



UNIVERSIDAD NACIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P MEDICINA HUMANA

**EL TRIAJE INADECUADO, EL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS
INSUFICIENTES Y LA DECISIÓN PROPIA DEL PACIENTE SON
FACTORES RELACIONADOS A LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II – HUÁNUCO
ESSALUD 2014.**

TESISTAS:

**HUERTO FALCÓN, KEILA KENAT
CUADROS ARAUCO, MARIBEL SUSANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**HUÁNUCO – PERÚ
2016**

DEDICATORIA:

Dedicamos nuestra tesis con mucho amor a Dios, nuestros maestros y padres. A Dios por habernos dado la bendición y la dicha de haber estudiado una carrera tan noble como es la Medicina Humana, a la vez otorgarnos maestros que nos iluminaron con su sabiduría durante los días de aprendizaje en la universidad y a nuestros padres, familiares quienes con su esfuerzo y tenacidad nos apoyaron incondicionalmente en este largo camino pero a la vez gratificante del estudiante de Medicina.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios quien nos iluminó y nos guio durante nuestra formación dándonos la fortaleza necesaria para seguir adelante, en segundo lugar a cada uno de los que son parte de nuestra familia padres, hermanos tíos, abuelos quienes con su ejemplo, perseverancia nos apoyaron día a día para poder llegar a la culminación de nuestros objetivos.

En tercer lugar y no por ello menos significativo a nuestros maestros quienes nos transmitieron sus conocimientos con mucho empeño y amor alentándonos a la culminación de nuestras metas.

**“EL TRIAJE INADECUADO, EL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS
INSUFICIENTES Y LA DECISIÓN PROPIA DEL PACIENTE SON
FACTORES RELACIONADOS A LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II – HUÁNUCO
ESSALUD 2014”**

RESUMEN

Objetivo: Determinar que el Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y La Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014. **Materiales y Métodos:** Diseño transversal, prospectivo analítico, realizado en dicho hospital. Se eligió al azar a 336 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia que incluyó los 4 servicios tales como Medicina, Cirugía, Ginecología y Pediatría en el periodo comprendido entre el 24 y 30 de Noviembre del 2014. La realizaron 336 encuestas dirigidas a los pacientes en los horarios de: 6am, 9am, 12am, 3pm, 6pm y 9 pm los 7 días de la semana. Los 336 pacientes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** La población de nuestro estudio fue femenina (61,6%), entre los grupos de edad de 31 a 40 años (27.7%). De procedencia del distrito de Huánuco (34,1%), con educación superior (76,2%) y ocupación trabajo dependiente (49.1%). El diagnóstico más frecuente fue dolor abdominal leve que es crónica o recurrente (10.1%), dolor de cabeza (8%) y vómitos y/o diarrea solos (8%)

La frecuencia de la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue casi en todo el estudio (97.6%, El Triage Inadecuado tuvo una elevada frecuencia de 88,7% El

número de recursos humanos inadecuados tuvo una frecuencia de 25,9%. Al realizar el análisis bivariado de nuestras variables independientes con la dependiente no se encontraron asociaciones significativas las cuales son: El triaje inadecuado relacionado con la saturación del servicio de emergencia fue de 94,6% ($p=0,11$; OR: 3,113 IC: 0,722-13,422). El número de recursos humanos insuficientes relacionado con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue de 95,4% ($p=0,12$ OR: 0,339 IC: 0,083-1,385) y la decisión propia del paciente con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue de 97,7% ($p=0,85$ OR: 1,235 IC: 0,148-10,345).

El único resultado significativo fue la relación de los recursos humanos insuficientes con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia se encuentra relacionado en el horario de las 6pm fue de 50% con resultado significativo ($p=0,0002$ OR: 0,02 IC: 0,001-0,23)

Conclusión: No se encontró relación entre el triaje inadecuado, número de recursos humanos insuficientes, decisión propia del paciente con la saturación del servicio de emergencia debido a que el 97,6% de todo el desarrollo de la investigación había hacinamiento. Existe relación entre el número de recursos humanos insuficientes y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia en el horario de las 6pm siendo significativo el resultado.

Palabras claves: **Triaje, Recursos Humanos Insuficientes, Decisión Propia del Paciente, Saturación del servicio de emergencia, Día de la encuesta, Hora de la Encuesta.**

**TRIAGE INADEQUATE, THE NUMBER OF INSUFFICIENT HUMAN
RESOURCES AND PATIENT'S OWN DECISION ARE FACTORS
RELATED TO THE SATURATION OF PATIENTS IN HOSPITAL
EMERGENCY SERVICE II - 2014 HUÁNUCO ESSALUD"**

SUMMARY

Im: To determine that inadequate Triage, the number Deficient Human Resources and Patient decision itself are factors related to the saturation of patients in the Emergency Hospital II - Huanuco ESSALUD 2014. **Materials and Methods:** Cross-sectional, prospective analytical held in the hospital. 336 patients treated in the emergency department, which included 4 services such as Medicine, Surgery, Gynecology and Pediatrics in the period between 24 and 30 November 2014. The conducted 336 surveys of patients were chosen randomly times: 6am, 9am, 12am, 3pm, 6pm and 9pm 7 days a week. The 336 patients met the inclusion and exclusion criteria.

Results: The study population was female (61.6%) among the age groups of 31 to 40 years (27.7%). From which the district of Huanuco (34.1%), with higher education (76.2%) and occupation dependent work (49.1%). The most frequent diagnosis was mild abdominal pain that is chronic or recurrent (10.1%), headache (8%) and vomiting and / or diarrhea alone (8%)

The frequency of patients saturation emergency service was almost throughout the study (97.6%), Triage Unsuitable had a high percentage of 88.7% The number of inadequate human resources was 25.9%. In making bivariate analysis of our independent variables with the dependent no significant associations were found which

are: inadequate triage related to saturation emergency service was 94.6% ($p = 0.11$, OR: 3,113 IC: . 0.722 to 13.422) the number of insufficient human resources related to the saturation of patients in the emergency service frequency was 95.4% ($p = 0.12$ OR: 0.339 CI: 0083-1385) and the patient's own decision saturation patients emergency service was 97.7% ($p = 0.85$ OR 1,235 CI 0148-10345).

The only significant result was the relationship of insufficient human resources with saturation of patients in the emergency room is connected between the hours of 6pm was 50% with significant result ($p = 0.0002$ OR. 0.02 IC : from 0.001 to 0.23)

Conclusion: No relationship between inadequate triage, insufficient number of human resources, patient's own decision saturation emergency service because 97.6% of the development of research had found overcrowding. There is a relationship between the number of insufficient human resources and saturation of patients in the emergency service between the hours of 6pm being significant result.

Keywords: Triage, Deficient Human Resources, Patient Own Decision, Saturation emergency service, Day survey Time Survey.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	20
1.1 Bases teóricas.....	20
1.2 Antecedentes.....	54
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	70
2.1 Descripción y planteamiento del problema de investigación.....	70
2.2 Formulación del problema.....	76
2.3 Hipótesis de investigación.....	76
2.4 Objetivos Generales y específicos.....	77
2.5 Definición y Operacionalización de Variables.....	78
2.6 Tipo y Diseño General Del Estudio.....	83
2.7 Población y Muestra.....	84
2.8 Fuentes, Técnicas e Instrumentos De Recolección De Datos.....	90
2.9 Aspectos Éticos.....	94
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	96
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	99
CONCLUSIONES.....	104
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	105
LIMITACIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	113
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Operacionalización de variables	

Anexo 3: Tabla N° 1

Anexo 4: Tabla N° 2

Anexo 5: Tabla N° 3

Anexo 6: Tabla N° 4

Anexo 7: Cuestionario

Anexo 8: Plan de análisis

Anexo 9: Consentimiento informado

INTRODUCCIÓN:

Serrano Benavente R. A. en el estudio “Sistema de Triage en Urgencias Generales” describe que durante los últimos años se vio el incremento de la demanda de usuarios en el servicio de urgencias debido a diferentes factores: aumento de la población debido a la inmigración, a la esperanza de vida y la cronificación de las enfermedades entre otros factores. (1)

Las prestaciones en los servicios de urgencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione dentro de los servicios con el fin de tutelar aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. Estos factores obligan a establecer sistemas de triaje delante de la urgencia hospitalaria. (1)

El concepto de triaje, aunque su primera utilización se relaciona con el comercio a principios del siglo XII para la selección de telas o cafés, fue con las guerras napoleónicas cuando el triaje se difundió como un proceso mediante el cual sólo los soldados con lesiones menores recibían tratamiento para su rápida incorporación al frente, mientras los que presentaban heridas mortales eran apartados. (1)

Castro Canoa J A. et al en el 2010 en un Estudio de Validación de la Escala NEDOCS para medir la Congestión en Urgencias en Facultad de Medicina Bogotá

D.C describe que En Estados Unidos, a partir del año 1990 se empezó a notar el incremento en la consulta de urgencias (2). La definición más acertada del significado del “**overcrowding**” o la congestión, realizada por **Cowan y Trzeciak**, *incluye un número importante de pacientes en el servicio de urgencias, que supera la capacidad del mismo*, que trae como consecuencia tiempos de espera prolongados, especialmente para aquellos que no se consideran pacientes críticamente enfermos, lo cual produce insatisfacción, quejas y disminución del compromiso y de la motivación por parte del personal médico. (2)

Según Mollar J B, et al. En el estudio Derivaciones desde Atención Primaria a las urgencias hospitalarias en el departamento 7 de Valencia se encuentra que El aumento de la demanda en los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias) en los últimos años ha sido muy importante, así en los hospitales españoles se ha pasado de atender 21.324.816 pacientes en el 2001 a 24.409.061 en el 2005 (3).

Durand A C, et al. en un estudio realizado en Francia sobre “Cuidado con el Triage en los Departamentos de Emergencia”. Describe que en los últimos 30 años, el número de visitas a Departamentos de Urgencias (EDS) ha aumentado progresivamente, provocando el hacinamiento en muchos países (4).

La Unidad de Urgencias Hospitalarias Estándares y recomendaciones describe que La saturación de la UUH (Unidad de Urgencias Hospitalarias) es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico (5).

En el Hospital Es Salud II Huánuco, durante el 2013 se atiende a 82 250 pacientes al año y mensualmente en promedio 3 430 pacientes; y durante el año 2014 se aprecia cifras de 9 055, 5 975, 7 007, 6 861, en los meses de enero, febrero, marzo y abril respectivamente; siendo un número significativo si la mayoría correspondiera a situaciones de emergencia y urgencia sin embargo en las revisiones bibliográficas se aprecia que el mayor número de demanda habitual está constituida por patología aguda común. (6)

Soler W, et al. En el estudio “El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias” encuentra que los servicios de urgencias en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se pasa de los 18 millones de urgencias atendidas en 1977 a 26,2 en 2007, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige (7).

Oredsson S, et al. en una Revisión Sistemática de las intervenciones relacionadas con el triaje para mejorar el flujo de pacientes en los servicios de

urgencias. Encuentra que El hacinamiento en los servicios de urgencias (EDS) es un problema creciente a nivel mundial. En los Estados Unidos, un comité del Instituto de Medicina ha caracterizado el hacinamiento ED como una crisis nacional (8)

Vítolo F. en el estudio sobre Saturación de las guardias de emergencia determina que en cuanto a los Recursos Humanos según el American College of Emergency Physicians (ACEP), la carga de trabajo razonable se encuentra hoy en un rango que oscila entre 1,8 y 2,8 pacientes prestador por hora. Entonces, a un promedio de dos pacientes por prestador por hora, 1 médico de guardia podría atender cerca de 18.000 consultas por año. Cuando se excede este número, debería contratarse un nuevo médico. (34) (9)

Jesús M. et al. En ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? el motivo más frecuente de visita al SUH (Servicio de Urgencia Hospitalaria) fue por iniciativa Propia del Paciente (10).

De la misma forma Ruiz Giménez A. et al en el artículo ¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias?, estudios previos encuentran que el 90% de los casos atendidos como urgencia en el hospital podrían haber sido resueltos en Atención Primaria (AP) (11).

Marín Gómez J P en el estudio Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes describe que El 79,6% de los pacientes acudieron por iniciativa propia a la UUH de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña. (12)

Torné Vilagrasaa E, et al. En un estudio realizado en Barcelona “Análisis de la demanda en los servicios de urgencias” Encuentra que El grupo de edad de más de 64 años representa el 28% del total de pacientes que acude a los servicios de Urgencias (13). Por otro lado Durand A C, et al. en un estudio realizado en Francia “Cuidado con el Triage en los Departamentos de Emergencia” encuentra que el 33.3% de pacientes que acuden al servicio de emergencia tenían edades entre 25 y 44 años de edad; el 14,3% de los pacientes eran 75 años de edad o más. Más de un tercio sufría de enfermedad crónica (36,7%) (4).

Durand AC, et al. En “Los pacientes no urgentes en los servicios de urgencias: Los consumidores racionales o irresponsable? Las percepciones de los profesionales y los pacientes” En este estudio la edad media (\pm estándar desviación, SD) de pacientes que acuden al servicio de emergencia fue 38, 3 años \pm 16, 2 (rango de 17 a 78 años) (14).

Júdez Legaristi D, et al. En el estudio “Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios” describe que los pacientes que respondieron a la encuesta y la población general en sexo y grupo de edad, de

forma que las mujeres y el grupo de edad de 65 a 74 años estaban supra representadas (15). En otro estudio realizado en España por Martínez C. Se encontró un predominio del sexo femenino (1.383 [55,8%]) en pacientes que acuden al servicio de emergencia. (16).

En función del día de la semana Júdez Legaristi D, et al, encuentra mayor demanda los días domingos y según horas del día no se encuentra diferencias significativas (15).

Ruiz Giménez A, et al. En un estudio realizado en España “¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias?” los pacientes que acudieron directamente al hospital fueron un 77,1% los que se ubicaban próximos al hospital (11).

Júdez Legaristi D, et al. En un estudio realizado en España “Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios” encuentra diferencias en las personas que acuden al servicio de urgencias ($p = 0,021$) en función del tipo de contrato, de manera que el 60% de las mujeres tenían un contrato temporal, mientras que en esa misma proporción en los hombres el contrato era fijo (15).

Durand AC, et al. en el estudio “los pacientes no urgentes en los servicios de urgencias: Los consumidores racionales o irresponsable? Las percepciones de los

profesionales y los pacientes” encuentra que el Crecimiento de la demanda se debe en parte a la falta de acceso a la educación primaria, los servicios de atención, y el mal uso de los Servicios de Urgencia por los pacientes que buscan atención para problemas no urgentes (14).

Ohara K, et al. En la Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela encuentra que de acuerdo al diagnóstico de ingreso existen atenciones de pacientes con patología aguda que por diversas razones y circunstancias hacen uso de este escalón asistencial (17)

Flores C R., en un estudio realizado en EE.UU “La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad” se encontró que los motivos de consulta más frecuentes en los niños son la fiebre, la tos, los vómitos y la otalgia (18). En otro estudio Ohara K, et al. “En la Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela” se encuentra que el diagnóstico más frecuente es patologías del sistema respiratorio en un 22.5%(17).

Martin Rodriguez G, “Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario” describe que la demanda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha experimentado un crecimiento importante en todas las comunidades autónomas españolas (19).

Soler W, et al. En el estudio “El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias” describe El término *triage o triaje* como un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar, existen 5 escalas que clasifican el triaje dentro de ellos está La Australian Triage Scale (ATS), La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) (7).

Fernández Rodríguez, B. en su estudio “Atención de enfermería en Urgencias y Emergencias” describe que en el Triage se da la categorización de las víctimas de la primera a cuarta categoría (20).

La Unidad de urgencias hospitalarias Estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social De España. Describe que La dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, debe adecuarse a las variaciones de actividad, por turno, por días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas (21).

Oredsson S, et al. En Una revisión sistemática realizada en Francia de las intervenciones relacionadas con el triaje para mejorar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias se encuentra que la edad media de los pacientes no urgentes fue de 36,3 años (Departamento de Emergencia, 11,7; rango 18-70) (22).

