horas.

Con respecto al destino final posterior a la atención del servicio de emergencia, encontramos que el 89.8% retornaron a sus Domicilio, mientras solo un 6.6% quedaron o pasaron a hospitalización, un 0.4% fue a Unidad de cuidados Intensivos y el 1.6% solicito su alta voluntaria.

Asimismo, según prioridad de atención encontramos que el destino final de la atención en prioridad I el 41.7% retornaron a su domicilio, el 33.3% paso a hospitalización y el 12.5% ingreso a UCI, según prioridad de atención II, encontramos que el 88.6% retorno a su domicilio, el 4.9% ingresaron a hospitalización o Sala de operaciones; según la prioridad de atención III, se observa que el 95.5% retorno a su domicilio frente a un 3% que quedo hospitalizado y finalmente en la prioridad de atención IV, encontramos que el 95.5% retorno a su domicilio, el 10.6% paso a hospitalización y el 2.6% solicito su alta voluntaria.

Discusión de los resultados

Del total de historias clínicas revisadas (2087), el 8% fueron excluidas quedándonos para el análisis de datos, el 92% representado por 1910 historias clínicas.

Se aprecia que el 38.7% (740) de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia son de prioridad III que según marco teórico corresponde a urgencias menores, seguido del 36.5 % (698) de la prioridad IV representado por pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados; los que suman 75,2% que son urgencias menores; por lo que deducimos que emergencias son reales y que requieren atención inmediata está representado por un 24.8%; lo que encontramos en las definiciones

Conjeturas que Andrade (2003) encontró donde algunos factores más resaltantes del uso inapropiado del servicio de emergencia se debe fundamentalmente a que todo paciente/usuario cree que el malestar presentado amerita ser atendida por emergencia, otro factor es el horario de atención de emergencia que es más accesible para el usuario en ser atendido por médicos y especialistas, asimismo, debido a que se toman un menor tiempo en acudir a emergencias que en obtener una cita en consultorio externo que conlleva de un día para otro y en muchos casos en el transcurso de una semana, otro factor es que los pacientes desconocen el centro de atención primaria y pocos acuden a sus centros de salud periféricos.

Quizaman, N. (2008) define emergencia como todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano, si no se atiende de forma inmediata. Así mismo, Villatoro (2005) define urgencia como todo padecimiento de

orden agudo o crónico agudizado casi nunca es grave puede ser atendido por consultorio externos; por lo que concluimos que el servicio se satura debido a que los pacientes acuden con dolencias que no requieren atención en el servicio de emergencia, y que podrían ser resueltas por consulta externa y de manera ambulatoria, de esta manera se lograría garantizar la disponibilidad y acceso oportuno a estos servicios.

De acuerdo a la literatura, existe el acceso a estos servicios de pacientes que lo usan en forma inadecuada, principalmente jóvenes y en su mayoría mujeres; lo cual hemos confirmado en este estudio, en el que la distribución por sexo, corresponde más frecuentemente a la solicitud de atención en el servicio de emergencia a las mujeres a diferencia de los hombres, entre un 62% mujeres contra un 38% hombres; así como encontramos en el estudio que realizo, Morales, (2009) realizo un estudio titulado “Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, Con respecto a las características socio- demográfico se determinó que los 20 pacientes encuestados en los servicios de emergencias 17 son mujeres son un 35%, y 3 son hombres con un 65% respectivamente. Eneida Pastrana Maldonado (2010) en su estudio titulado de “Uso racional de un servicio de urgencias de un hospital nacional de segundo nivel” México D.F encontró que el 58.95% a mujeres y el 41.1 % a varones.

Por etapa de vida podemos concluir que concordamos con estudios de referencia que ya que la población encontrada con un 58.3% corresponde a la población adulto joven y adulta, cuyas edades oscilan entre 18 a 64 años, población económicamente activa y que cuenta en su mayoría con seguro de salud, lo que facilita el acceso de estos pacientes al servicio de emergencia, ya que el 77% de nuestra población cuentan con seguro de salud.