Holroyd BR, et al. en el ensayo controlado aleatorizado “Impacto de un médico de triaje sobre el hacinamiento del servicio de urgencias.” Describe que hay gran interés en las intervenciones para disminuir las visitas al Departamento de Emergencia de pacientes no urgentes. Una encuesta de 2006 encontró que el 30% de los médicos de emergencia trabajan en hospitales que han implementado prácticas para disminuir las visitas no urgentes de los sistemas de salud (23)

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas

1.1.1 Overcrowding

Castro Canoa J A, et al. En el 2010 en un Estudio de Validación de la Escala NEDOCS para medir la Congestión en Urgencias en Facultad de Medicina Bogotá D.C describe que A nivel mundial, el servicio de urgencias se define como el sector de una institución de salud en el cual se atienden los pacientes que demandan atención por patologías o condiciones que amenacen su vida. Presta atención a los pacientes los 365 días del año, 24 horas al día, sin importar la seguridad social del paciente, donde se presta atención médica inmediata y estabilización médica a aquellos pacientes que así lo requieren. (2)

Por esto, se asume que, por atenderse las condiciones que amenazan la vida de los pacientes, los servicios de urgencias deben brindar atención de forma rápida, oportuna y eficiente. Sin embargo, fuera de los determinantes internos de las instituciones que pueden condicionar la atención de urgencias, hay un gran problema que aqueja éstas unidades a nivel mundial y es la demanda aumentada en dichos servicios, causada por varios factores. (2)

A pesar de estar permanentemente sujetos a los problemas que acarrea el hecho de la congestión en urgencias, en Latinoamérica poco se ha escrito sobre el tema. En algunos países, como Estados Unidos, Canadá, España, Corea y Australia, se han

hecho numerosos intentos por ahondar en el tema para objetivar y planificar intervenciones efectivas. (2)

A pesar de los esfuerzos de la ACEP (*American College of Emergency Physicians*) por definir “*overcrowding*” o mejor traducido al español como congestión en urgencias, aún no existe un consenso sobre esta definición. La falta de medidas estándar para este concepto ha hecho difícil precisar las causas y consecuencias de la congestión en los servicios de urgencias del mundo. (2)

La definición más acertada del significado del “*overcrowding*” o la congestión, realizada por Cowan y Trzeciak, *incluye un número importante de pacientes en el servicio de urgencias, que supera la capacidad del mismo*, que trae como consecuencia tiempos de espera prolongados, especialmente para aquellos que no se consideran pacientes críticamente enfermos, lo cual produce insatisfacción, quejas y disminución del compromiso y de la motivación por parte del personal médico. (2)

Martin Rodríguez G, describe que en particular, la demanda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha experimentado un crecimiento importante en todas las comunidades autónomas españolas. La universalización de la cobertura y prestaciones sanitarias de los SUH, la mejora de las instalaciones y la accesibilidad, así como el aumento de las expectativas del ciudadano acerca de lo que el sistema sanitario debe y puede hacer por él contribuyen quizás a explicar el aumento desproporcionado de la frecuencia con la que se visitan los SUH. (19)

El hecho es que los ciudadanos solucionan sus problemas asistenciales urgentes acudiendo directamente al hospital, con la consiguiente sobrecarga de los servicios de urgencia, inicialmente pensados para la resolución de procesos más agudos y graves. De este modo se genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada que puede traducirse en un deterioro de la calidad del servicio, como se ha señalado en algunos trabajos. (19)

Oredsson S, et al. en una Revisión Sistemática de “las intervenciones relacionadas con el triaje para mejorar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias”. Determina que hay múltiples factores que determinan el flujo de pacientes en los departamentos de emergencia y el modelo conceptual de entrada, proceso y salida se ha convertido en un método aceptado en la comprensión de las causas del hacinamiento. Según el modelo, las causas pueden buscarse en cualquiera de los tres dominios y las acciones para reducir el hacinamiento pueden ser dirigidas hacia la entrada, el proceso o la salida de la ED. Aunque algunos de las soluciones propuestas para mejorar el flujo de pacientes en los Departamentos de emergencia han surgido a partir de un análisis sistemático, muchas mejoras son de carácter ad hoc. Muchas de las nuevas estrategias se inspiran en el pensamiento de la salud, con un enfoque en la orientación de flujo, reducción de elementos de trabajo innecesarios, la mejora continua de la calidad, y la participación de todos los compañeros de trabajo. (8)

Proceso de Atención en la Sala de Urgencia

Reveco y Weber. en el artículo Gestión de Capacidad en el Servicio de Urgencia en un Hospital Público, Septiembre 2011; describió que es importante conocer el funcionamiento normal de la atención de Urgencia mediante un esquema sobre Proceso de atención de urgencia en la urgencia de un hospital pediátrico público de la ciudad de Santiago. Su flujo cuenta de varios pasos que se describirán a continuación. (24)

Linares Mendoza G. en “Congestión en el servicio de urgencias ¿retrasa la primera dosis de antibiótico o analgésico?” define urgencia en el marco jurídico colombiano como “*la alteración de la integridad física o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte*”. (25)

Por otra parte, define a la atención inicial de urgencias como “todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”. (25)

Urgencia

Gómez Jiménez J. en el artículo “Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado.” Menciona que Existe una generalizada confusión entre el concepto de urgencia, tal como se entiende en los sistemas de triaje estructurado y el concepto de gravedad, no siendo infrecuente que al definir el triaje se hable de clasificación de pacientes por niveles de gravedad, cuando en realidad lo que clasificamos es el nivel de urgencia de los pacientes. (26)

Linares Mendoza G. describe que existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, entre éstos se encuentra el que resume la filosofía que ha servido a la Seguridad Social para establecer los Servicios especiales o normales de Urgencia: (25)

- “Urgencia es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal”. Se trata de un criterio eminentemente funcional.
- Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario.
- Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona”. (25)

Gómez Jiménez J. en el estudio Clasificación de Pacientes en los Servicios de Urgencias y Emergencias menciona que El triaje, entendido como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero, es imprescindible siempre que la demanda exceda la capacidad resolutive del servicio, siendo aconsejable que se mantenga las 24 horas del día. (27)

Tipos de Urgencias:

Atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones: (25)

Urgencia subjetiva: Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona. (25)

Urgencia objetiva: Sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado. (25)

Urgencia vital: Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia. (25)

Emergencia: Las características específicas del modelo sanitario español definidas en la Ley General de Sanidad, así como la posibilidad lingüística de utilizar los términos de urgencia y emergencia, lo que en sí era un anglicismo sinónimo de urgencia, ha dado lugar a la diferenciación conceptual entre ambos términos y su posterior aplicación al diseño de los modelos de atención sanitaria. (25)

Con el término emergencia sanitaria se refieren aquellas situaciones que reúnen las siguientes características:

- Hacen peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comporta un elevado riesgo vital.
- El problema desencadenante de la emergencia aparece casi siempre de un modo súbito.
- Requieren de respuesta especializada inmediata, entre unos minutos y una hora.
- La emergencia requiere hospitalización, salvo raras excepciones, y ésta se produce prácticamente siempre ocupando camas de enfermos críticos o agudos.
- Precisa, por lo general, de asistencia *in situ* y un transporte asistido o especializado hasta el hospital.

- La solicitud de atención ante situaciones de emergencia procede de la familia o del entorno donde se ha desencadenado el problema. Generalmente, no es solicitada por el propio paciente.
 - Hasta la plena instauración de los servicios de urgencia extra hospitalarios, necesita con frecuencia la concurrencia de instituciones no sanitarias para su resolución, como son policía, bomberos, etc.
 - El personal que atienda situaciones de emergencia requiere formación específica.
- (25)

Martin Rodriguez G, “Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario” En particular, la demanda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha experimentado un crecimiento importante en todas las comunidades autónomas españolas. (19)

La universalización de la cobertura y prestaciones sanitarias de los SUH, la mejora de las instalaciones y la accesibilidad, así como el aumento de las expectativas del ciudadano acerca de lo que el sistema sanitario debe y puede hacer por él contribuyen quizás a explicar el aumento desproporcionado de la frecuencia con la que se visitan los SUH. (19)

El hecho es que los ciudadanos solucionan sus problemas asistenciales urgentes acudiendo directamente al hospital, con la consiguiente sobrecarga de los servicios de urgencia, inicialmente pensados para la resolución de procesos más agudos y graves. De este modo se genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada que puede traducirse en un deterioro de la calidad del servicio, como se ha señalado en algunos trabajos. (19)

De ahí que en los países desarrollados se haya puesto en práctica una serie de medidas que tratan de frenar las visitas inapropiadas o desviarlas hacia su lugar correcto en el sistema sanitario. Pero, dado el escaso éxito de estas intervenciones, parece aconsejable que las políticas sobre urgencias hospitalarias se diseñen más bien con objeto de reorganizar los SUH de forma que su oferta se ajuste a la demanda real. (19)

A pesar de que los SUH puedan atender el volumen de demanda que llega y también con rapidez los casos graves, uno de los puntos débiles del servicio es la imposibilidad de programar las tareas en un contexto de creciente saturación. Así, el conocimiento general de la demanda de los SUH es imprescindible para planificar las inversiones públicas en estructuras y personal. Y, dado que el resultado final de la asistencia sanitaria depende en gran medida de la rapidez con que el paciente sea atendido, además de incrementar las dotaciones de recursos humanos y materiales, la correcta asignación de los recursos disponibles es otro de los elementos clave para mejorar la oferta. Adoptar medidas de esta índole exige conocer la demanda real de los SUH en cada momento. (19)

Ahora bien, la información disponible se limita en general a cifras agregadas de volumen asistencial que dicen poco sobre cuestiones tales como la heterogeneidad o la distribución temporal de la atención urgente. Así pues, como los especialistas médicos indican, es necesario conocer con sensibilidad y especificidad la realidad de la atención urgente. Teniendo en cuenta la variedad de factores que pueden incidir en la frecuentación de un SUH, cabe pensar en un comportamiento diferente según la época del año, el día de la semana o la hora del día de que se trate. (19)

Debido a la presencia de estos comportamientos la incidencia de los desajustes entre oferta y demanda es mayor en determinadas fechas. Así, el registro mensual o semanal de la demanda podría ser útil para organizar el servicio de urgencias, pero el examen de datos diarios o inter diarios permitiría sin duda un ajuste más preciso de la oferta. (19)

1.1.2 Triage

Serrano Benavente R. A. en el estudio “Sistema de Triage en Urgencias Generales” describe que el Triage en el ámbito intrahospitalario nace alrededor de los años 60 en EEUU, debido al aumento de la población que diariamente acudía a dichos servicios con un elevado porcentaje de patologías no urgentes y se han ido creando a partir de aquí otros sistemas de triaje en diferentes países. En el Reino Unido se empezó a utilizar el triaje hace más de 20 años. (1)

Canadá, basándose en la experiencia australiana, elabora su propio modelo en 1995, llegando en 1998 por consenso a un único sistema de triaje, dividido en cinco modelos de color con control de calidad que en algunos hospitales supone un doble sistema de triaje, verificando el código atribuido. (1)

Soler W, et al. En el estudio “El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias” describe el término *triage o triaje* como un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar. (7)

El «**triaje/clasificación**» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. (7)

La aplicación del triaje, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado triaje estructurado. (7)

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. (7)

Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje son:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización: Nivel 1-Resucitación, Nivel 2-Emergencia, Nivel 3-Urgente, Nivel 4- Semiurgente,

Nivel 5-No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). (1)

Así, podemos decir que actualmente existen cinco modelos de triaje estructurado, incluyendo el australiano: la Escala canadiense de triaje y gravedad para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente, y con los siguientes niveles de urgencia: Nivel I-Resucitación, Nivel II-Emergencia, Nivel III-Urgente, Nivel IV-Menos urgente, Nivel V-No urgente) el Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996, utilizando también la NTS como referente), el Índice de gravedad de urgencias (Emergency Severity Index: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente) y el Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de Triatge: MAT) (desarrollado por la Comisión de triaje del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000, y que utiliza la CTAS como referente). (1)

Triaje en las situaciones de atención a múltiples víctimas.

Sistemas de clasificación

Fernández Rodríguez, B., El triaje o clasificación es el conjunto de procedimientos asistenciales que ejecutados sobre una víctima, orientan sobre sus

posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la prelación en el transporte. El triage no es una técnica, es una necesidad determinada por (20):

- El número de víctimas.
- Naturaleza de las lesiones.
- Rendimiento de los recursos sanitarios.
- Distancia a los hospitales.
- Esperanza asistencial.

Principios para la clasificación:

Los diferentes tipos de clasificación están basados en la noción de plazo terapéutico y amparado en los siguientes principios. (20)

- La salvación de la vida tiene preferencia sobre la de un miembro y la conservación de la función sobre la corrección del defecto anatómico.
- Las principales amenazas para la vida están constituidas por la asfixia, la hemorragia y el shock.
- La clasificación debe conseguir identificar, ante todo, a aquellos pacientes críticos que necesitan reanimación inmediata y separarlos además de aquellos que no deberán recibir asistencia por ser leves y no precisar otra atención que autocuidados o bien porque sufran lesiones obviamente mortales. (20)

Características de la clasificación:

- Dinámica: sin solución de continuidad.
- Permanente: en toda la cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada víctima.
- Adaptada: al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte, la capacidad asistencial en la zona.
- Socialmente aceptable: siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia.
- Rápida: para no retrasar la atención a las víctimas que esperan su turno. No se debe retener nunca a una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación. De una manera ampliamente aceptada se considera que se deben emplear treinta segundos en clasificar una víctima muerta, un minuto para una víctima leve y tres minutos para evaluar una víctima grave. (20)
- Completa: ninguna víctima debe ser evacuada antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas o existencia de un riesgo potencial importante.
- Precisa y segura: ya que todo error inicial puede ser fatal para una urgencia grave, pues no siempre es posible rectificar. Ante la duda de en qué categoría incluir a un paciente, es conveniente hacerlo siempre en la categoría superior. (20)
- Sentido anterógrado: una vez abandonado un determinado escalón sanitario, el evacuado debe alcanzar el destino que se le fijó sin retrasarlo a puntos posteriores. (20)

Para llevar a cabo estas reglas, se hace necesario que la persona responsable del triage sea un profesional sanitario con una amplia experiencia en emergencias médicas y con un gran sentido clínico; además de poseer cualidades personales como dotes de mando, serenidad, capacidad organizativa e imaginación.(20)

Categorización de las Víctimas

a. Pacientes de Categoría Primera

Sinónimos: prioridad uno, extrema urgencia, etiqueta roja, P-1. Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que son identificadas y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad. Se resumen en (20):

- Parada cardiorrespiratoria presenciada y reversible.
- Asfixia. Obstrucción mecánica aguda de la vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia, lesión penetrante de tórax.
- Hemorragia activa.
- Shock hipovolémico muy severo.

b. Pacientes de Categoría Segunda

Sinónimos: prioridad dos, urgente, etiqueta amarilla, muy grave, P-2. Lesiones que pueden demorar en seis horas su primera asistencia y permiten trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital. (20)

Los cuadros más representativos son:

- Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastrointestinal, heridas del tracto genitourinario, heridas torácicas sin asfixia, heridas vasculares que exigen cirugía reparadora y todas las lesiones que hayan exigido la aplicación de torniquete.

(20)

- Pacientes en coma, traumatismos craneoencefálicos con focalidad, politraumatizados y heridas abiertas abdominales.

- Dificultad respiratoria controlada.

- Quemados con lesiones del 20%.

c. Pacientes de Categoría Tercera

Sinónimos: prioridad tres, no urgente, etiqueta verde, menos grave, P-3. Víctimas cuya asistencia puede demorarse en plazos superiores a las seis horas sin riesgo de muerte para el individuo, aunque puedan quedar con secuelas considerables desde el punto de vista funcional. Los cuadros más representativos son:

- Lesiones cerebrales que exijan descompresión.

- Heridas musculares, polifracturados, contusiones torácicas y fracturas de huesos largos.