Así como el hecho de que los pacientes acuden solos al servicio de emergencia y no son referidos por un profesional de la salud, fundamenta que la prioridad de atención IV y III representen el 75% del total de atenciones en el servicio de emergencia, lo que hemos observado en otros estudios donde se conjetura que algunos factores más resaltantes del uso inapropiado del servicio de emergencia se debe fundamentalmente a que todo paciente/usuario cree que el malestar presentado amerita ser atendida por emergencia, otro factor es el horario de atención de emergencia que es más accesible para el usuario en ser atendido por médicos y especialistas, asimismo, debido a que se toman un menor tiempo en acudir a emergencias que en obtener una cita en consultorio externo que conlleva de un día para otro y en muchos casos en el transcurso de una semana, otro factor es que los pacientes desconocen el centro de atención primaria y pocos acuden a sus centros de salud periféricos.

Dentro de los resultados obtenidos, en este trabajo también encontramos que si analizamos la variable de Funciones Vitales, hemos encontrado que en la tabla 3, que el 85% de pacientes presentaron funciones vitales estables, y el 15% alteradas. Esto según la literatura, que si el paciente acude al servicio de emergencias y al control de funciones vitales estas se encuentran estables, nos da un indicador que su hemodinamia vital se encuentra estable, esto resalta que solamente el 15% presentan control de funciones vitales alteradas, lo que nos indica que solo este 15% tienen riesgo vital, o alguna alteración hemodinámica. Las funciones vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos fundamentales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no

podrían ser cualificados ni cuantificados. También son conocidos como las mediciones funcionales más básicas del cuerpo. Orientan sobre alteraciones de salud.

Contrastando la variable de tiempo de enfermedad, información manifestada por el paciente, la mayoría concluye en que la aparición de su enfermedad es entre 1 hora y 24 horas, seguido de otro porcentaje significativo en que es más de 2 días, lo cual nos indica que este paciente tiene el tiempo de solicitar una consulta de manera ambulatoria. Lo que nos hace recordar el estudio de Burgos, García y Mayorga, (2014) realizaron el estudio de tesis titulado “Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados” Chile donde concluyen en que el concepto y la percepción de urgencia influyen directamente en la decisión de acudir a uno u otro servicio de urgencia, al igual que la cercanía, rapidez, la calidad de atención y el conocimiento de la oferta de éstos.

Asimismo, dentro de lo obtenido según el destino final de la atención, observamos que el 89.8 % está representado por los pacientes que retornan a sus domicilio, y que solo el 6,6% requirió hospitalización, 0,4% fue a Unidad de cuidados intensivos (UCI), y el 1,6% solicitó alta voluntaria; la causa de estos resultados podría encontrarse dentro de lo revisado en la literatura, donde observamos que si un paciente acude al servicio de emergencia, resuelta la dolencia y/o indicado un tratamiento médico a seguir, se establece el destino; donde su domicilio corresponde al caso 90% de la población total, que nos indica que el problema fue resuelto, y que sus estado de salud no peligró, por lo que puede retornar a su domicilio. Por otro lado encontramos que solo un 7% correspondiente a pacientes que pasaron a hospitalización y Unidad de cuidados intensivos (UCI), esto nos

indica que solo este porcentaje de pacientes requirieron intervención médica inmediata y permanente.

Se obtuvo un tiempo de espera que oscila en un mínimo de 0 minutos y un máximo de 3 horas (180 min), al comparar el tiempo de espera con prioridad de atención, observamos que los pacientes con prioridad III y IV: son atendido con mayor frecuencia en más corto tiempo. Pamiás & col. (2006) hizo una publicación titulada “La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación de urgencias” España; se menciona que el servicio de emergencias no es siempre bien utilizado tanto por exceso como por defecto en la Comunidad Europea. En el estudio indica que los servicios de urgencias tanto pediátricos como adultos soportan una creciente presión asistencial y con frecuencia los pacientes se acumulan en espera de ser atendidos o de completar su atención, situación que comúnmente se denomina de colapso cuando, en realidad, debería llamarse saturación. Ello produce una disfunción en el servicio y una sensación subjetiva de merma en la calidad dispensada. Se tuvo como objetivo identificar una situación de saturación en el Servicio de Urgencias a partir de la demanda: demanda doble de la de un día habitual.

Lo que observamos en el estudio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas”. Tuvo como objetivo Analizar las causas que producen la saturación del servicio de emergencias de la Clínica de Chomes y su efecto en la atención médica de este servicio en un periodo de tres meses, donde una conclusión nos indica que el servicio de emergencias de la Clínica de Chomes sirve más como una consulta de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que como un servicio de emergencias donde el personal de emergencias opina respecto al tiempo que deben de esperar los pacientes para ser atendidos

en el servicio, un 36% indica que es de más de 1 hora a 2 horas, otro 36% indica que es menos de 15 minutos, un 19% indica que es de 30 a 60 minutos y un 9% refiere que el tiempo de espera para ser atendido en emergencias oscila entre 16 y 30 minutos. Este trabajo concluyó que en el servicio de emergencia presenta una afluencia de consultantes, que en su mayoría presentan padecimientos que no son considerados emergencias.