- Lesionados menores que pueden ser atendidos incluso después de 24 horas en puestos asistenciales muy retrasados: fracturas de huesos cortos, luxaciones, heridas menores,

heridas oculares, lesiones maxilofaciales sin cuadros psicológicos y patología médica (en paciente previamente enfermo). (20)

d. Pacientes de Categoría Cuarta

Sinónimos: cuarta categoría, etiqueta gris, fallecidos. Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, como paradas cardiorrespiratorias no presenciadas, traumas craneales con salida de masa encefálica, destrucciones multiorgánicas, etc. En ellas no se debe efectuar ningún esfuerzo terapéutico. (20)

Niveles de Urgencia

Nivel I- Urgencia Vital: Implica reanimación inmediata (25)

Nivel II- Patología muy Urgente: Implica estabilización hemodinámica, Exploración inmediata, aproximación diagnóstica, pruebas diagnósticas inmediatas, y tratamiento paliativo hasta diagnóstico definitivo. (25)

Nivel III- Patología Urgente: Implica prevención de riesgo, exploración rápida, pruebas diagnósticas rápidas, medidas de prevención de riesgo y observación en cama en sala de urgencias. (25)

Nivel IV-Urgencias Relativas: implica la realización de Historia clínica, pruebas diagnósticas en plazos razonables, espera en salas generales, valoración de riesgos y derivación a atención primaria para diagnóstico y tratamiento si procede. (25)

En el Hospital Es Salud II Huánuco se realiza la clasificación de enfermedades de la lista de daños según prioridad de atención según la Norma técnica de salud de los servicios de emergencia NT N° 042; Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las prioridades establecidas en el Triage: (28)

Prioridad 1

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.

1. Paro Cardíaco Respiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo).
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión /shock /crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.

- Quemaduras con extensión mayor del 20%. De superficie corporal.
- Caída o precipitación del altura.
- Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
- Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
- Herida de bala o arma blanca.
- Sospecha de traumatismo vertebro medular.
- Evisceración.
- Amputación con sangrado no controlado.
- Traumatismo encéfalo craneano.

11. Status Convulsivo.

12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.

13. Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.

15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.

16. Signos vitales anormales:

ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x mm.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.

- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mm Hg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardiaca ≥ 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria \geq a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria \geq a 50 x min (desde los 2 meses al año).
- Saturación de oxígeno $\leq 85\%$.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardiaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardiaca ≥ 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria $>$ a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

17.- Suicidio frustrado.

18.- Intento suicida.

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- 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.

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia. (28)

1. Frecuencia respiratoria de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes Mellitus Descompensada.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación Hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuria en ojos: perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.

20. Síntomas y signos de cólera.
21. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o Infección en paciente inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente especializada, Pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome Meníngeo.
30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia, mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria.
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida.
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.

39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumas leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía.
44. Flebitis o Tromboflebitis.
45. Herpes Zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas.
48. Problemas específicos en pacientes obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - Sangrado post parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastralgia.

- Edema Generalizado.

49. 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 $T \geq 38^\circ$.
- Niños menores de 2 años con $T \geq 39^\circ C$.
- 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 con sangrado activo que requiere sutura.
- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia.
- Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II. (28)

1. Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatia aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de depresión
19. Crisis de ansiedad o disociativas.

20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. 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.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. (28)

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedad diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Fiebre sin síntomas asociados.
7. Resfrío común.
8. Dolor de oído leve.
9. Dolor de garganta sin disfagia.

10. Enfermedades crónicas no descompensadas.

1.1.3. Recursos Humanos Insuficientes.

Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social De España describe que el personal necesario en la UHH (Unidad de Urgencias Hospitalarias) es el siguiente:

- Médico. Los facultativos que prestan servicio en la UUH son tanto los médicos de plantilla de la propia unidad como los especialistas que están de guardia de presencia física o localizada y que acuden a la UUH cuando se les requiere. El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, debe estar accesible en la UUH, con la forma de contacto actualizada. (21)

- Enfermeros y auxiliar de enfermería.

- Celador / personal de transporte interno y gestión auxiliar.

- Personal auxiliar administrativo.

Se recomienda que se calcule la necesidad de recursos de la UUH, sobre el mix histórico de pacientes atendidos, por turno, imputando un tiempo medio de atención médica por nivel de gravedad. (21)

La organización y gestión del personal de la UUH (turnos, sustituciones, etc.) incide directamente en el dimensionado de la plantilla. La dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, debe adecuarse

a las variaciones de actividad, por turno, por días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas. (21)

Vítolo F. en el estudio sobre Saturación de las guardias de emergencia describe que en El factor referido a Recursos Humanos juega un rol importante en la saturación del servicio de emergencia se encuentra incluido dentro de los factores de gestión interna y rendimiento propio del servicio de urgencias o como otros autores lo clasifican dentro del funcionamiento general del servicio. Esto se desglosa en varios inconvenientes al momento de la atención en emergencia como La carencia de personal médico entrenado en triaje. (9)

Sesma Sánchez J. en el artículo Saturación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios describe; que los sistemas actuales de triaje estructurado y con soporte informático han mejorado ostensiblemente esta faceta, aunque el margen de mejora es todavía importante. Del mismo modo podríamos afirmar que la valoración precoz por parte del personal facultativo con una buena orientación clínica y una planificación adecuada de las exploraciones necesarias, mejoraría nuestro tiempo de respuesta. (29)

Vítolo F. en el estudio sobre Saturación de las guardias de emergencia describe otro aspecto importante a tomar en cuenta es la escasa dotación de médicos de guardia hacen que los pacientes tengan que esperar más por su atención, sobrecargando la guardia. No es infrecuente que un médico de guardia tenga que ver más de 60-70

pacientes por día o que se encuentre brindando atención a 10 pacientes en forma simultánea. (9)

La planificación del personal necesario para cubrir guardias representa un verdadero desafío. Se deben tener en cuenta factores estratégicos y tácticos. Dentro de los estratégicos se encuentran el nivel de servicio que se quiere brindar en términos de calidad, seguridad y satisfacción. Dentro de los tácticos, el volumen de pacientes que se recibe, su complejidad, el tiempo promedio de estancia en guardia, la espera para internar/derivar y las capacidades del personal médico, de enfermería y administrativo. (9)

1.1.4 Marco Teórico de Decisión Propia del Paciente:

Jesús M, et al. En el estudio ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? Describe que El principal motivo de esto es, sin duda, el hecho de que los pacientes acuden directamente a las urgencias hospitalarias, sin pasar por las del centro de salud. Algunos autores han apuntado que esto podría deberse a la existencia de un sentimiento extendido de desconfianza hacia la capacidad científica y técnica de los profesionales de AP, así como a un cierto grado de desconocimiento de la existencia de los puntos de atención continuada en los centros de salud. A esto debemos añadir la idealización del Hospital, como un lugar de alta resolución, con personal más cualificado. (10)

Todo ello sugiere el importante papel que la subjetividad ejerce a la hora de enfrentarse, tanto los profesionales como los pacientes, a un problema de salud concreto. Creemos que es importante conocer las causas por las que los pacientes no eligen como primera opción para consultar su problema el centro de salud. Si conociéramos esos motivos, podríamos plantearnos soluciones para evitar la mala utilización de los servicios de urgencias. (10)

Oredsson S, et al. En Una revisión sistemática de las intervenciones relacionadas con triaje para mejorar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias describe que en Francia la sobrepoblación en el servicio de emergencia se debe principalmente a un mal uso del departamento de emergencia por parte de los pacientes que utilizan por problemas no urgentes. De hecho, los pacientes que requieren intervenciones vitales representan menos del 3% de los que utilizan el DE. El hacinamiento en el departamento de emergencia se describe en la literatura de Medicina de Emergencia como un importante problema de salud pública debido a sus consecuencias: la degradación de la calidad de la atención (prolonga los tiempos de espera, retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, los retrasos en el tratamiento de pacientes gravemente enfermos), aumento de los costos (que conduce a las investigaciones diagnósticas innecesarias), y la insatisfacción de los pacientes. (22)

En un estudio realizado en Francia la edad media de los pacientes no urgentes fue de 36,3 años (DE, 11,7; rango 18-70). En este grupo, el 58,8% eran hombres y el

69,4% estaban empleados. La mayoría de los pacientes no urgentes tenían seguro médico (80%); 23,5% de ellos estaban cubiertos por un seguro de salud nacional francesa para los individuos y las familias con bajos ingresos y recursos. Este seguro se llama la "CMU". La mayoría de los pacientes no urgentes informó haber sido seguido por un médico de cabecera (70,6%). (22)

Holroyd BR, et al. en un ensayo controlado aleatorizado "Impacto de un médico de triaje sobre el hacinamiento del servicio de urgencias:" define que para las enfermedades no urgentes; un retraso de varias horas no aumentaría la probabilidad de un daño adverso. La mayoría de los estudios encuentran que al menos el 30% de todas las visitas en los Estados Unidos son no urgente, aunque seleccionados estudios como los que utilizan datos de la Encuesta Nacional de Medicina del Hospital Ambulatorio reportan porcentajes más bajos (<10%). 3-8 de visita al DE en lugar de otro sitio de atención (por ejemplo, la oficina del médico, clínica minorista, atención de urgencia) para un condición no urgente puede conducir a gasto sanitario excesivo y pruebas innecesarias y tratamiento, y representan una oportunidad perdida para promover las relaciones longitudinales con los médicos de atención primaria. Un estudio reciente proyección de \$ 4,4 mil millones en ahorros anuales si en el Departamento de Emergencia de visitas no urgente fueran atendidos en las clínicas o los centros de atención de urgencia. Con el aumento de la demanda y la escasez de médicos de cabecera, el uso no urgente Departamentos de Emergencia es probable que aumente

en el futuro cercano. Predicciones recientes sugieren que la aplicación de la Ley de Asistencia Asequible y resultantes expansiones de cobertura de seguro contribuirán a niveles aún más altos del uso del departamento de emergencia. (23)

Hay un gran interés en las intervenciones para desalentar las visitas a los Departamentos de Emergencia de pacientes no urgentes. Una encuesta de 2006 encontró que el 30% de los médicos de emergencia trabajan en hospitales que han implementado prácticas para desalentar las visitas no urgente de los sistemas de salud y los contribuyentes han incluido la educación del paciente en lo que es el uso DE (Departamento de Emergencia) adecuada, falta de incentivos financieros, tales como los pagos más altos para visitas a urgencias, y el fomento de los médicos de cabecera para proporcionar una atención en las noches y fines de semana. A pesar de estos esfuerzos, visitas a urgencias no urgentes han seguido elevándose. Una explicación podría ser que las intervenciones anteriores no han abordado adecuadamente las cuestiones subyacentes que llevan a los pacientes a visitar el DE (Departamento de Emergencia) de pacientes no urgentes. Por otra parte, las políticas para desalentar el uso del DE puede tener consecuencias negativas no deseadas. Por ejemplo, los inscritos en los planes de salud con deducibles altos, que soportan una mayor proporción de los costos de una visita DE, son menos propensos a buscar atención para una verdadera emergencia. (23)

1.2. Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Generales

Overcrowding:

Soler W, et al. En el estudio “El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias” describe que Los servicios de urgencias en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se pasó de los 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 millones en el 2007, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. (7) Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%, que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costes asistenciales. (7)

Paralelamente, en esta década se ha asistido a una transformación profunda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a esta situación, siendo el sistema de triaje hospitalario uno de los puntos clave en dichas modificaciones. (7)

Oredsson S, et al. El hacinamiento en los servicios de urgencias (EDS) es un creciente problema mundial. En los Estados Unidos, un comité del Instituto de Medicina ha caracterizado el hacinamiento ED (Departamento de emergencia) como una crisis nacional. El Hacinamiento del departamento de emergencia también pone en peligro la seguridad del paciente y la oportunidad (tiempo de tratamiento

apropiado), pone en peligro la privacidad y confidencialidad del paciente, y a menudo conduce a la frustración entre el personal del departamento de emergencia. (8)

En cuanto a las salidas de emergencia, en Cádiz Estella A. demostró que la razón principal de las unidades de observación de hacinamiento es la presencia de pacientes en espera de camas de hospitalización (30)

Según Weiss S, et al. Un estudio observó que el 22% de las consultas no urgentes de un servicio de emergencias fueron referidas por médicos de atención primaria. (31).

Triaje:

Serrano Benavente R A. en el estudio “Sistema de Triaje en Urgencias Generales” describe que a principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842) se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves. Él aunque nunca llegó a utilizar el término triaje que proviene de traer, fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban. (1)

El triaje sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuando podrían volver al campo de batalla. (1)

Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran mantenidos en las mejores condiciones posibles. El triaje ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra. (1)

El triaje en los servicios de urgencias empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore. (1)

Durand A C, et al., La variabilidad en las proporciones de visitas no urgentes en el departamento de emergencias (ED) y acuerdo global entre las enfermeras de triaje y los médicos del departamento de emergencia. (4) De las 1.578 visitas a urgencias, la proporción de pacientes de ingreso que fueron no urgente fue de 26%, según las enfermeras de triaje, y el 34,3%, según los médicos del ED al final de la consulta ($p < 0,001$). Nivel general de acuerdo fue moderada ($kappa = 0,43 \pm 0,02$, IC del 95%, 0,39% a 0,48%). (4)

De los 1.036 pacientes clasificados como urgentes por parte de los médicos de urgencias, 124 (12%) de ellos se clasificaron como no urgente por las enfermeras de

triage. Estos 124 pacientes fueron, en su mayoría, las mujeres (54%), auto-denominado (68,0%) y el sufrimiento de un problema médico por más de 24 horas (29,0%). (4)

Soler W, et al. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los Servicios de Urgencias Hospitalarias ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de triaje es como la «huella digital» del SUH, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del SHU en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta. (7)

Recursos Humanos Insuficientes.

Vítolo F., en el estudio sobre Saturación de las guardias de emergencia se describe que en los Departamentos de Emergencias, “se debe primero decidir cuál es la carga de trabajo razonable que puede absorber la institución y sus médicos, y una vez que se supera esta capacidad, se necesita nuevo personal.” (9)

Según el American College of Emergency Physicians (ACEP), la carga de trabajo razonable se encuentra hoy en un rango que oscila entre 1,8 y 2,8 pacientes por prestador por hora. Entonces, a un promedio de dos pacientes por prestador por hora, 1 médico de guardia podría atender cerca de 18.000 consultas por año (2x8760). Cuando se excede este número, debería contratarse un nuevo médico. (9)

Decisión Propia del Paciente:

Jesús M, et al. En un estudio realizado en España ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? encuentra que el motivo más frecuente referido por el grupo de pacientes que visitaron el SUH por iniciativa Propia del Paciente, «preferencia de acudir al hospital que ir al centro de salud (CS) o servicio de urgencia (SU)», que fue contestado por 158 (55%) pacientes. (10)

En este sentido, Ruiz Giménez A. et al describe que el porcentaje inadecuado de visitas urgentes hospitalarias, según estudios publicados en España, oscila entre el 24 y el 79%⁵. De la misma forma, estudios previos encuentran que el 90% de los casos atendidos como urgencia en el hospital podrían haber sido resueltos en Atención Primaria (AP). (11)

Al igual que en otros estudios consultados, existe un altísimo porcentaje de pacientes (dos tercios) que acuden al servicio de urgencias hospitalario sin ser remitidos por algún médico del primer nivel asistencial. Si exceptuamos ese pequeño porcentaje de usuarios que dice desconocer la existencia de urgencias en los Centros de Salud (8%), también hallado en otros estudios, la conclusión es que más de la mitad de los usuarios deciden por sí mismos acudir directamente a las urgencias hospitalarias. (11)

Marín Gómez J P., en el estudio Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias describe que El 79,6% de los pacientes acudieron por iniciativa propia a

la UUH (Unidad de Urgencias Hospitalarias) de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña. (12)

1.2.2 Antecedentes de otros factores:

Edad:

Torné Vilagrasaa, E y Cols (2003); realizaron el Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona en la que se determinó que El 57,9% de la población atendida tenía entre 15 y 64 años. Éste fue el grupo predominante en los servicios de urgencia hospitalarios, CAC, dispensarios y emergencias. El grupo de edad de más de 64 años representó el 28% del total, y fue atendido mayoritariamente en los centros hospitalarios (58,6%). (13)

La población de más de 64 años de edad (el 57,1% tiene más de 74 años) merece una especial atención. Este grupo, que representa el 28% del total de urgencias atendidas, utiliza básicamente el SUH (58,6%), donde genera un mayor porcentaje de pruebas diagnósticas (el 59,3 frente al 43,4%), es ingresado con mayor probabilidad (el 20,4 frente al 6,9%) y es clasificado como urgencia adecuada también en un porcentaje superior a la población de menos de 65 años (el 48,2 frente al 35,5%). Creemos absolutamente necesario tener en cuenta este grupo de población cada vez más numeroso a la hora de planificar y buscar soluciones a los problemas actuales de la atención sanitaria urgente. (13)

Durand A C, et al. en un estudio realizado en Francia “Cuidado con el Triage en los Departamentos de Emergencia” encuentra que durante el período de estudio, 1.949 pacientes adultos que visitaron 17 departamentos de emergencia fueron elegibles para el estudio y 1928 fueron incluidos (98,9%). El departamento de emergencia recibió una media de 113,4 pacientes adultos \pm 48,1 (mediana = 103, mínimo = 31 y máxima = 172). (4)

De los 1.928 pacientes incluidos, 350 fueron excluidos del análisis porque no estaban disponibles datos a partir de dos enfermeras de triage y médicos ED. La muestra final del estudio fue de 1.578 pacientes en los que se obtuvieron dos evaluaciones. (4)

Las características demográficas y el estado de pacientes del seguro del departamento de emergencias. (4)

De los 1.578 pacientes incluidos en el estudio, el 52,4% eran varones y la edad media de los pacientes con TCA (\pm estándar desviación (SD)) fue de 45,2 años \pm 21,4 (18-100 años); El 33,3% de pacientes tenían edades entre 25 y 44 años de edad; el 14,3% de los pacientes eran 75 años de edad o más. Más de un tercio sufría de crónica enfermedad (36,7%). (4)

En un estudio descriptivo cualitativo realizado en Provenza-Alpes-Costa Azul (PACA) Francia 2012, se analizó el problema de ED visitas no urgentes a través de la experiencia y las percepciones de los pacientes que visitan los departamentos de emergencia y la percepción de los Profesionales de la salud de ED. Se encontró que de

los 87 pacientes con causa no urgentes entrevistados en el departamento de emergencia, ligeramente más de la mitad eran varones (54,6%). La edad media (\pm estándar desviación, SD) fue 38,3 años \pm 16,2 (rango de 17 a 78 años). La mayoría fueron empleados (67,8%). De los 34 profesionales de la salud ED entrevistados, el 73,5% fueron los médicos de urgencias ($n = 25$) y 26.5% fueron Ed enfermeras ($n = 9$). (14)

En el grupo de médicos de urgencias, con una edad media (\pm DE) fue 41,9 años \pm 8,9 y 64,0% eran varones. La mayoría (92%) tenían al menos cinco años de experiencia en el servicio de urgencias, en el grupo de enfermeras del ED, con una edad media (\pm DE) fue 41,0 años \pm 7,2, y un tercio eran mujeres (33,3%). Más del 75% tenían más de cinco años de experiencia en ED. Al comparar los dos subgrupos, no fue significativo, No se encontraron diferencias entre ellos. (14)

Género: En un estudio realizado por Júdez Legaristi D, et al. En el estudio “Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios” Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que respondieron a la encuesta y la población general en sexo y grupo de edad, de forma que las mujeres y el grupo de edad de 65 a 74 años estaban supra representadas ($p = 0,001$ y $p = 0,003$ respectivamente). (15)

En otro estudio realizado en España por Carlos María Elvira Martínez: Se encontró un predominio del sexo femenino (1.383 [55,8%]). (16)

Hora en que se realiza la encuesta: En España en el año 2008 se hizo un estudio en el que se determinó que "...En función del día de la semana, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el intervalo horario ($p = 0,015$), demandando asistencia los domingos en el 55,6% de los casos en el tramo de 8 a 15 horas, mientras que el resto de los días el horario más demandado fue el de 15 a 22 horas. Por el contrario, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el día de demanda con el sector y la edad..." (16)

Júdez Legaristi D, et al. En el estudio "Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios" describe que tampoco se observaron diferencias significativas al evaluar el intervalo horario de demanda, con la edad de los pacientes (en el tramo de 8 a 15 horas la edad media fue de 60,9 años, en el de 15 a 22 horas de 54,4 años y en el de 22 a 8 horas de 61,4). Hay que destacar que no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna pregunta de AP en función del sexo, edad, sector, franja horaria o día de la semana en el que se demandó la asistencia. (15)

Según Hernández J. Encontró que los resultados obtenidos indican que las visitas más frecuentes corresponden a los meses de febrero y marzo, los lunes son los días de mayor demanda y dentro del día las horas de la madrugada registran demandas mínimas(32).

Procedencia: En un estudio realizado en España por Ruiz Giménez A, et al. Se registraron diferencias en el porcentaje de derivados en relación con el tiempo en llegar al hospital, en los pacientes próximos al hospital (Isocona menor de 25') el 77,1% acudieron directamente, frente al 63,3% en los que tardaron más de 25' (x^2 9,95; $p < 0,05$). (11)

Ocupación del paciente y/o familiares: En un estudio realizado por Júdez Legaristi D, et al. En el estudio "Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios" et al. Se encontraron diferencias ($p = 0,021$) en función del tipo de contrato, de manera que el 60% de las mujeres tenían un contrato temporal, mientras que en esa misma proporción en los hombres el contrato era fijo. (15)

Según una tesis realizada en España menciona que la Predisposición para utilizar los servicios de emergencia son características demográficas y sociales (educación, actividad laboral). (16)

Espinel M. Romero M. Fernández L. D' Antonio. Torres J. encontraron en términos de la actividad laboral el 56% se encontraba trabajando en el momento de ser entrevistados, de los cuales el 71% eran trabajadores manuales. De los que no trabajaban el 23% ya se había jubilado y el 43% se encontraba en el paro (33).

Espinel M. Romero M. Fernández L. D'Antonio. Torres J. encontraron que el mayor porcentaje se encuentra en pacientes de educación media y superior. En términos educativos, el 9% no tenía estudios o tenía menos de 5 años de estudios (dos terceras partes de los cuales eran mayores de 65 años), sólo el 19% había completado la educación primaria y tan sólo el 27% había cursado los 10 años de educación obligatoria en España. En términos de educación para el trabajo sólo el 20% tenía formación profesional de Grado Medio o Grado Superior y apenas el 11% tenía formación superior o universitaria (33).

Nivel de educación: Holroyd BR, et al. El crecimiento de la demanda se debe en parte a la falta de acceso a la educación primaria los servicios de atención, y el mal uso de los SU por los pacientes que buscar atención para problemas no urgentes (es decir, los problemas que no amenazan la integridad de física o de la vida o que no requieren atención inmediata). (23)

La relación entre el Nivel de educación del paciente y/o familiares con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia podemos ver que el $p=0.005$ por lo cual el resultado significativo siendo mayor la saturación en pacientes con educación superior siendo el 76,2% del total de los que acuden al servicio de emergencia coincidiendo con el estudio que hicieron Sánchez J. Cavanillas A. quienes concluyeron que el uso inadecuado del servicio de emergencia se da en mayor número por personas con grado de instrucción mayor (34).

Diagnóstico de Ingreso: En un estudio descriptivo cualitativo realizado en Provenza-Alpes-Costa Azul (PACA) Francia 2012, se analizó el problema de ED visitas no urgentes a través de la experiencia y las percepciones de los pacientes que visitan los departamentos de emergencia y la percepción de los Profesionales de la salud de ED. (14)

Una extensa, reciente revisión bibliográfica internacional informó que entre 4,8% y el 90% de los pacientes con DE eran potencialmente no urgente casos, con una mediana de 32,1%. Esta revisión mostró la falta de fiabilidad y la reproducibilidad de los métodos y criterios para la categorización de visitas a urgencias en casos no urgentes, y que no hay manera fácil de determinar la verdadera carga de pacientes no urgentes en los departamentos de emergencia. (14)

La estimación inexacta de los pacientes no urgentes en los TCA es de preocupación significativa, ya que conduce a estrategias equivocadas para reducir el hacinamiento ED que puede ser condenado al fracaso. (14)

Muchos autores han investigado por qué los individuos optar por venir con quejas no urgentes a los departamentos de emergencia en lugar de proveedores de atención primaria (PCP). (14)

Ohara K, et al. El hacinamiento de los servicios de emergencia se encuentra relacionado con los «input» o entradas al sistema. Una parte de éstas son inherentes a la propia función de los servicios de urgencias como los cuidados de los pacientes gravemente heridos o enfermos. Existen otras atenciones de pacientes con patología

aguda que por diversas razones y circunstancias hacen uso de este escalón asistencial.

(17)

En un estudio realizado en EE.UU, Flores C R. Encontró que los motivos de consulta más frecuentes en los niños son la fiebre, la tos, los vómitos y la otalgia. Las quejas más comunes de los pacientes mayores de 15 años de edad son el dolor torácico, el dolor abdominal, el dolor de espalda, el dolor de cabeza y la disnea. Hubo 1,9 millones de visitas debidas a reacciones adversas a medicamentos y 2,2 millones de visitas debidas al consumo de alcohol o drogas. La gravedad del paciente, clasificada en 4 niveles de categorías de triaje (emergentes, urgentes, semi-urgentes y no-urgentes), ha tenido cambios modestos desde 2001 a 2006. Las visitas emergentes justificaron el 15,9-19% del total de las visitas y las urgentes explicaron el 31-36% del total de visitas. Las visitas semi-urgentes se incrementaron ligeramente del 16% al 22% del total de las visitas y las no-urgentes descendieron del 20% al 12%. (18)

Jesús M, et al. E En un estudio realizado en España ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? se vio dos casos: El primero de éstos es la población más joven que dice desconocer el funcionamiento de su CS y el SU de éste, que si vuelve al SUH lo hace por diferente motivo, consultando por problemas agudos que se resuelven en una única consulta, y percibe su estado de salud como bueno y poco grave el problema que le lleva al SUH. El segundo es un grupo de población mayor, que lo hace por demora en otros niveles

asistenciales, que vuelve al SUH por el mismo problema primario, probablemente crónico o por pluripatología que requiere varias visitas a los SUH. (10)

Júdez Legaristi D, et al. En el estudio “Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalarios” encontró que las patologías predominantes fueron las urgencias digestivas (21´68%), la patología banal (13´74%) –en nuestro hospital son aquellas que no precisan pruebas complementarias para llegar al diagnóstico como las otalgias, abscesos o la cirugía ambulatoria- el síndrome febril (11´56%) y Oftalmológicas (11´08%) (15)

Ohara K, et al. En la Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela encuentra que el diagnóstico más frecuente fue el del sistema respiratorio con 22.5%. De los 160 casos con enfermedades respiratorias, faringoamigdalitis correspondieron a 54, infección respiratoria aguda 52 y asma bronquial 42 casos. El segundo diagnóstico más frecuente fue el del sistema obstétrico con 21.3%. De los 152 casos, de los cuales 121 correspondían a partos y 19 abortos. El tercer diagnóstico más frecuente fueron enfermedades traumaortopédicas con 18.5%. De los 132 casos, herida correspondió a 43, trauma 34 y fractura o luxación 33. El cuarto diagnóstico más frecuente fue el del sistema gastrointestinal con 9.7%. De los 70 casos, diarrea se presentó en 17 parasitismo intestinal en 16, gastritis o enfermedad ácido péptica en 11 y dolor abdominal en 10. El quinto diagnóstico más

frecuente fueron enfermedades neurológicas con 4.6%. De los 33 casos, 11 casos fueron de traumatismo encéfalo craneano. (16)

Sesma Sánchez J. en el artículo Saturación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios describe que para centrar el escenario en el que nos movemos conviene reseñar unos cuantos hechos que ayuden a enmarcar cualquier análisis:

1) El volumen de urgencias hospitalarias ha sufrido un incremento importante y progresivo durante las 3 últimas décadas permaneciendo en la actualidad en una situación de cierta estabilidad.

2) Del total de pacientes, el porcentaje de pacientes mayores de 75 años con pluripatología descompensada sigue en aumento.

3) El tipo de patología que se atiende y que no debiera llegar a este nivel asistencial se sitúa al menos en un 25 %.

4) El grado de incertidumbre que se acepta actualmente en el proceso asistencial sanitario tanto por parte de los profesionales como por parte de la propia sociedad es cada vez más bajo. La consecuencia directa es el incremento de las exploraciones complementarias a las que se somete a la población. (29)

Según Legua J. Adecuación la neumonía adquirida en la comunidad y síndrome doloroso abdominal fueron los diagnósticos más comunes encontrados en el servicio de emergencia (35)

Espadin P. encontró Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas “Esto podría deberse a que los pacientes no pueden obtener citas por consultorios externos, acudiendo al Servicio de Emergencia por patología aguda no urgente o crónica. (36)

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Descripción y planteamiento del problema de investigación

CASTRO CANOA y Cols.; En Estados Unidos, a partir del año 1990 se empezó a notar el incremento en la consulta de urgencias, lo cual inicialmente se atribuyó al aumento de pacientes con abuso de sustancias, con SIDA, sin hogar o enfermos mentales. Luego un informe en 1993 por la General Accounting Office atribuyó *el volumen aumentado de pacientes en los servicios de urgencias*, al no aseguramiento y problemas de cobertura en salud observando que muchos de ellos no estaban asegurados o tenían la asistencia médica gratuita y usaban el servicio de urgencias *por motivos de consulta que no eran realmente urgentes*. (2)

Posteriormente en el año 2003, en un nuevo informe se concluyó que lo que contribuye a la congestión de los servicios de urgencias es la cantidad de pacientes que tienen orden de hospitalización, para los cuales no hay cama asignada y se quedan varios días en urgencias, hasta pudiendo llegar a darse la situación de dar salida al paciente desde urgencias tras varios días de hospitalización por mejoría clínica. (2)

Según Mollar et al. El aumento de la demanda en los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias) en los últimos años ha sido muy importante, así en los hospitales españoles se ha pasado de atender 21.324.816 en 2001 a 24.409.061 en

2005, es decir un aumento del 14.5%, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, habiendo crecido los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias) no solo en el número de asistencias sino también en complejidad. Asimismo en el Hospital La Fe la elevación del número de urgencias de los últimos años es significativo, un 10.28% en los últimos 5 años (2003-07). (3)

Según Durand et al. En los últimos 30 años, el número de visitas a departamentos de urgencias (EDS) ha aumentado, provocando el hacinamiento en muchos países. El hacinamiento de departamentos de urgencias se relaciona con múltiples problemas complejos: sobrecarga de recepción para hospitalización de pacientes, sala de urgencias inadecuada, la falta de personal, y falta de acceso a servicios de atención primaria. (4)

El hacinamiento de ED (Departamento de Emergencia) ha dado lugar a una estancia más larga en el servicio de urgencias y peores resultados para las personas que realmente requieren de emergencia atención. (4)

Varias revisiones de la literatura de medicina de emergencias relacionadas con la utilización EDs (Departamentos de Emergencias) y acceso a la atención durante los últimos 30 años revelan una evolución significativa. De hecho, las preocupaciones sobre el número creciente de pacientes que acuden a los servicios de urgencias se han planteado en varios países con especial atención al uso "inapropiado" o "no urgente" del departamento de emergencia. (4)

En un estudio realizado por el ministerio de sanidad y política social en España Unidad de Urgencias Hospitalarias (UUH) define que la saturación en la UUH es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de la UUH. (5)

En el HOSPITAL II – HUÁNUCO ESSALUD se encontraron cifras obtenidas de la oficina de estadística durante el año 2013 se atendió a 82 250 pacientes y mensualmente en promedio 3 430 pacientes; y durante el año 2014 se aprecia cifras de 9 055, 5 975, 7 007, 6 861, en los meses de enero, febrero, marzo y abril respectivamente; siendo un número significativo si la mayoría correspondiera a situaciones de emergencia y urgencia sin embargo en las revisiones bibliográficas se aprecia que el mayor número de demanda habitual está constituida por patología aguda común. (6)

El triaje se puso a prueba recién en octubre del año 2014 el cual funcionaba solo en el horario de 8 a 2pm lo realizaba un médico y una enfermera, si era de prioridad IV y V era derivado a consultorio externo o CAI de acuerdo a la enfermedad, en los horarios que no se realizaba el triaje el paciente pasaba directo de admisión y el triaje lo realizaba el médico en el mismo consultorio de atención. Por lo expuesto se puede ver que el triaje no funcionaba correctamente durante todo el día. (6)

Frente a este problema nos preguntamos si la saturación de pacientes en el servicio de emergencia se debe a esto o a otros factores como son: El triaje inadecuado,

el Número de Recursos Humanos Insuficientes, la Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

Por lo mencionado anteriormente el Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014 no se excluye de este problema, siendo necesaria la realización de este estudio para determinar los factores asociados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia, de esta forma proponer soluciones que mejoren la calidad del servicio de emergencia, ya que no se dispone de estudios previos que describa esto.