Se concluye también, que el tiempo de estancia que permanecieron los pacientes en el servicio de emergencia, donde resalta que el 26.6% permanecieron un promedio de 1 a 2 horas, seguido por el 21.4% que permanecieron entre 31 minutos 1 hora, y el 19.7% permanecieron entre 02 a 04 horas; asimismo el tiempo máximo de permanencia representado por el 2.8% permanecieron entre 8 a 24 horas. Tiempo promedio para la atención en consulta ambulatoria o descentralizada. Información que se contrasta con otros estudios de investigación y la teoría, en la que se determina que los pacientes con prioridad de atención I, II permanecen más tiempo en el servicio de emergencia igualmente cuyo destino es hospitalización, Unidad de cuidados intensivos(UCI) o sala de operaciones (SOP). Pamias y et al. (2006) hizo una publicación titulada “La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación de urgencias” España; se menciona que el servicio de emergencias no es siempre bien utilizado tanto por exceso como por defecto en la Comunidad Europea. En el estudio indica que soportan una creciente presión asistencial y con frecuencia los pacientes se acumulan en espera de ser atendidos o de completar su atención lo que conlleva a una saturación del servicio de emergencia, ello produce una disfunción en el servicio y una sensación subjetiva de merma en la calidad dispensada.

Capítulo IV

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de emergencias y urgencias según prioridad de atención en una clínica privada de Miraflores en febrero del 2016; podemos concluir que en el servicio de emergencia se está atendiendo en su mayoría patologías comunes que pueden ser atendidas en consultorios descentralizados o consultorios externos, lo cual descongestionaría el servicio de emergencia, disminuiría el tiempo de espera para la atención, lo cual se ha comprobado mediante el cruce de las diferentes variables observadas.

Se concluye que según sexo son las mujeres adultas jóvenes las que solicitan más la atención en el servicio de emergencia.

La prevalencia de urgencias y emergencias por tipo de seguro

Se concluye que en su mayoría siendo más del 50% de atendidos en la clínica son con algún seguro EPS (Rimac, Pacifico, Mafre, etc.). En segundo lugar fueron atendidos por seguro propio de la misma clínica llamado Garantía de salud (GS) a diferencia de un mínimo porcentaje que fueron atendidos en forma particular. No obstante se concluye que la mayor prevalencia de urgencias son de prioridad II, III, IV de usuarios atendidos con

algún tipo de seguro EPS. Sin embargo se observó que los usuarios que requirieron ser atendidos como prioridad I cuentan en su gran mayoría con el seguro propio de la clínica.

En cuanto a la etapa de vida los usuarios que fueron atendidos como prioridad I son en su gran mayoría adultos mayores los de prioridad II, III, IV resaltan usuarios en etapa de adulto joven.

La prevalencia de urgencias y emergencias en su mayor porcentaje presentaron un tiempo de enfermedad de 2 a 24hrs, seguido a ello, el tiempo de enfermedad presentado es de 2 a 7 días. Se recalca que más del 80% de usuarios acudieron el servicio de emergencias con funciones vitales estables.

Según el destino de atención, el 90% de pacientes que acudieron al servicio de emergencia, retornaron con tratamiento inmediato a sus casas, lo que nos indica que pudieron hacer uso de consultorios ambulatorios o descentralizados, y que su diagnóstico no justificaba el uso del servicio de emergencia.

Al saturar el servicio de emergencias con patologías comunes y urgencias menores, se ve afectado el tiempo de espera, la calidad de atención, la atención inmediata, de las emergencias súbitas o urgencias mayores.

Se concluye en que las patologías comunes y emergencias menores, tienen mayor tiempo de espera que las urgencias menores y emergencia. Si bien no podemos afirmar que los tiempos de espera son elevados, si podemos inferir que al saturar el servicio, con pacientes con prioridad de atención III y IV , se pueden ver afectadas en cuanto al momento en que se las atiende, repercutiendo esto en la calidad del servicio que se brinda.

El mayor promedio de estancia de los pacientes en el servicio de emergencia a sido de 1 a 4 horas.

Por lo tanto, podemos concluir que según la prioridad de atención en el servicio de emergencia se está realizando un inadecuado uso del servicio.

Recomendaciones

Se recomienda a la clínica crear un sistema descentralizado para atender a los pacientes según su prioridad de atención, mediante la implantación del consultorio de urgencias de pediatría y del adulto, en los cuales serían derivados los pacientes con prioridad de atención IV - patología común. Y solo pasarían a atención en el servicio de Emergencia los pacientes con prioridad I, II y III. Esto va a mejorar los tiempos de atención a los pacientes en base a la gravedad de su proceso. Resolver las situaciones de aglomeraciones de pacientes en las salas de espera de las urgencias que se producen en determinadas ocasiones, así como mejorar la información y comunicación con los pacientes y familiares o acompañantes.

Disminuir los tiempos de espera de ingreso en planta del paciente atendido en Urgencias, interviniendo en la organización de la gestión de camas del Hospital y dejando camas y sillones de observación libres para pacientes que tienen que ser observados en esta área.

Intensificar la formación de los profesionales en la clasificación de pacientes (triaje mediante la aplicación de un programa de Capacitación, al todo el personal del servicio de emergencia sobre la atención en Triage).

Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el triaje pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica. El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología. La implementación del triaje dentro de los sistemas de salud nos ayuda a proporcionar una mejor atención en los servicios de emergencia; de acuerdo con este sistema, lo cual va a contribuir a:

- Mejorar tiempos de espera desde que el paciente llega, hasta que es atendido
- Detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función de un órgano.
- Evitar saturación en la demanda de consulta en el área de emergencias.
- Una rápida canalización a especialidades.
- Influir en la percepción de la gente sobre los servicios de urgencias.

Evaluación constante de la aplicación del modelo, a fin de mejoras continuas en base a la revisión de protocolos internos sobre ingresos en observación y hospitalización

Se recomienda a la clínica que el personal administrativo encargado de la admisión de los pacientes sea sustituido por personal de salud, capacitado para un adecuado triaje desde la admisión.

Se recomienda también tomar como base la presente investigación para realizar otros estudios en busca de herramientas que permitan mejorar la atención y de esta manera contribuir al bienestar de los pacientes que acuden al servicio de emergencias.

Recomendamos hacer un piloto considerando a personal de salud, licenciados en enfermería en admisión del servicio de emergencias, y la implementación de un consultorio descentralizado de un consultorio de urgencias pediátricas y de adulto, donde se atenderían los pacientes con prioridad de atención III y IV.

Referencias bibliográficas

Arcos , p., & Castro , R. (2009). *Manual de Medicina de urgencia y emergencia*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Begoña, F. (2004). *Atencion enfermera en urgencias y emergencias*. Madrid: DAE grupo paradigma.

Burgos, E., Garcia, C., & Mayorga, D. (2014). *Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados*. Chile: Universidad Austral.

Casvascango, K., & Villegas, A. (2009). *Vicente de Paul (HSVP) durante el periodo noviembre del 2009 a agosto del 2010*. Ibarra: Universidad tecnica del norte.

Cisneros, F. (2005). Teorias y modelos de enfermería y su aplicacion. *Programa de Enfermeria y fundamentos de enfermeía*, 1-15.

Federación Iboamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias. 2014. PERFIL PROFESIONAL PARA ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECUPERADO DE:
http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/perfil_profesional.pdf

Fujimori, A. (9 de julio de 1997). Ley General de Salud ley N° 26842. *Ley General de Salud* . Lima, Lima, Perú: Congreso de la Republica.

Gallardo, D. (2008). Impacto de los puntos de tension continuada sobre la utilizacion de un servicio de urgencias hospitalario. españa: Dialnet.

García M. 2013. Revista Enfermería Cy L ISSN1989-9884. Estudio del triaje en un servicio de Urgencias Hospitalario. Recuperado