Justificación:

Justificación teórica

En la actualidad, la saturación de pacientes en el servicio de emergencia es motivo de preocupación por la comunidad de asegurados y la sociedad en general; se realizaron muchos estudios en el mundo sobre gerencia en salud, pese a esto no se puede solucionar en forma satisfactoria la saturación de pacientes en el servicio de emergencia. Por lo cual después de un estudio exhaustivo de diversos artículos queremos demostrar que los principales factores relacionados con la saturación del servicio de emergencia son: El Triage inadecuado, El número de Recursos Humanos Insuficientes y La Decisión Propia del Paciente y de este modo poder contribuir en la solución de dicho problema.

Justificación Práctica

En un principio, la oferta de servicios era suficiente para satisfacer las demandas de los asegurados a un costo sostenible. No obstante, con el correr de los años, el crecimiento de la población y sus demandas de salud han aumentado a un ritmo acelerado, poniendo en desequilibrio al sistema de salud.

El uso indiscriminado de los servicios de salud es un problema muy mencionado, pero poco estudiado. A pesar de sus grandes repercusiones sociales y económicas, no existen en los centros de atención estrategias efectivas para evitar los efectos nocivos de tal patrón de conducta así como la solución del mismo.

Por lo que con la realización de este trabajo de investigación se pretende dar a conocer que con un triaje adecuado, una correcta distribución de los Recursos Humanos y la importancia de lo que es enseñar a las personas de lo que realmente es una emergencia y cuando hacer uso del servicio de emergencia de forma adecuada, de este modo contribuir con una disminución de saturación del servicio de emergencia para una mejor calidad de atención de los pacientes que lo necesiten.

Así mismo esta problemática se observa en nuestra realidad obteniéndose durante el año 2013; 82 250 atenciones de pacientes al año y en el año 2014 mensualmente un promedio 7152 pacientes, siendo este un promedio elevado para el hospital.

Además sobrecarga de trabajo del capital humano del Servicio de Emergencia genera con el curso de las horas una disminución progresiva de la producción y de la calidad asistencial por lo cual es necesario re-organizarlos para hacerlos más eficientes y productivos además de brindarles el debido reconocimiento, motivación para satisfacer tanto sus necesidades internas como externas.

Por lo que con la realización de este trabajo de investigación se pretende conocer el número de pacientes según su nivel de gravedad, y el número de pacientes que hacen uso indiscriminado del mismo para así poder evaluar la correcta distribución de los recursos asistenciales con los que cuenta el hospital así mismo se busca establecer lineamientos para la atención de emergencias así como brindar recomendaciones a los asegurados para disminuir la cifra de no emergencias y no urgencias. De esta manera contribuir en la solución de este problema en el Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014; en el cual no se han realizado estudios previos a este.

Justificación Metodológica

En el presente estudio usamos la escala de NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study) para medir saturación de pacientes en el servicio de emergencia. El cual según estudios se ha utilizado en varios países de América Latina como Colombia que tiene una población parecida a la nuestra, siendo la primera vez que usa en nuestra ciudad.

Por lo que con la aplicación de este estudio queremos demostrar la viabilidad y confiabilidad de la escala de NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study) en nuestra población y de este modo sentar las bases para posteriores estudios que necesiten la utilización de esta escala.

2.2 Formulación del problema

¿Son el Triage Inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión Propia del Paciente Factores Relacionados a la Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.?

2.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis General o de Investigación

El Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes, La Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

Hipótesis Específica

El Triage inadecuado es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

El Número de Recursos Humanos Insuficientes es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

La Decisión Propia del Paciente es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

2.4 Objetivos Generales y específicos

Objetivos Generales:

- Determinar que el Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y La Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

Objetivos específicos:

- Estimar la relación que existe entre el Triage inadecuado y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.
- Estimar la relación que existe entre el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Saturación de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

- Aproximar la relación entre la Decisión Propia del Paciente y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.
- Relacionar los factores epidemiológicos relacionados con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

2.5. Definición y Operacionalización de Variables

Variable Dependiente: Saturación de pacientes en el servicio de emergencia.

Variables Independientes:

- Triage
- Número Recursos Humanos (Médico, enfermera, personal técnico, personal administrativo) en emergencia u hospitalización o consultorio externo u total.
- Decisión Propia del Paciente

Variables intervinientes:

- Edad
- Género
- Horario de la encuesta.
- Procedencia
- Diagnóstico de ingreso

- Ocupación del paciente y/o familiares
- Nivel de educación del paciente y/o familiares

Variables:

Variable Dependiente o de resultado: Saturación de pacientes en el servicio de emergencia. Se determinó mediante la escala de hacinamiento de servicios de emergencia NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study score) que emplea una calculadora NEDOCS disponible en la página WEB Tomado de <http://emed.unm.edu/clinical/resources/nedocs.html> de distribución gratuita. Los 5 ítems que determina ésta escala son: 1. Número de pacientes registrados en urgencias dividido por el número de camas en el servicio; 2. Número de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias dividido por el número de camas destinadas para ello en la institución; 3. Número de pacientes en urgencias usando ventilación mecánica; 4. El mayor tiempo de espera para los pacientes de urgencias (en horas) y 5. Tiempo en la sala de espera del último paciente acostado en cama en el servicio de emergencias. Los nomogramas son usados para asignar puntos para las respuestas a estas preguntas. El número total de puntos es luego sumado y extrapolado a otro nomograma para obtener el puntaje final, el cual está dentro de una escala de 0 a 200. Esta puntuación se divide en 6 escalas para definir si hay hacinamiento las cuales son: 1) 0-20 no ocupado, 2) 21-60 Ocupada, 3) 61-100 Muy ocupado, pero no congestionado, 4) 101-140 Congestionado, 5) 141-180 Gravemente congestionado, 6) 181-200 Peligrosamente congestionado) (2).

Estos valores se categorizaron en 6 categorías los cuales son: 0: No hay mucha gente en absoluto, 1: El Servicio de Emergencia está ocupado, 2: Extremadamente ocupado pero no está abarrotada, 3: Hay Hacinamiento, 4: El Servicio de Emergencia está Severamente Congestionado, 5: El Servicio de Emergencia esta Peligrosamente congestionado; las cuales fueron dicotomizadas en 0: no hay hacinamiento (incluye las puntuaciones 0,1 y 2 de la escala de NEDOCS categorizada) y 1: hay hacinamiento (incluye las puntuaciones 3,4 y 5 de la escala de NEDOCS categorizada).

Variables Independientes

Triaje : Para determinar la variable triaje se empleó la escala canadiense que incluye 5 niveles de emergencia los cuales son los siguientes: emergencia o nivel I (implica la necesidad de asistencia inmediata), muy urgente o nivel II (implica la necesidad de asistencia en 15 minutos aproximadamente), urgente o nivel III (implica la necesidad de asistencia en 30 minutos aproximadamente), estándar o nivel IV (implica la necesidad de asistencia en 60 minutos aproximadamente), no urgente o nivel V (implica la necesidad de asistencia en 120 minutos aproximadamente). Esta escala de triaje ha demostrado que es una herramienta sensible en la detección de pacientes potencialmente graves en los servicios de Urgencias Hospitalarias en diversos países así como en Latinoamérica; motivo por el que se empleó esta escala de triaje ya que no existe hasta el momento en nuestro ámbito una escala validada para el triaje de pacientes ya que este servicio recientemente se encuentra funcionando a partir del 20 de octubre del presente año.

Para calificar si la variable triaje era adecuada o inadecuada se dicotomizó la variable de la siguiente manera: Triage inadecuado 0 (que incluye las puntuaciones 4 y 5 de la escala canadiense) y Triage adecuado (que incluye las puntuaciones 1,2 y 3 de la escala canadiense).

Número Recursos Humanos: Para obtener la variable recursos humanos se tuvo en cuenta únicamente el número de médicos, enfermeras y técnicos de enfermería presentes en la hora y día de la encuesta independientemente de si figuraban o no en el rol de personal; esta variable se dicotomizó de la siguiente manera: RRHH Adecuados (12 a más personales de salud que incluye: 1 médico por servicio (Triage, Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Traumatólogo, UCI, Trauma shock y por lo menos 2 Enfermeras y 2 técnicos de Enfermería) y RRHH Inadecuados (11 personales de salud o menos)

Decisión propia del paciente: Para determinar la Decisión Propia del Paciente en acudir al Servicio de Emergencia se realizaron preguntas para evaluar la preferencia de los pacientes en acudir al servicio de emergencia como: 0= Fue derivado de su establecimiento de salud, 1= Ud. acudió por su propia iniciativa 2= me derivaron de consultorio externo, 3= el médico de emergencia me recomendó que vuelva.

Variables Intervenientes

Edad: se agrupo en edades de 0-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80, 81-90, 91-100 Años de edad

Género (variable cualitativa. Puede ser “hombre” o “mujer”)

Horario de la encuesta: La encuesta se realizó en 6 horas del día, las cuales fueron: 6am, 9am, 12am, 3pm, 6pm y 9 pm (se excluyeron los horarios de 12pm y 3am ya que en esos horarios había muy pocos pacientes)

Procedencia: variable cualitativa que indica el lugar de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante el estudio.

Diagnóstico de ingreso: variable cualitativa. Es el motivo de consulta que presenta el paciente en la valoración del triaje: los valores posibles son: “Adulto con malestar general”, “Cefalea”, “Diarrea”, “Disnea”; “Dolor abdominal”, “Dolor de espalda”, “Dolor de garganta”, “Dolor torácico”, “Exantema”, “Hemorragia gastrointestinal”, “Heridas”, “Infecciones locales y abscesos”, “Problemas de extremidades”, “Problemas urinarios”, “Síncope”, “Vómitos” y “Otros”.

Ocupación del paciente y/o familiares: variable cualitativa, en el estudio se tuvo en cuenta la ocupación del paciente y en caso el paciente sea un Recién Nacido o niño menor de 14 años se tuvo en cuenta la ocupación del familiar que respondió la encuesta

Nivel de educación del paciente y/o familiares: variable cualitativa que toma los siguientes posibles valores:” Analfabeta”, “Primaria incompleta”, “Primaria completa”, “Secundaria incompleta”, “Secundaria completa”, y “Superior”

Operacionalización de variables: ver en ANEXO N ° 2

2.6 Tipo y Diseño General Del Estudio

Nuestro estudio es de tipo transversal analítico, por ser de tipo observacional, analítico y prospectivo para conocer si el Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes, por iniciativa propia del paciente y el Número de citas en consultorio externo son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

- Según la interferencia del investigador: **Observacional.**
- Según la evolución del fenómeno estudiado: **transversal.**

Según los artículos encontrados durante el estudio se encontró causalidad en cuanto a nuestra variable como son:

Según Ruiz Jiménez A. en su estudio transversal titulado ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias hospitalarias? llegaron a la conclusión de que Dos tercios de los pacientes acuden directamente al hospital, siendo la cercanía y la desconfianza en urgencias AP las principales causas (11)

Según Vítolo F. en un estudio titulado Saturación de las guardias de emergencia menciona que el factor referido a Recursos Humanos juega un rol importante en la saturación del servicio de emergencia se encuentra incluido dentro de los factores de gestión interna y rendimiento propio del servicio de urgencias o como otros autores lo clasifican dentro del funcionamiento general del servicio. Esto se

desglosa en varios inconvenientes al momento de la atención en emergencia como La carencia de personal médico entrenado en triaje. (9)

Según un estudio multicéntrico transversal realizado por Durand A. et al titulado: Tenga cuidado con el triaje en urgencias hospitalaria menciona que de las 1.578 visitas a urgencias, la proporción de pacientes de ingreso que fueron no urgente fue de 26%, según las enfermeras de triaje, y el 34,3%, según los médicos del ED al final de la consulta ($p < 0,001$) (4)

- Según el periodo en el que se capta la información: **prospectivo.**
- Según la comparación de poblaciones muestrales: **comparativo o analítico.**

2.7. Población y Muestra

2.7.1 Población: El estudio se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014, que contaba con un total de 148 039 asegurados donde el estudio se enfocó en el servicio de emergencia para determinar los factores asociados a la saturación de pacientes en dicho servicio. Para lo cual se observó la población mensual del servicio de emergencia del año 2014 la cual está distribuida de la siguiente manera: se atendió en el mes de enero 9 055, en el mes de febrero 5 975, marzo 7 007, abril 6 861, mayo 6 861; Total de asegurados en el 2014 al mes de mayo 148 039

Para hallar la muestra de cada variable hallamos el promedio de todos los meses el cual es: 7152.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

2.7.2 Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Todos los asegurados que son atendidos por el servicio de emergencia durante la aplicación del cuestionario.
- Los asegurados que se encuentran en espera de ser atendidos por el servicio de triaje.
- Los pacientes hospitalizados que hayan ingresado por el servicio de emergencia

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentren con ventilación mecánica y no tengan familiares para responder el cuestionario en el momento de la toma de muestra.
- Pacientes que no deseen participar en el cuestionario.
- Personal de salud que al momento del cuestionario no tengan tiempo disponible para responder a las preguntas del entrevistador.
- Personal de salud que no deseen participar en el estudio.

Ubicación de la población.

- **Espacial:** Hospital II – Huánuco ESSALUD - Perú.
- **Temporal:** el periodo comprendido del 24 – 30 de noviembre del 2014.

Muestra:

A continuación presentamos el tamaño de muestra de acuerdo a cada variable.

Número Recursos Humanos Insuficientes (Médico, enfermera, personal técnico, personal administrativo) en emergencia u hospitalización o consultorio externo u total.

En la tesis realizada por el Dr. José Pablo Marín Gómez **en Febrero del 2008 sobre: *Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas*** describe: Se evidencia la opinión del personal de emergencias, donde se observa que la opinión en un 91% indica que el personal que existe actualmente no es suficiente para satisfacer las necesidades de salud de los consultantes, no se debe de rechazar ninguna consulta, pero no se tiene capacidad para atender como se debe todas las que se reciben.

Así mismo que un 91% de los encuestados opinan que se requiere más personal en el servicio de emergencias y un 9% opina que no se requiere más personal en el servicio.

Tamaño muestral según el Número Recursos Humanos: 124

Marín Gómez J P. *Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes*. Tesis de Maestría. Puntarenas, Costa Rica. Instituto Centroamericano de Administración Pública, 2008. 160 pp.

Tamaño poblacional:	7152
Proporción esperada:	91.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
5.000	124

Decisión propia del paciente:

En un estudio realizado en España por Jesús M. Aranaz Andrés, Rafael Martínez Nogueras, M. Teresa Gea Velázquez de Castro, Vicenta Rodrigo Bartual, Pedro Antón García, Fernando Gómez Pajares, et al. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? se encontró en los resultados que ***Respondieron el cuestionario 348 pacientes, acudiendo por iniciativa propia el 82,5%.***

De éstos, el 17,7% desconocía el funcionamiento de atención primaria respecto a urgencias; el 18,8% consultó con su centro de salud; el 55,0%refirió preferencia por el Servicio de Urgencias Hospitalario y el 13,5% acudió por demora en otros niveles asistenciales. El 50,5% era menor de 40 años y el 9,2%, extranjero

Tamaño muestral según decisión propia del paciente: 216

Jesús M, Aranaz A, Martínez Nogueras R, Velázquez de Castro M T, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F, et al. **¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?** GacSanit. 2006; 20 (4):311-5.

Tamaño poblacional:	7152
Proporción esperada:	82.500%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	216

Triaje:

En un estudio realizado por Subash .F, Dunn .F, McNicholl. B, Marlow. J. titulado: Mejora en la eficiencia del equipo de triaje en el departamento de emergencia Había 1.028 nuevos asistentes al departamento de emergencia durante los ocho días del estudio, 530 (51,6%) en los días de intervención, 498 (48,4%) en los días de no intervención. No hubo diferencia significativa en el número de asistentes en cada uno de las jornadas de estudio. Los tiempos se redujeron significativamente durante el período de la intervención de los tiempos de triaje, para ver a un médico, y el tiempo para que le realicen una radiología. Más pacientes fueron tratados y dados de alta a los 20 minutos en el grupo de intervención (18 de 95 (**19%**) en comparación con 2 de 69 (3%), $p=0,0043$). El promedio de los tiempos de espera al mediodía eran 5,5 minutos en el grupo de equipo de triage, en comparación con 51,7 minutos en un día normal en el equipo de triage.

El total de horas pasados en el departamento de emergencia de los pacientes se redujo en los días de intervención después del mediodía, 575 horas en comparación con 677 horas.

Tamaño muestral según triaje: 229.

Subash. F, Dunn. F, McNicholl. B, Marlow. J. **Team triage improves emergency department efficiency.** EmergMed J 2004; 21:542–544.