de:<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/69>

- Holtzman, K. (2003). Desarrollo de sistema de servicios de emergencias medicas, experiencia de los estados unidos de America para paises en desarrollo. Washinton DC: ISBN.
- INDECI. (2006). Compendioi estadistico de prevencion y atencion de desastres 2006. *Compendioi estadistico de prevencion y atencion de desastres 2006, 1 - 5 .*
- Jariot, J., Carretero, J., Closa, R., & Allue, X. (2006). *la densidad horaria de pacientes acumulados comjo indicador de saturacion en urgencias.* Tarragona: Hospital Universitario de Tarragona.
- Jimenez, A. (2014). *manual de protocolos y actuacion en urgencias.* Toledo: Sanidad y ediciones, S.L. (SANET).
- Lopez, A., & Robira, E. (2004). *Enfermeria en urgencias : una vision global.* Sevilla: sociedad española de enfermeria de urgencias y emergencias.
- Maldonado, E. (2010). Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel. Mejico DF: Instituto Politecnico Nacional .
- Marin, J. (2008). Causas y efectos de la saturacion del servicio de emergencia de la clinica de chomes, punta arenas. Costa Rica: Instituto centroamericano de administracion publica (ICAP).
- Martin, M. (2013). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Enfermeria Cy L, 42 - 49.*

- mazzetti, P. (20 de Abril de 2006). Norma tecnica de Salud de los servicios de emergencia N° 042- MINSA/DGSP-V.01. *Norma tecnica de Salud de los servicios de emergencia N° 042- MINSA/DGSP-V.01*. Lima, Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Mazzetti, P. (20 de Abril de 2006). Resolucion Munisterial N° 386-2006/MINSA . *Resolucion Munisterial N° 386-2006/MINSA* . Lima, Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Monchon, P., & Montoya, Y. (2014). Nivel de Calidad del ciudadano enfermero desde la percepcion del usuario, servicio de emergencia. Hospital III - ESSALUD Chiclayo, 2013. Chiclayo: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrobejo.
- Moreno, M. E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la facultad de enfermeria. *Aquichan*, 44 - 45.
- Ogallard, M., Barroso, M., & Alluso, F. (2007). *La actualizacion de las competencia proesionales: sanidad y formacion profesional*. España: ministerio de educacion y ciencia.
- Quizaman, R., & Neri, M. d. (2008). padecimientos mas frecuentes atendidos en el servicio de urgencias pediaticas en un hospital de tercer nivel. *Media Graphic Artemisa en linea volumen 51*, 5 - 10.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermeria*. España: ELSEVIER.
- Rios, A., & Conde, R. (2016). Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atencion por triaje en el servcio de emergencia de un hospital de III nivel , 2015. Perú: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrobejo.

- Tarazona Apolinario Liliana. (2009). Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto politraumatizado en el servicio de emergencias de la clínica san pablo- sede norte 2008- Independecia. Recuperado de:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4817/1/Tarazona_Apolinario_Liliana_Antonia_2009.pdf
- Ugarte, C. (2000). Historia de los servicios de emergencia de lima y callao. *Revista medica Herediana vol. 11*, 97 - 106.
- Universidad Católica de Valencia. 2017. Guía Docente. Master Universitario DE Urgencias y Emergencias. Recuperado de: <https://www.ucv.es/oferta-academica/postgrados/ciencias-de-la-salud/master-universitario-en-enfermeria-de-urgencias-y-emergencias/seccion/14/fichero/ficheroGuiadocente/id/1700005>.
- Zegarra R. (2006). Compendio de Guía de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres 2006. Gob. Del Perú. Recuperado de
http://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/MINSA/GUIAS/2006%20RM%20996%20COMPENDIO%20DE%20GUIAS%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf

Apéndices

Apéndice B. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis
<p>General:</p> <p>¿Cuántas atenciones como urgencias y emergencias se dan en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores?</p> <p>Específicos :</p> <p>¿Cuánta prevalencia de urgencias y emergencias fueron atendidos según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la prevalencia de atenciones de emergencias y urgencias en el servicio de emergencia del hospital privado de nivel II</p> <p>Específicos:</p> <p>Determinar la prevalencia. De atenciones de emergencias.</p> <p>Determinar la prevalencia. De atenciones de urgencias.</p>	<p>No hay hipótesis</p>

<p>¿Cuánta prevalencia de urgencias y emergencias fueron atendidos según edad, en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero?</p> <p>¿Cuánta prevalencia de urgencias y emergencias fueron atendidos según sexo, - atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de Febrero?</p> <p>¿Cuánta prevalencia de urgencias y emergencias fueron atendidos según tiempo de atención, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero?</p>	<p>Determinar la prevalencia de emergencias atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú.</p> <p>Determinar la prevalencia de urgencias atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero.</p> <p>Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según edad, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el de Febrero.</p> <p>Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según sexo, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero.</p>	
--	--	--

<p>¿Cuánta prevalencia de urgencias y emergencias fueron atendidos según lugar de procedencia en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero?</p>	<p>Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según lugar de procedencia, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero.</p> <p>Determinar la prevalencia de urgencias y emergencias según tiempo de espera, atendidos en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima Perú en el mes de febrero.</p>	
---	---	--

Apéndice C. Recurso humano mínimo de emergencia.