Tamaño poblacional:	7152
Proporción esperada:	19.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	229

Cálculo de una proporción: Para este cálculo se necesita conocer:

- La amplitud del intervalo de confianza (Δ).
- Un cálculo de la desviación estándar de las observaciones (S)
- El porcentaje o nivel de confianza $100(1 - \alpha) \%$. Generalmente se establece en el 90, 95 ó 99 %.

Los valores de $f(1 - \alpha)$: son valores constantes que, dependiendo del nivel de confianza son:

- Para el 90% de nivel de confianza, 2,706.
- Para el 95% de nivel de confianza, 3,842.
- Para el 99% de nivel de confianza, 6,635.

$$n = \frac{P(100 - P)}{\Delta^2} f(1 - \alpha)$$

La fórmula utilizada para el cálculo respectivo es:

Se sacó la muestra para cada variable independiente mediante la fórmula anterior y el programa EPIDAT. Siendo el mayor número de muestra que se obtuvo: **229**

Por lo Tanto: **Tamaño Muestral de nuestro estudio: 229.**

Selección de la muestra:

El trabajo se realizó durante la cuarta semana de noviembre del 2014 (del 24 al 30 de Noviembre). Durante el mes de recolección de muestra en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD, se atendió un total de 6 250 pacientes que incluyeron los servicios de Medicina, Pediatría, Ginecología y Cirugía y un promedio de atención diaria de 208 pacientes. De los 1400 pacientes que fueron atendidos durante la semana de estudio se eligió 336 pacientes que cumplieran con los criterios de selección mediante el método no probabilístico por conveniencia.

2.7 Fuentes, Técnicas e Instrumentos De Recolección De Datos

Se elaboró un cuestionario para estudiar los factores asociados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD, a partir del cuestionario diseñado por Marín Gómez, JP. en su artículo Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas y de nuestra creación propia, el cual consta de dos partes: La primera parte consta de 39 preguntas que se aplicaron como encuesta a los pacientes del servicio de emergencia, la segunda

parte tiene 11 preguntas dirigidas al entrevistador las cuales las desarrollo en el momento de realizar la encuesta. **Cuestionario ver Anexo N° 7**

Se sometió al juicio de 5 expertos quienes evaluaron de manera independiente la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de las preguntas de nuestro cuestionario; cuyo promedio de calificación fue 85,49. De acuerdo al puntaje obtenido el instrumento es aplicable.

2.7.1 Codificación del instrumento de evaluación:

Los datos cuantitativos se categorizaron a variables cualitativas. Luego se codificaron los datos cualitativos, transformándolos en códigos numéricos. Por ejemplo se le dará el código de (0) cuando la respuesta sea No y de (1) cuando la respuesta sea Si; esto para las variables dicotómicas. Para las variables politómicas se procedió a asignarle códigos como (0, 1, 2,3,...).

2.7.2 Procedimiento de Recolección de Datos:

Como procedimiento de recolección se utilizó una encuesta que fue aplicada en la fecha establecida en el cronograma de actividades y el instrumento para recopilar la información es un cuestionario semi estructurado. **(Ver anexo N° 7)**

Nuestro instrumento fue validado mediante opinión de expertos (validez de contenido) y se realizó una prueba piloto para asegurar su confiabilidad que duró 1 semana cada uno.

Se realizó la coordinación por los investigadores, quienes solicitamos a las autoridades del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014, la realización de la investigación el cual duró en promedio 1 mes, Como también se solicitó la revisión del protocolo a las autoridades de la facultad de Medicina Humana de la UNHEVAL. Una vez obtenido el permiso por las autoridades correspondientes se realizó la encuesta que se aplicó durante una semana a los pacientes que acuden al servicio de emergencia para recolectar la información.

La recolección de la información estuvo a cargo de 4 investigadores capacitados en el formato de nuestra ficha de recolección de datos. Los cuales se repartieron en dos grupos uno en el turno de mañana (6am, 9am, 12m) y otro en el turno de la tarde (3pm, 6pm). De los dos investigadores que estaban de turno 1 de ellos se encargó solo de llenar el cuestionario para pacientes y el otro investigador primero llenaba el cuestionario dirigido al encuestador ya que había datos para verificar dentro del hospital como son: Número de camas en el Servicio de Emergencia, Número de camas en total en Hospitalización, Número total de camas ocupadas en el Servicio de Emergencia, Número total de pacientes conectados a Ventilación mecánica, etc (Ver anexo N°7) y luego recién ayudaba al otro investigador a realizar las encuestas dirigidas a los pacientes.

Se realizó la encuesta a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión utilizando el cuestionario.

Se aplicó el cuestionario a los pacientes que estaban en admisión, en triaje, en la fila de espera en consultorio, y aquellos que salían de ser atendidos.

Una vez llevado a cabo la recolección de datos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los cuestionarios con el propósito de verificar que todas las preguntas hayan sido contestadas de acuerdo a las instrucciones.

Tabulación: se usó el programa SPSS 15.0 Y Microsoft Excel

Estadística Descriptiva:

Variables Cualitativas: Frecuencia absoluta y relativa.

Estadística Inferencial: Pruebas de significación estadística:

χ^2 (Chi cuadrado)

2.7.2. Procesamiento de datos:

Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS 15.0 licencia adquirida por la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, apoyado con el programa Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico descriptivo nuestras variables cuantitativas las categorizamos como cualitativas por tal motivo se halló frecuencia absoluta y relativa a todas nuestras variables.

Para el análisis estadístico inferencial se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de Chi² o corrección por continuidad de Yates, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Se calcularon las significaciones globales de las tablas de contingencia y se realizaron comparaciones ad hoc, dos a dos.

Se presentan los “odds ratios” (razón de ventajas) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se calcularon las probabilidades sobre la muestra obtenidas del modelo final y se estratificaron por las características de la población estudiada.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error a menor a 0.05.

Plan de análisis: Ver anexo N° 8

2.9 Aspectos Éticos

Nuestra investigación fue realizada en personas; por lo tanto, es indispensable tener en cuenta los aspectos citados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para la investigación biomédica en personas:

- ✓ Explicamos los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles de la participación en el estudio de manera clara, breve y concisa a todos los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014, que voluntariamente formaron parte de nuestra muestra.

- ✓ Se tuvo en cuenta la importancia de la participación de cada sujeto de estudio para determinar los factores asociados a Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Con respecto a los métodos utilizados, se destacó el aporte que hicieron los sujetos mediante la entrevista, los cuales nos permitieron estimar con mayor precisión el objetivo de nuestro estudio.
- ✓ Los beneficios que obtuvieron los sujetos de estudio fueron: mayor conocimiento de los factores que influyen en la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014; así como también se explicó a los pacientes las diferencias entre una Urgencias y una Emergencias.
- ✓ Con la realización del estudio se pretende proporcionar información a las autoridades correspondientes sobre cuáles son los factores que están asociados a la saturación de pacientes en la sala de emergencia para así poder tomar las medidas correspondientes para evitar la saturación de las mismas.
- ✓ Finalmente, se recolectó la firma del consentimiento voluntario de los pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Consentimiento Informado Ver anexo N° 9

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El servicio de emergencia del HOSPITAL II – HUÁNUCO ESSALUD en el momento del estudio se dividía en: un servicio de triaje el cual funcionaba solo hasta la 1pm, una sala de observación que cuenta con 15 camas, un ambiente de trauma shock, un ambiente de Unidad de Cuidados Intensivos y Consultorios de 4 especialidades (Medicina, Pediatría, Ginecología y Cirugía) se realizó 336 encuestas a los pacientes quienes cumplían con los criterios de inclusión.

En el desarrollo de nuestro estudio obtuvieron los siguientes resultados.

En cuanto a las características sociodemográficas y epidemiológicas la población de nuestro estudio fue mayoritariamente femenina (61,6%), entre los grupos de edad de 31 a 40 años (27.7%), seguido del grupo de 41 a 50 años (18. 2%).

La mayoría fue de procedencia del distrito de Huánuco (34,1%), con educación superior (76,2%) y ocupación trabajo dependiente (49.1%). **Ver Anexo N° 3 (Tabla N°1)**

En las características clínicas los resultados fueron: El diagnóstico más frecuente fue dolor abdominal leve que es crónica o recurrente (10.1%), dolor de cabeza (8%) y vómitos y/o diarrea solos (8%)

La frecuencia de la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue casi en todo el estudio (97.6%), lo que significaría que el servicio de emergencia en la mayor parte del tiempo está saturado.

El Triage Inadecuado tuvo una elevada frecuencia de 88,7% este resultado se relacionaría con el triaje que durante el periodo de estudio funcionaba de 8 a 2pm. A diferencia de estos dos factores el número de recursos humanos inadecuados se presentó con menos frecuencia (25,9%). **Ver ANEXO N°4 (Tabla N°2).**

Al realizar el análisis bivariado de nuestras variables independientes con la dependiente no se encontraron asociaciones significativas las cuales son: El triaje inadecuado relacionado con la saturación del servicio de emergencia tuvo una fue 94,6%; pero el resultado fue no significativo ($p= 0,11$; OR: 3,113 IC: 0,722-13,422).

El número de recursos humanos insuficientes relacionado con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue 95.4%; pese a la elevada frecuencia el resultado no fue significativo ($p= 0.12$ OR: 0.339 IC: 0.083-1.385) y la relación de decisión propia del paciente con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue 97,7% pero al igual que con las otras variable no fue significativo ($p= 0.85$ OR: 1.235 IC: 0.148-10.345). **VER ANEXO N°5 (Tabla N°3).**

Sin embargo en la relación de las variables intervinientes con la relación de las variables independientes y dependiente se obtuvo un resultado significativo: Los recursos humanos insuficientes con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia se encuentra relacionado en el horario de las 6pm fue 50% con resultado significativo ($p=0.0002$ OR: 0.02 IC: 0.001-0.23) **VER ANEXO N°6** (tabla N°4).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La saturación de la Unidad de Urgencias Hospitalarias es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de la UUH. (5)

Como se aprecia en las cifras obtenidas durante el año 2013 atendióse a 82 250 pacientes y mensualmente en promedio 3 430 pacientes; y durante el año 2014 se aprecia cifras de 9 055, 5 975, 7 007, 6 861, en los meses de enero, febrero, marzo y abril respectivamente; siendo un número significativo si la mayoría correspondiera a situaciones de emergencia y urgencia sin embargo en las revisiones bibliográficas se aprecia que el mayor número de demanda habitual está constituida por patología aguda común(6). Frente a este problema realizamos nuestro trabajo considerando las variables que más se ven influenciadas en la saturación de pacientes en el servicio de emergencia los cuales son: El triaje inadecuado, el Número de Recursos Humanos, la iniciativa propia del paciente los cuales daremos a continuación los resultados obtenidos.

En cuanto a la variable independiente que es el Triage relacionado con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia podemos ver que el $p=0.110$ por

lo que vemos que no es significativo, por lo que se acepta en este caso la hipótesis nula y no habría relación en este caso con la variable dependiente. Podemos ver que nuestro resultado es parecido a diversos estudios como se encontró en Irlanda del Norte, Subash et al aleatorizado el tiempo de espera para ver un médico se redujo estadísticamente, al igual que el tiempo de espera para tomar una radiografía. Sin embargo, ninguna reducción en tiempo total de estadía en el servicio de emergencia lo que no contribuye en forma total en el hacinamiento del servicio de emergencia (37).

Un estudio realizado en Nueva Zelanda evaluar y tratar pacientes con problemas menos complicados usando la vía rápida del triaje obteniendo una reducción en el tiempo de espera y duración tiempo de estadía para los pacientes en los niveles de triaje 4 y 5. El estudio indicó ningún efecto sobre los pacientes en los otros niveles de triaje (37). Forero R. Nugus P. en una revisión mencionan que el triaje no está relacionado en la disminución del overcrowding en pacientes complejos (38).

Existen otros estudios que se contraponen a nuestros resultados como es el estudio de Oredsson et al. En un metaanálisis concluyen que la evidencia limitada sugiere un efecto de equipo de triaje en el flujo de pacientes, medida por tiempo de espera y duración de estancia en el servicio de emergencia (8). Holroyd BR, et al demostraron en estudio cuasi aleatorio de Canadá que teniendo un triaje adecuado es decir un médico que facilitaba el flujo de pacientes mediante el apoyo una enfermera

se redujo el tiempo de estadía en un 11% y el número de pacientes que se van sin ser vistos se redujo en un 20% (23). Connor E. Gatién M. Weir C. Lisa Calde L. demostraron que el tiempo para la evaluación médica inicial media fue de 132,0 minutos en la zona de triaje no controlada vs. 99,1 minutos en el área monitoreada, $P < 0,0001$ habiendo una disminución en la saturación de pacientes en el servicio de emergencia (39).

En cuanto a la variable independiente de recursos humanos relacionado con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia podemos ver que el $p=0.115$ por lo cual el resultado no es significativo, por lo que se acepta en este caso la hipótesis nula y no habría relación en este caso con la variable dependiente. No se encontraron estudios parecidos a nuestro estudio en el que no se da la relación del número de recursos humanos y saturación de pacientes del servicio de emergencia pero si existen varios estudios donde encuentran la relación significativa entre estas dos variables como son: Polanco-González C. Castañón A. Buhse T, Samaniego L, Arreguín R. Villanueva S mencionan que la distribución de recursos humanos y materiales de los servicios de urgencias tienen que ver en el índice de saturación del servicio de emergencias (40).

Awadh A. Reshidi A. mencionan en sus resultados que la falta de recursos humanos contribuye al hacinamiento en el servicio de emergencia (41). Pascasie. K.

Mtshali. N. encontraron en un estudio descriptivo que uno de los desencadenantes de la saturación de pacientes es el número de recursos humanos (42).

En cuanto a la variable independiente decisión propia del paciente relacionado con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia podemos ver que el $p=0.845$ por lo cual el resultado no es significativo, por lo tanto se acepta la hipótesis nula y no habría relación en este caso con la variable dependiente.

No se encontraron estudios similares a nuestro estudio en el que no se da la relación entre la decisión propia del paciente y saturación del servicio de emergencia en los cuales muchos le atribuyen como principal factor como son en los siguientes estudios como son: Jesús M, Aranaz A, Martínez Noguera R, Velázquez de Castro M T, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F, et al demostraron que el motivo más frecuente referido por el grupo de pacientes que visitaron el SUH por iniciativa propia, «preferencia de acudir al hospital que ir al centro de salud (CS) o servicio de urgencia (SU)», que fue contestado por 158 (55%) pacientes. (10).

Ruiz Giménez A, García Barba S, García López A, Castilla López-Madrirdejos I, Otero Uribe J L, Fernández Rodríguez O, encontraron que el porcentaje de inadecuación de oscila entre el 24 y el 79%⁵. De la misma forma, estudios previos encuentran que el 90% de los casos atendidos como urgencia en el hospital podrían haber sido resueltos en Atención Primaria (AP) (10). Marín Gómez J P. (12) en su

estudio tiene de resultado que el 79,6% de los pacientes acudieron por iniciativa propia a la UUH de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña.

(12)

Sin embargo en la relación de las variables intervinientes con la relación de las variables independientes y dependiente se obtuvo un resultado significativo. Los recursos humanos insuficientes con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia se encuentra relacionado en el horario de las 6pm con una frecuencia de 50% con resultado significativo ($p=0.0002$ OR: 0.02 IC: 0.001-0.23). Se hizo la búsqueda de artículos parecidos con la relación de nuestras variables pero no se encontraron artículos similares a favor ni en contra.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir:

- No existe relación entre el triaje inadecuado y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia ya que no es significativo el resultado.
- No existe relación entre el número de recursos humanos y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia ya que no es significativo el resultado.
- No existe relación entre la decisión propia del paciente y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia ya que no es significativo el resultado.
- Al ver estos resultados vemos que se puede ver influido por la saturación que en un 97,6 de todos los NEDOCS realizados hay hacinamiento lo que significaría que el servicio de emergencia en la mayor parte del tiempo está saturado por lo que no se puede encontrar una relación clara con las variables.
- Existe relación entre Los recursos humanos insuficientes Y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia en el horario de las 6pm .Siendo la única asociación que sale significativa el resultado.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Hemos observado que los conocimientos de los pacientes con respecto a lo que es una emergencia y una urgencia son adecuados sin embargo un gran porcentaje de ellos hace mal uso del servicio de emergencia implicando esto en la demora de la atención de pacientes que realmente ameritan, así como también ocasionan el mal uso de los recursos materiales y humanos del servicio de emergencia.