PERSONAL	II-1	II-2	III-1
MEDICO	<p>Médico internista(*)</p> <p>Cirujano general</p> <p>Pediatra</p> <p>Gineco-obstetra</p> <p>Anestesiólogo</p>	<p>Emergenciólogo (*) o médico internista</p> <p>Cirujano general</p> <p>Traumatólogo</p> <p>Pediatra</p> <p>Gineco-obstetra</p> <p>Anestesiólogo</p> <p>PROGRAMACION RETEN:</p> <p>Cardiólogo</p> <p>Otras especialidades de acuerdo a demanda</p>	<p>Emergenciólogo (*) o médico internista</p> <p>Cirujano general</p> <p>Traumatólogo</p> <p>Neurocirujano</p> <p>Gineco-obstetra</p> <p>Pediatra</p> <p>Anestesiólogo</p> <p>Cirujano de tórax</p> <p>Cardiólogo</p> <p>PROGRAMACION RETEN:</p> <p>Psiquiatra</p>

			Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano de cabeza y cuello Neurólogo Nefrólogo
--	--	--	---

ENFERMERIA	Enfermera en tópico, en unidades de vigilancia intensiva y en sala de observación (**)	Enfermera en Tópico, en shock trauma y en sala de observación (**)	Enfermera en Tópico, en shock trauma y en sala de observación (**)
OBSTETRIZ	Obstetrix en tópico de atención obstétrica	Obstetrix en tópico de atención obstétrica	Obstetrix en tópico de atención obstétrica
TECNICO EN ENFERMERIA	Técnico de Enfermería por Enfermero(***) Camillero	Técnico de Enfermería por Enfermero(***) Camillero	Técnico de Enfermería por Enfermero(***) Camillero

* Médicos Asistentes de planta del servicio de Emergencia.

** 01 enfermero por cada 06 pacientes en sala de observación y
01 enfermero por cada 03 pacientes en vigilancia intensiva.

*** 01-02 técnicos de enfermería por cada enfermera en sala de observación de

Apéndice D. Codificación de los diagnósticos

N	DIAGNOSTICO	CODIGO	PRIORIDAD
1	ABORTO RETENIDO / INCOMPLETO	1	II
2	ABSCESO CUTANEO FURUNCULO EN DEDO DE PIE	2	IV
3	INFARTO CEREBRAL, SEPTICEMIA	3	I
4	AMENAZA DE ABORTO	4	II
5	APENDICITIS AGUDA	5	II
6	AMIGDALITIS AGUDA	6	IV
7	ARTRITIS	7	IV
8	ASMA	8	III
9	ATAXIA	9	I
10	ATENCIÓN MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGÍA PREVIA	10	II
11	BLEFARITIS	11	IV
12	BRONQUITIS	12	IV
13	BURSITIS DEL HOMBRO / X	13	III
14	CALCULO URINARIO	14	III
15	CEFALEA DEBIDA A TENSION	15	IV
16	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE PIE	16	II
17	CERVICALGIA	17	III

18	CHALACION	18	IV
19	CISTITIS AGUDA, ITU	19	III
20	COLICO RENAL	20	III
21	COLITIS GASTROENTERITIS	21	III
22	CONJUNTIVITIAS AGUDA	22	IV
23	CONSTIPACION	23	IV
24	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS SUPERVICION DEL EMBARAZO NORMAL	24	III
25	CONTRACTURA MUSCULAR	25	III
26	CONTUSION DE CODO Y RODILLA	26	II
27	CUERPO EXTRANO EN OJO	27	II
28	MIALGIA	28	III
29	CURACION HDA PO	29	IV
30	INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO	30	II
31	DEFECTO DE LA COAGULACION HERIDA SUP EN ESCROTO	31	II
32	DEREMATITIS ATOPICA	32	IV
33	DERRAME ARTICULAR RODILLA	33	II
34	DESGARRO MUSCULAR	34	III