Además, este estudio puede servir de base, para realizar en un futuro estudios analíticos que profundicen aspectos como por ejemplo la investigación de escalas de medición del hacinamiento adecuadas para nuestro medio, además de realizar el estudio cuando el servicio de triaje funcione en horario completo y con un protocolo establecido de triaje.

Se sugiere que se realicen charlas informativas a los asegurados para que los mismos puedan hacer uso adecuado del servicio de emergencia. Asimismo se sugiere incrementar el número de personal de salud, consultorios para incrementar el número atenciones y evitar el uso inadecuado del servicio de emergencia y evitar el hacinamiento en el mismo.

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones que encontramos fue al momento de aplicar el cuestionario, algunos pacientes, familiares no desearon que se les realice la encuesta imposibilitando de este modo la aplicación de dicho cuestionario.

En pacientes menores de 10 años no se pudo recolectar información adecuada debido a que gran parte de los familiares se negaron a realizar el cuestionario.

El horario de la encuesta fue a las 6am, 9am, 12m, 3pm, 6pm, 9pm no llegando abarcar el horario de la noche de 00hrs y 3am.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Serrano Benavente R A. Sistema de Triage en Urgencias Generales. 2014; 39
 2. Castro J, Cohen E, Lineros A, Sánchez R. Escala NEDOCS para pedir Congestión en Urgencias: Estudio de Validación en Colombia. Universidad del Rosario Facultad de Medicina Bogotá D.C. Noviembre de 2010: 1-38
 3. Mollar J, Vara M, Meneu R, Roselló M, Ripoll P. Derivaciones desde Atención Primaria a las urgencias hospitalarias en el departamento 7 de Valencia. Rev de Medicina de Familia y Atención Primaria 2010; 14(3): 6p.
 4. Durand A C, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S y col; Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. BMC Emerg Med. 2011 Oct 31; 11: pp19.
 5. Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones; Ministerio de Sanidad y Política Social Paseo, del Prado, 18-20 NIPO LÍNEA
 6. Oficina de estadística del Hospital EsSalud II Huánuco.
 7. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 55-68.
 8. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, and col. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2011; 19: 43
 9. Vítolo F. Saturación de las guardias de emergencia. Parte I. Causas y efectos.
- Biblioteca Virtual NOBLE | Marzo 2014

10. Jesús M, Aranaz A, Martínez Nogueras R, Velázquez de Castro M T, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F, et al. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit.* 2006; 20 (4):311-5.
11. Ruiz Giménez A, García Barba S, García López A, Castilla López-Madrirdejos F I, Otero Uribe J L, Fernández Rodríguez O. ¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias? *Rev Clínica de Medicina de Familia* febrero 2006; 1(3): pp. 126-130.
12. Marín Gómez J P. Causas y Efectos de la Saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes. Tesis de Maestría. Puntarenas, Costa Rica. Instituto Centroamericano de Administración Pública, 2008. 160 pp.
13. Torné Vilagrasaa E, Guarga Rojasa A, Torras Boatellaa A, Pozuelo García, Pasarin Ruab M, Borrell Thiób C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32(7): pp423-9.
14. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 2012 Sep. 25; 5: 525pp.
15. Júdez Legaristi D, Cano Del Pozo M I, Abad Díez J M, Moliner Lahoz J, Perfil de los Usuarios y Motivos de Demanda del Servicio de Urgencias Extrahospitalario 061; *Emergencias* 2008; 20: 27-34
16. Martínez C M E. Modelo predictor del ingreso hospitalario desde el servicio de urgencias (tesis doctoral). Madrid. Universidad Rey Juan Carlos, 2012. 115pp.

17. Ohara K, Meléndez Colindres V. Investigación sobre Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Escuela. *Rev. Medica Hondureña* 1994; 62: 7pp
18. Flores C R. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias* 2011; 23: 59-64
19. Martin Rodriguez G, Cáceres Hernández J J. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2005; 79(1): pp. 05-15.
20. Fernández Rodríguez, Begoña; Atención enfermera en Urgencias y Emergencias; Material didáctico de apoyo para Profesionales sanitarios; Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.) C/ Meléndez Valdés. Madrid, España; 52: 315pp.
21. Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios E Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social De España. Paseo del Prado 2010; 18(20):144 pp.
22. Oredsson S.Jonsson H. Rones J.Lind J. Göransson K. Ehrenberg A. ete al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011, 19:43
23. Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, D Gordon, Allen S, Tam S, Blitz S, Yoon P, Rowe BH. Impact of a triage liaison physician on emergency department

- overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med* 2007; 14: 702-8.
24. Reveco C, Weber R. Gestión de Capacidad en el Servicio de Urgencia en un Hospital Público. *Rev. de Ingeniería de Sistemas*. Septiembre 2011; Volumen XXV: 75pp
 25. Linares Mendoza G. Congestión en el servicio de urgencias ¿retrasa la primera dosis de antibiótico o analgésico?; Universidad colegio mayor de nuestra señora del rosario Facultad de medicina departamento de epidemiología Bogotá enero del 2013: 66.
 26. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164.
 27. Gómez Jiménez J. Clasificación de Pacientes en los Servicios de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174
 28. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia NT N° 042
 29. Sesma Sánchez J. Saturación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2012; 35(2): 195-98
 30. Estella A.; Emergency overcrowding: an incurable disease? *LETTER, Crit Care*. 2011; 15 (3):428;
 31. Weiss S, Derlet R, Arndahl J, Ernst A, Richards J, Fernandez M. et al. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11:38-5.

32. Rodríguez G. Hernández J. Un Método de Obtención del Patrón Estacional de Frecuentación de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 5-15.
33. Espinel M. Romero M. Fernández L. D'Antonio. Torres J. Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios. *Política y Sociedad*, 2011, Vol. 48 Núm. 2: 329-352.
34. Sánchez J. Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-144.
35. Legua J. Adecuación de ingresos hospitalarios en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Grau EsSalud, enero - diciembre, 2009. ESCUELA DE POST-GRADO UNMSM: Título de Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres. Lima-2010.
36. Espadín P. Factores socioculturales y su relación con la asistencia de pacientes con prioridades IV al servicio de emergencia del Hospital Carlos Alcántara Buterfield, *Rev. De Ciencias de la Salud* 1:1 2006
37. Subash F, Dunn F, McNicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. *Emerg Med J.* 2004; 21:542.
38. Forero R. Nugus P. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS).
39. Connor E. Gatién M. Weir C. Lisa Calde L. Evaluating the effect of emergency department crowding on triage destination. *Int J Emerg Med.* 2014; 7: 16.

40. Polanco-González C. Castañón A. Buhse T, Samaniego L, Arreguín R. Villanueva S. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*. 2013;149:417-24
41. Awadh A. Reshidi A. Contributing Factors to Patients Overcrowding in Emergency Department at King Saud Hospital Unaizah, KSA. *Journal of Natural Sciences*. Vol.3, No.13, 2013
42. Pascasie. K. Mtshali.N. A descriptive analysis of Emergency Department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. *AFJEM*. (2014) 4, 178–183.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA (evaluativa)

Nombre del proyecto de investigación: El triaje inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes, Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

Autores principales: Huerto Falcón, Keila Kenat y Cuadros Arauco, Maribel Susana.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Son El triaje inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes, la Decisión Propia del Paciente factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014?	<p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>IDENTIFICAR que El Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión Propia del Paciente son Factores relacionados a la Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Estimar la relación que existe entre el Triage inadecuado y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL O DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión propia del paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>H1: El Triage inadecuado es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p> <p>H2: El Número de Recursos Humanos Insuficiente es</p>	<p>D</p> <p>E</p> <p>P</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>D</p> <p>I</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>T</p> <p>E</p> <p>Saturación de pacientes en el servicio de emergencia.</p>		<p>Escala de medición de saturación (NEDOCS)</p>	<p>Para la recolección de datos se utilizara la entrevista estructurada Mediante un cuestionario</p>	<p>Ficha de investigación</p>

<p>Estimar la relación que existe entre el Número de Recursos Humanos insuficientes y la Saturación de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II RED Asistencial Huánuco-ESSALUD- 2014.</p> <p>Aproximar la relación entre la iniciativa propia del paciente y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p> <p>Relacionar las características epidemiológicas relacionadas con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p>	<p>un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p> <p>H3: La Decisión propia del paciente es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.</p>	<p>I N B E P E N D I E N T E S</p>	<p>Triaje inadecuado</p>	<p>Número de pacientes registrados en triaje</p>	<p>Ficha de investigación</p>
			<p>Numero Recursos Humanos Insuficientes (Médico, enfermera, personal técnico, personal administrativo) en emergencia u hospitalización o consultorio externo u total</p>	<p>Número de médicos, enfermeras, personal técnico (Adecuado: 12 a más personales de salud Inadecuado: 11 personales de salud o menos</p>	
			<p>La Decisión Propia del Paciente</p>	<p>Número de pacientes que asisten por iniciativa propia</p>	
			<p>Edad</p>	<p>Años cumplidos (0 a 10, 11 a 20, 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80, más de 80)</p>	
		<p>I N T E R V I N</p>	<p>Género</p>	<p>Fenotipo</p>	

I E N T E S

<p>Horario de la encuesta.</p>	<p>Hora en que se realiza la encuesta. (6:00am, 9:00am, 12:00pm, 3:00pm, 6:00pm, 9:00pm)</p>
<p>Procedencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Huanuco • Amarilis • Pillomarca • Otros
<p>Diagnóstico de ingreso</p>	<p>Diagnóstico de ingreso</p>
<p>Situación laboral del paciente y/o familiares</p>	<p>Situación laboral del paciente o familiar</p>
<p>Nivel de educación del paciente y/o familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa Superior

Fuente: Creación Propia

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INDICADOR	INDICE	FUENTE
SATURACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	No tiene una definición aceptada ni validada El ACEP, en su declaración política en 2006, aporta la siguiente definición: "la saturación ocurre cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el servicio de urgencias, el hospital o ambos"		Condición que ocurre cuando hay más pacientes que camas de tratamiento o personal disponible, cuando los tiempos de espera exceden un periodo razonable, cuando los pacientes se encuentran monitorizados en áreas no destinadas a tratamiento (pasillos) y cuando los pacientes esperan ser ubicados en camas de tratamiento en el servicio de emergencia o en camas para ingreso.	Cualitativa Nominal	Nominal	Saturado. No saturado.	Valor de la Escala de medición de saturación (NEDOCS)		FICHA DE INVESTIGACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INDICADOR	INDICE	FUENTE
Número de recursos humanos insuficientes	Número de empleados o colaboradores de una organización		El número médicos, enfermeras, personal técnico en emergencia u hospitalización o consultorio externo u total	Cualitativa nominal	Nominal	Recursos Humanos adecuados Recursos Humanos inadecuados	Número de médicos, enfermeras, personal técnico. (Adecuado: 12 a más personales de salud Inadecuado: 11 personales de salud o menos)		Ficha de investigación
Triaje inadecuado	Mala selección y clasificación de los pacientes no basándose en las prioridades de atención, ni privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles		Consideramos como triaje inadecuado aquellos pacientes que son atendidos con los diagnósticos encontrados en el nivel III,IV,V de la Escala Canadiense De Triaje	Cualitativa nominal	nominal	Triaje adecuado. Triaje inadecuado.	Escala Canadiense de triaje.		Ficha de investigación
Decisión propia del paciente	Preferencia del paciente de acudir al servicio de emergencia por iniciativa propia		Pacientes que acuden al servicio de emergencia de forma espontánea	Cualitativa nominal	nominal	Asistencia de pacientes por iniciativa propia	Número de pacientes que asisten por Decisión Propia		Ficha de investigación

VARIABLE INTERVIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INDICADOR	ÍNDICE	FUENTE
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo		Según años exactos en el momento del estudio.	Cualitativa politómica ordinal	Ordinal	0 a 10 11 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 71 a 80 más de 80	Años cumplidos		DNI
Sexo	Característica de la persona humana que la define como varón o mujer		Características fenotípicas o género por DNI	Cualitativa dicotómica	nominal	Varón mujer	Fenotipo		DNI
Diagnóstico de Aguda	El diagnóstico médico de ingreso reconoce los procesos patológicos y se centra en la etiología y en el trastorno orgánico, lo signos y síntomas son valorados para identificar el problema del paciente y etiquetarlos en términos de un enfermedad específica		Diagnóstico sindrómico	Cualitativa Nominal politómica	Nominal	Patologías agudas Patologías crónicas Digestivas, Síndrome febril Oftalmológicas, etc.	Diagnóstico de ingreso		Ficha de investigación
VARIABLE INTERVIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES	INDICADOR	ÍNDICE	FUENTE
Ocupación actual del paciente o familiares	Referido a la actividad económica actual a la que se dedica el paciente		Referido a la actividad económica a la que se dedica el paciente en el momento de la entrevista	Cualitativa nominal politómica	Nominal	Ama de casa Estudia Trabaja dependiente Trabaja independiente Sin ocupación	Ocupación actual del paciente o familiar		Ficha de investigación
Procedencia	Característica social que indica lugar de origen de un individuo		Lugar de donde proviene la paciente registrada en su DNI	Cualitativa nominal politómica	Nominal	Huánuco Amarilis Pillcomarca Otro especifique	Lugar de Procedencia		Ficha de investigación

Nivel de educación del paciente y/o familiares:	Nivel de educación más alto completado dentro del nivel más avanzado que se ha cursado de acuerdo a las características del sistema educacional del país.		Es el grado de información educativa que refiere tener el usuario.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Superior.	Nivel de educación.		Ficha de investigación
Horario de la encuesta:	Horario en la que se realiza la encuesta		Horario en la que se realiza la encuesta a los médicos y pacientes	Cualitativa ordinal	Ordinal	6:00am 9:00am 12:00pm 3:00pm 6:00pm 9:00pm	Hora en que se realiza la encuesta		Entrevista o cuestionario

ANEXO N°3 - TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE EL TRIAJE INADECUADO, EL NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES, LA DECISIÓN PROPIA DEL PACIENTE SON FACTORES RELACIONADOS A LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II – HUÁNUCO ESSALUD 2014.