35	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	35	II
36	DIABETES MELLITUS	36	IV
37	DIARREA	37	III
38	DIASTASIS DE MUSCULO	38	IV
39	DISMENORRA	39	III
40	DISNEA EPOC	40	II
41	DISPEPCIA	41	III
42	DOLOR ABDOMINAL	42	III
43	HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCION SIN GANGRENA	43	IV
44	CALAMBRES Y ESPASMOS EN BOCA	44	IV
45	DOLOR DORSAL	45	III
46	DOLOR EN MIEMBRO	46	IV
47	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	47	III
48	DOLOR PRECORDIAL	48	I
49	CERVICALGIA	49	IV
50	EDEMA ANGIONEUROTICO	50	I
51	EFEECTO ADVERSO POR MEDICAMENTO POR SOBREDOSIS	51	II

52	CONDRITIS	52	III
53	CELULITIS EN BRAZO DERECHO	53	IV
54	SEPTICEMIA	54	I
55	FLATULENCIA Y AFECCIONES AFINES	55	IV
56	FRACTURA DE BRAZO Y CLAVICULA	56	II
57	GASTRITIS	57	III
58	LESION DERMICA/ HDA	58	III
59	HERNIA HINGUINAL SIN OBSTRUCCION	59	III
60	HERPES ZOSTER SIN COMPLICACION	60	III
61	HIDROCELE NO ESPECIFICADO	61	III
62	HIPERMESIS GRAVIDICA	62	III
63	HIPERTENCION ESCENCIAL	63	III
64	HIPO	64	III
65	ICC	65	II
66	INFECCION DE VIAS URINARIAS	66	III
67	LUMBAGO	67	III
68	ODINOFAGIA	68	III
69	PALPITACIONES	69	III
70	TRAUMA OBSTETRICO, CONTUSION DE RODILLA	70	II

71	URTICARIA	71	IV
72	VAGINITIS	72	IV
73	VARICELA SIN COMPLICACIONES	73	IV
74	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	74	III
75	MAREO Y DESVANECIMIENTO	75	II
76	ESPISTAXIS	76	IV
77	ESTOMATITIS AFTOSA	77	IV
78	PARASITOSIS INTESTINAL	78	IV
79	RPM	79	II
80	HEMORROIDES EXTERNAS	80	III
81	NAUSEA Y VOMITOS	81	III
82	MORDEDURA O PICADURA DE INSECTO	82	IV
83	NEUMONIA BACTERIANA	83	II
84	SUPERV EMB NORMA	84	IV
85	TENDINITIS AGUDA	85	IV
86	TRANSTORNO DE ANSIEDAD	86	III
87	HEMORRAGIA VAGINAL POSTMENOPAUSICA	87	IV
88	AMPUTACION PARCIAL TRAUMATICA DE DEDO DE MANO	88	I


89	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL PENE	89	IV
90	MASTITIS NO PURULENTA	90	IV
91	OBSTRUCCION DE SONDA NASOYEYUNAL	91	III
92	OTRAS INFECCIONES VIRALES ESPECIFICADAS, CARACTERIZADAS POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS	92	IV
93	QUEMADURA SOLAR DE I GRADO	93	II
94	SUPERVISION DE EMB DE ALTO RIESGO	94	III
95	RUBEOLA	95	IV
96	RUPTURA DE LIGAMENTOS DEL DEDO	96	III
97	HEMATURIA NO ESPECIFICADA	97	IV
98	PARALISIS DE BELL	98	IV
99	PARASITOSIS INTESTINAL	99	IV
100	RETARDO DE DESARROLLO DEBIDO A DESNITRICION PROTEICOALORICA	100	IV
101	SÍNDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	102	IV

102	SINUBITIS	103	IV
103	URETRITIS	104	III
104	VENAS VARICOSAS DE LOS MMII CON ULCERA	105	III
105	ENF DIVERTICULAR DEL INT GRUESO SIN PERF NI ABS	106	IV
106	SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL	106	IV
107	INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA	107	IV
108	ANEMIA NO ESPECIFICADO	108	III
109	CAIDA	109	IV
110	LIPOMA	110	IV
111	CESAREA	111	I
112	EDEMA LOCALIZADO	112	III
113	DOLOR OCULAR	113	IV
114	ENDOMETRIOSIS Y DISMENORREA	114	III
115	ENF DEL ESOFAGO	115	IV
116	EQUIMOSIS ESPONTANEA	116	III
117	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR + DERRAME PLEURAL	117	I
118	GINGIVITIS AGUDA	118	IV

119	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL	119	I
120	HEPATITIS AGUDA A	120	II
121	IMPETIGO	121	IV
122	INFECCION GENITAL	122	IV
123	UÑA ENCARNADA	123	IV
124	ECZEMA HERPETICO	124	IV
125	MASTODINIA	125	IV
126	ORZUELO	126	IV
127	PANCREATITIS	127	II
128	PAROTIDITIS SIN COMPLICACION	128	IV
129	QUISTE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	129	IV
130	PRURIGO	130	IV
131	DOLOR PELVICO	131	III
132	SINDROME DE COLON IRRITABLE	132	IV
133	TORTICULIS	133	III
134	TRASTORNO PLACENTARIO	134	III
135	TRASTORNO DE LA SINOVIA Y EL TENDON	135	IV
136	REFLUJO GASTROESOFAGICO	136	III
137	DIVERTICULITIS SIN ABCESO	137	III

138	FIEBRE	138	IV
139	HERIDAS	139	III
140	OMA	140	III
141	QUISTE OVARICO	141	IV
142	TRASTORNO FOLICULAR	142	III
143	TRASTORNO HEMORRAGICO	143	I
144	TRAUMATISMO DE CABEZA / MULTIPLE	144	II
145	TRABAJO DE PARTO	145	II

Apéndice E. Carta de compromiso



CLÍNICA
GOOD HOPE
MIRAFLORES

Malecón Baiza 956
Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: 610-7300
Fax: 446-0411

informes@goodhope.org.pe
www.goodhope.org.pe

CARTA DE COMPROMISO


Yo, Liliana Raquel Rojas Pampa identificada con N° C.E.P 70712, domiciliada en Villa Los Sauces Mz “B” Lt. 6, habiendo recibido la aprobación final del Comité de Docencia e Investigación y Comisión Interna de la Clínica Good Hope, para realizar mi trabajo de investigación Titulado **“Incidencia de Urgencias y Emergencias en Base a Prioridades en una Clínica Privada de Miraflores, Lima, Perú”**.

ME COMPROMETO con La Clínica Good Hope y asumo los lineamientos:

1. Manejo ético de todo mi proyecto.
2. Mantener la confidencialidad de los encuestados.
3. Obtener consentimiento informado cuando así se requiera.
4. Dejar 02 copias de la base de datos en Docencia e Investigación.
5. Presentar al menos 02 juegos de la Tesis o trabajo finalizado.
6. Presentar 01 informe final.
7. Entiendo que todos los datos obtenidos del presente trabajo o proyecto son **“propiedad intelectual de la Clínica Good Hope”** por lo tanto, para fines de difusión, publicación, parcial o total, deberá realizarse conjuntamente con la institución y quien ésta designe a través del Departamento de Docencia e Investigación.

Liliana R. Rojas Pampa
Estudiante de Especialidad de
Emergencias y Desastres – Enfermería
Universidad Peruana Unión

Apéndice F. Carta de autorización



CLÍNICA
GOOD HOPE
MIRAFLORES

Malecón Ballea 956
Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: 610-7300
Fax: 446-0411
informes@goodhope.org.pe
www.goodhope.org.pe

Miraflores, 12 de junio de 2017

Licenciada
LILIANA RAQUEL ROJAS PAMPA
Estudiante Post Grado
Universidad Peruana Unión


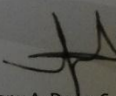
Estimada licenciada Rojas:
Por medio de la presente le emitimos el acuerdo por el Comité de Docencia e Investigación, en relación a su solicitud de permiso para acceder a Historias Clínicas del servicio de Emergencia en las fechas del 01 al 07 de febrero del 2016, para ejecución de Proyecto de Tesis "Urgencia y Emergencias Atendidos en el Servicio de Emergencias en una Clínica Privada de Miraflores, Lima Perú".

2016 - 061 COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN – Acordar Aprobado, Permiso para acceder a Historias Clínicas del servicio de Emergencia entre las fechas 01 al 07 de febrero del 2016, al tratarse de un proyecto observacional y al ser los resultados de interés para la Clínica; dándose como requisito la firma de los compromisos correspondientes, a contraer con la Clínica Good Hope.

Estamos seguros que dicho protocolo de investigación se realizará cumplimiento toda la normatividad y regulación nacional e institucional relacionada a proyectos de investigación Clínica.

Se expide la presente a solicitud del interesado para los trámites que considere pertinentes.

Atentamente,



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MCR, MD.
Jefe Docencia e Investigación
Anexo 2501 – 6522