Caractística	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Varón	129	38.4
Mujer	207	61.6
Edad		
0 a 10	44	13.1
11 a 20	30	8.9
21 a 30	74	22
31 a 40	93	27.7
41 a 50	61	18.2
51 a 60	16	4.8
61 a 70	15	4.5
71 a 80	2	0.6
más de 80	1	0.3
Día de la encuesta		
Lunes	48	14.3
Martes	48	14.3
Miércoles	48	14.3
Jueves	48	14.3
Viernes	48	14.3
Sábado	48	14.3
Domingo	48	14.3
Hora de la encuesta		
6:00am	56	16.7
9:00am	56	16.7
12:00pm	56	16.7
3:00pm	56	16.7
6:00pm	56	16.7
9:00pm	56	16.7

Procedencia

Huánuco	116	34.1
Amarilis	106	31.5
Pillcomarca	83	24.7
Otros Especifique:.....	31	9.7

Nivel de educación y/o familiar

Analfabeta	1	0.3
Primaria incompleta	8	2.4
Primaria completa	13	3.9
Secundaria incompleta	13	3.9
Secundaria completa	45	13.4
Superior	256	76.2

Ocupación del paciente y/o familiar

Ama de casa	50	14.9
Estudia	54	16.1
Trabaja dependiente	165	49.1
Trabaja independiente	51	15.2
Sin ocupación	5	1.5
Jubilado o cesante	11	3.3

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANEXO N°4- TABLA 2: Características clínicas del triaje inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes, la Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

Características	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Motivo de consulta		
falla cardíaca o respiratorio	4	1.2
Traumatismo mayor	2	0.6
Paciente inconsciente	3	0.9
Dificultad respiratoria severa.	13	3.9
Traumatismos mayores/graves	2	0.6
Quemaduras	2	0.6
Recién nacidos	7	2.1
Accidente cerebro vascular	5	1.5
Sobredosis		
Accidente cerebro vascular	5	1.5
Trauma moderado	18	5.4
Intoxicación alimentaria	3	0.9
Asma	12	3.6
Neumonía	11	3.3
HTA	3	0.9
Hemorragia gastrointestinal	5	1.5
Hemorragia nasal	2	0.6
Sangrado vaginal en embarazo	8	2.4
Dolor agudo.	23	6.8
Dolor de cabeza.	27	8
Dolor de espalda crónico	5	1.5
Dolor de garganta	14	4.2
Infección urinaria	25	7.4
Dolor abdominal leve que es crónica o recurrente con signos vitales normales	34	10.1
Vómitos y/o Diarrea solos	27	8
Síndrome Ictérico	1	0.3
Enfermedad diarreica aguda	4	1.2
Tumores y Enfermedades Crónicas	7	2.1
Revaluación y curación de herida quirúrgica	2	0.6
Hipoglicemia	3	0.9
Gastritis Erosiva	0.6	1.8
Fiebre y /o tos	19	5.7
otros	25	7.4
convulsión	2	0.6
Faringoamigdalitis	9	2.7
Apendicitis	2	0.6
Celulitis	1	0.3

Características	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Saturación del servicio de emergencia		
No overcrowding	8	2.4
Sí overcrowding	328	97.6
Número de Recursos Humanos		
Suficientes	249	74.1
Insuficientes	87	25.9
Triaje		
Adecuado	38	11.3
Inadecuado	298	88.7

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

ANEXO N° 5 - TABLA 3 : Resultado de la relación entre el Triage Inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión Propia del Paciente y Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014 (N=336)

VARIABLE INDEPENDIENTE	Variable dependiente Saturación de pacientes del servicio de emergencia				p	OR/RP/RR	IC 95 % OR/RP/RR	
	NO	%	SI	%			valor inf	valor sup
Triage								
Inadecuado	3	5.4	53	94.6	0.11	3.113	0.722	13.422
Adecuado	5	1.8	275	98.2				
Recursos Humanos								
suficientes	4	1.6	245	98.4	0.115	0.339	0.083	1.385
insuficientes	4	4.6	83	95.4				
Decisión propia del paciente								
NO	1	2.9	34	97.4	0.845	1.235	0.148	10.345
Sí	7	2.3	294	97.7				

ANEXO N° 6 - TABLA 4 : Resultado de la relación entre el Triage Inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión Propia del Paciente y Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014 (N=336)

VARIABLE INDEPENDIENTE	Variable dependiente Saturación de pacientes del servicio de emergencia					OR/R P/RR	IC 95 % OR/RP/RR	
	N	%	SI	%	P(corrección de Yates)		valor inf	valor sup
	O							
Triage								
Según género								
Masculino								
Inadecuado	5	4.7	102	95.3	0.669	1.049	1.006	1.094
Adecuado	0	0.0	22	100				
Triage								
Según género femenino								
Inadecuado	2	1	189	99	0.559	6.3	0.540	73.546
Adecuado	1	6,3	15	93,8				
Recursos Humanos								
Según género masculina								
Inadecuado	2	5.1	37	94.9	1	0.638	0.102	3.977
Adecuado	3	3.3	87	96,7				
Recursos Humanos								
Según género femenino								
Inadecuado	2	4.2	46	95.8	0.268	0.146	0.013	1.642
Adecuado	1	0.6	158	99.4				
Decisión Propia del paciente								
Según género masculino								
NO	0	0.0	28	100	1	1.017	0.998	1.037
SI	3	1.7	176	98.3				
Decisión Propia del Paciente								
Según género femenino								
Inadecuado	4	3.3	118	96.7	0.645	4.917	0.474	51.030
Adecuado	1	0.6	158	99.4				
Triage								
Según edad 11-20								
Inadecuado	0	0	28	100	0.43	14	0.617	317.376

Adecuado	0	0	2	100				
Triaje								
Según edad								
21-30								
Inadecuado	1	1.5	66	98.5	0.446	11	0.608	198.930
Adecuado	1	14.3	6	85.7				
Triaje								
Según edad								
61-70								
Inadecuado	0	14	14	100	0.536	14	0.451	434.410
Adecuado	0	0	1	100				
Triaje								
Según edad								
Más de 80								
Inadecuado	0	0	0	0	0,31	1	0.019	50.39
Adecuado	0	0	1	100				
Recursos Humanos								
Según								
Hora 6pm								
Inadecuado	4	50	4	50	0.0002	0.02	0.001	0.23
Adecuado	0	0	48	100				
Decisión Propia del paciente								
Según edad 21-30								
Inadecuado	1	1.6	61	98.4	0.73	5.545	0.322	95.409
Adecuado	1	8.3	11	91.7				
Decisión Propia del paciente								
Según edad 41-50								
Inadecuado	2	3.4	56	96.6	0	1.036	0.987	1.087
Adecuado	0	0	3	100				
Decisión Propia del paciente								
Según edad 51-60								
Inadecuado	1	7.1	13	92.9	0.771	6.5	0.2795	151.122
Adecuado	0	0	2	100				

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANEXO 7: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II – HUÁNUCO ESSALUD 2014. (Pacientes)

Entrevista N°: _____ Fecha: _____

El objetivo del presente cuestionario es detectar que factores están asociados a la saturación del servicio de emergencias. Los datos que se obtengan serán utilizados de manera confidencial. De antemano agradecemos su cooperación para contestar este cuestionario.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas las cuales deberá leer cuidadosamente y marcar con una cruz (x) la opción que considere y también marcar con una cruz (x) en Si o No según considere su mejor respuesta. Trate de ser lo más sincero(a) y honesto(a) posible y recuerde que para cada pregunta sólo puede elegir una opción. Conteste todas las preguntas.

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
1. Día de la semana	Lunes	0
	Martes	1
	Miércoles	2
	Jueves	3
	Viernes	4
	Sábado	5
	Domingo	6
PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
2. Hora de la encuesta	6:00am	0
	9:00am	1
	12:00pm	2
	3:00pm	3
	6:00pm	4
	9:00pm	5
	12:00am	6

3.- Edad: _____

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
4. Género	Varón	0
	Mujer	1
PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
5. ¿Es usted el paciente o el familiar?	Paciente	0
	Familiar	1

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	CÓDIGO
6. ¿Dónde vive?	Huánuco	0
	Amarilis	1
	Pillcomarca	2
	Otros Especifique:.....	3

7. Marque su grado de educación	Analfabeta	0
	Primaria incompleta	1
	Primaria completa	2
	Secundaria incompleta	3
	Secundaria completa	4
	Superior	5
PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	CÓDIGO
8. Ocupación actual del paciente o familia:	Ama de casa	0
	Estudia	1
	Trabaja dependiente	2
	Trabaja independiente	3
	Sin ocupación	4
	Jubilado o cesante	5

9.- ¿Qué profesión ejerce Usted o familia? _____

10. ¿Cuánto tiempo tarda en trasladarse de su casa al centro de salud? _____ min.

PREGUNTAS	ALTERNATIVAS	CÓDIGO
11. ¿Por qué consulta en el servicio de emergencia?	Arresto cardiaco o respiratorio	0
	Trauma mayor	1
	Estados de shock.	2
	Paciente inconsciente	3
	Dificultad respiratoria severa.	4
	Alteración de los estados mentales	5
	Traumatismos mayores/graves	6
	Recién nacidos	7
	MI	8
	Sobredosis	9
	Accidente cerebro vascular	10
	Trauma moderado	11
	Asma	12
	Hemorragia gastrointestinal	13
	Sangrado vaginal en embarazo	14
	Psicosis aguda y/o pensamientos suicidas	15
	Dolor agudo.	16
	Dolor de cabeza.	17
	Cuerpo extraño corneal	18
	Dolor de espalda crónico	19
	Dolor de garganta	20
	Infección urinaria	21
	Dolor abdominal leve que es crónica o recurrente sin signos vitales normales	22
	Vómitos y/o Diarrea solos	23
Otros. Especifique	-	24
PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
12. Considera que su padecimiento amerita atención	No	0
	Sí	1

de emergencia		
PREGUNTA	RESPUESTA	Código
13. ¿Cómo percibe Ud. su problema de salud?	Leve	0
	Moderado	1
	Grave	2

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
14. ¿Cómo define Usted una emergencia?	Es el problema de salud que pone en riesgo su vida y requiere atención médica inmediata.	0
	Es el problema de salud que no pone en riesgo su vida, pero requiere atención médica oportuna.	1
	Cualquier situación que Usted considere que requiera atención de emergencia.	2
	Otros... (diga usted como lo define)	

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
15. Usted acudió a emergencia por:	1. Fue derivado de su establecimiento de salud	0
	2. Usted acudió por su propia iniciativa	1
	3. Me derivaron de consultorio externo	2
	4. El médico de emergencia me recomendó que vuelva	3

PREGUNTA	RESPUESTA	Código
16. ¿Qué servicio está evaluándolo?	Medicina	0
	Cirugía	1
	Pediatría	2
	Gineco-Obs.	3
	Ninguno	4
	Consultorio de apoyo	5

17. ¿Cuál fue su diagnóstico de ingreso? _____

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
18. Ud. solicitó cita por consultorio externa antes de venir a emergencia	NO	0
	SÍ	1

19. Si su respuesta es sí. ¿Por qué motivo acudió a emergencia? _____

20. Si su respuesta es no, mencione el motivo. _____

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
21. Tiene Ud. pendiente una cita en consulta externo.	NO	0
	SÍ	1

22. Si su respuesta es afirmativa ¿En qué servicio del hospital tiene cita? _____

PREGUNTA	RESPUESTA	CÓDIGO
23. Aprovecho Ud. su visita a consultorio externo para realizar una consulta en emergencia a la vez.	NO	0
	SÍ	1

PREGUNTAS	RESPUESTA	
	NO: 0	SÍ: 1
24. Ud. vino por qué el médico de consultorio externo lo envió al servicio de emergencia.		
25. Ud. vino por qué la consulta del médico general ha finalizado.		
26. Ud. vino por qué la visita a domicilio del médico de PADOMI demora.		
27. Ud. vino por qué se demora en sacar cita de consultorio externo o metropolitano.		
28. Ud. ha venido directamente al Servicio de Emergencia porque prefiere venir al SE antes de ir a Consulta externa.		
29. Ud. ha venido directamente al SE por qué no confía en el diagnóstico del médico que lo atendió en consultorio externo.		
30. Ud. prefiere acudir directamente al SE por qué obtiene atención rápida sin esperar citas prolongadas.		
31. Ud. cree que al acudir al SE será mejor atendido.		
32. Ud. vive cerca del hospital y le resulta más cómodo.		
33. Ud. no pierde horas de trabajo ya que acude al servicio de emergencia cuando dispone de tiempo		
34. Ud. viene directamente al SE porque le resulta más cómodo ya que no espera turno para exámenes auxiliares que se piden en consultorio externo.		
35. Ud. ha venido directamente al SE porque requiere completar exámenes pre quirúrgicos		
36. Ud. ha venido directamente al SE porque cree que programaran su cirugía en menor tiempo que por consultorio externo (en caso que Usted Requiera una cirugía programada por consultorio externo).		
37. Ha venido directamente al SE porque el Médico de su confianza se encuentra de turno.		

38. ¿En qué mes del año Ud. acude con más frecuencia a emergencia? _____

PREGUNTA	RESPUESTA	RESPUESTA	CÓDIGO
39. ¿Cuántas veces viene Ud. al servicio de emergencia?	Más de 1 vez a la semana.		0
	1 vez a la semana.		1
	1 vez al mes.		2
	1 vez a los 6 meses.		3
	1 vez al año.		4
	Casi nunca.		5

FICHA PARA EL ENTREVISTADOR (FECHA: _____ HORA: _____)

1. Número total de pacientes en espera de admisión _____
2. Número total de pacientes admitidos en el servicio de emergencia _____
3. Número total de camas ocupadas en el Servicio de Emergencia (incluyendo el área de espera, pasillos, etc). _____
4. Número total de pacientes conectados a Ventilación mecánica _____
5. Tiempo de espera para el último paciente que ingresa a la hora de la encuesta _____
6. Tiempo más largo que el paciente espera para la admisión _____
7. Número de camas en el Servicio de Emergencia _____
8. Número de camas en total en Hospitalización (ocupados y desocupados) _____
9. ¿Cuántos médicos están de turno hoy? _____
10. ¿Cuántas enfermeras están de turno hoy? _____
11. ¿Cuántos técnicos están de turno hoy? _____

ANEXO N°8: Plan de Tabulación

OBJETIVO	HIPOTESIS	CRUCE DE VARIABLE	PLAN DE TABULACION
Estimar la relación que existe entre el Triage inadecuado y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	El Triage inadecuado es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	Triage /saturación de pacientes en el servicio de emergencia y en función de cada categoría de cada variable interviniente	Chi cuadrado
Estimar la relación que existe entre el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	El Número de Recursos Humanos Insuficientes es un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	Recursos Humanos Insuficientes (Número de médicos, enfermeras y técnicos) / saturación de pacientes en el servicio de emergencia y en función de cada categoría de cada variable interviniente	CHI CUADRADO
Estimar la relación que existe entre La Decisión Propia del Paciente y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	La Decisión Propia del Pacientes un factor relacionado a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.	Decisión Propia del Paciente/ saturación de pacientes en el servicio de emergencia y en función de cada categoría de cada variable interviniente	CHI CUADRADO

**ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN**

El Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y la Decisión Propia del Paciente son Factores Relacionados a la Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

INVESTIGADORES

La presente investigación es conducida por los Señores: Cuadros Arauco, Maribel Susana; Huerto Falcón, Keila Kenat; estudiantes del sexto año de la E.A.P de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

OBJETIVOS

La meta de este estudio es identificar si el triaje inadecuado, el Número de Recursos Humanos, por iniciativa propia del paciente son factores asociados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014. Por lo cual necesitamos de su apoyo para realizar dicha investigación.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La investigación no implicará ningún riesgo físico potencial, ya que no se utilizará procedimiento invasivo alguno; sólo se obtendrá información.

Se garantiza la confidencialidad de la información en todo momento.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento acerca de la Saturación de Pacientes en el Servicio De Emergencia.

ACUERDOS

Se pedirá la participación de los pacientes que se encuentren en el servicio de emergencia a la hora de realizar la encuesta.

El estudio es completamente voluntario. Los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin ser sancionado por esto. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. En el momento que el participante decida retirar su participación deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, y los resultados de la evaluación serán incinerados.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar de una encuesta por medio de un cuestionario, donde se pretende determinar el nivel de conocimiento, el uso correcto de los métodos anticonceptivos y factores relacionados.

El participante rellenará un cuestionario que consta de preguntas cerradas y abiertas las cuales son sobre los factores asociados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Para ello se utilizará un cuestionario, de modo que el investigador pueda analizar las respuestas que usted haya expresado.

La información personal que se recolectará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona; además, se le pedirá que no escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario. Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada.

En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante podré comunicarme con los entrevistadores.

Investigadores responsables:

Cuadros Arauco, Maribel Susana.

- DNI: 43485822
- Teléfono Celular: 951590563
- E-Mail: star_mar856@hotmail.com

Huerto Falcón, Keila Kenat.

- DNI: 45302170
- Teléfono celular: 993353935
- E – Mail: keis_8_18@hotmail.com

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por las Srtas.: Cuadros Arauco, Maribel Susana Y Huerto Falcón, Keila Kenat., estudiantes del sexto año de la E.A.P de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Así mismo he sido informada de que la meta de este estudio está relacionada con la identificación de los Factores Relacionados a la Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital II – Huánuco ESSALUD 2014..

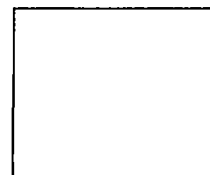
Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista la cual tomará un tiempo aproximadamente de 5 minutos. Se me harán preguntas acerca de mi percepción de los Factores Asociados a la Saturación de Pacientes en el Servicio de Emergencia.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las señoritas investigadores, al teléfono 964953957 o al 989113732

FIRMAS: Si usted voluntariamente está de acuerdo en participar en este estudio es necesario su firma en este documento, en presencia de un testigo.

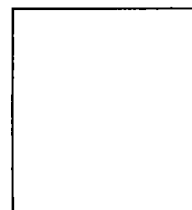
Nombre: _____

Firma



Testigo: _____

Firma



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las alumnas de la escuela académica de Medicina Humana:

Huerto Falcón, Keila Kenat Teléfono: 964953957. E-Mail: keis_8_18@hotmail.com.

Cuadros Arauco, Maribel Susana. Teléfono: 969568630. E Mail: star_mar856@hotmail.com

y el Profesor: Dr. Bernardo Dámaso Mata. Teléfono: # 790581 – 962331381 E.Mail:

bernardocristobal9@hotmail.com certificamos que este artículo ha sido explicado al paciente

arriba indicado, quién ha comprendido el propósito del mismo, los posibles riesgos y

beneficios y que en el momento que lo desee puede comunicarse con nosotros.

Nombre:.....

FIRME