



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

FACTORES ASOCIADOS AL USO INADECUADO DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
ESSALUD – FEBRERO 2018

Presentado por la bachiller:

Quiroga Quispe, Katherine

Para optar al Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

Md. Int. Margot Mejia Hurtado

CUSCO - PERÚ

2018



DEDICATORIA

*A mis padres Juan Pablo Quiroga y Aurelia Quispe;
por su perseverancia, empeño y esfuerzo, que me hicieron
salir adelante en cada obstáculo, este logro también es de ustedes.
Por ustedes soy todo lo que soy.*

*A mi hermano Carlos Quiroga por tu ejemplo de honestidad,
valentía y coraje, tú me enseñas a ser fuerte,
y no temerle a nada, eres mi modelo a seguir
como persona y profesional, más que mi hermano
eres mi segundo Papá.*

*A mi ángel del cielo, Brenda, nada es lo mismo sin ti,
Te adelantaste pero sé que un día nos volveremos a ver.*

*A mis amigos quienes son mi segunda familia
y ocupan un lugar muy preciado en mi corazón
sin ustedes no hubiese podido llegar al final de este camino.*

*Y una dedicatoria muy especial a las
Monjas de Convento de Santa Catalina de Arequipa
Por cuidar de mí y de mi familia por medio de sus oraciones,
Este trabajo es para ustedes, les dedico mi esfuerzo
Como muestra de mi gratitud, por su amistad y cariño sincero.*



AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios por ser quien guía mis pasos, ser mi fortaleza y mi apoyo en cada momento.

Agradezco a mi familia por compartir este momento conmigo y ser parte de cada una de mis alegrías y tristezas, por enseñarme los valores y principios que rigen mi vida.

A todos los educadores, maestros y personas que en algún momento de mi vida me dieron una lección sobre cómo ser mejor persona, tener empatía y ser agradecida por todas las cosas buenas que Dios me dio, gracias a todos ellos por confiar en mí, por entregarme un poco de ustedes mismos en cada enseñanza y guiar mis pasos hasta este punto de mi vida.

Agradezco también a todos los amigos que conocí durante toda la carrera universitaria, con los cuales compartí vivencias, anécdotas inolvidables, ustedes fueron mi apoyo cuando no supe como levantarme y fueron quienes se alegraron conmigo con cada uno de mis triunfos, gracias amigos.

Agradezco también a mi asesora la Dra. Margot Mejía Hurtado quien me ha guiado durante todo este proceso, con calidad, dedicación y confianza. Fue muy gratificante trabajar con usted, estoy eternamente agradecida por cada uno de sus consejos no solo en el ámbito profesional sino también en lo personal.



INDICE

INTRODUCCION..... 6

RESUMEN 7

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 8

1.1 Fundamentación del problema..... 8

1.2 Formulación del problema..... 9

1.3 Objetivos de la investigación..... 10

1.4 Justificación de la investigación 11

1.6 Consideraciones éticas..... 11

CAPITULO II: REVISION DE LA LITERATURA 13

2.1 Antecedentes Teóricos..... 13

2.2 Marco conceptual 22

2.2.1 Urgencia y emergencia 22

2.2.2 Categorización de Urgencias y Emergencias..... 23

2.2.3 Factores asociados a la utilización de los servicios 24

2.2.4 Concepto y frecuencia de uso inadecuado 25

2.2.5 Factores asociados al uso inadecuado de la urgencia 26

2.2.6 Factores relacionados con la organización sanitaria..... 27

2.2.7 Interacción con el sistema sanitario 28

2.2.8 Demandas de la necesidad basados en el problema..... 28

2.2.9 Factores del entorno 29

2.2.10 Consecuencias del uso inadecuado de los servicios 29



2.2.11 Intervenciones para reducir el uso inadecuado de los servicios 30

2.3 Definición de términos básicos..... 31

2.4 Hipótesis 32

2.5 Variables 32

2.6 Definiciones operacionales..... 33

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN..... 40

3.1 Diseño metodológico 40

3.1.1 Tipo de investigación 40

3.1.2 Diseño de la investigación 40

3.2 Población y muestra 40

3.2.1 POBLACION: 40

3.2.2 MUESTRA: 40

3.2.2.1 Calculo de la muestra: se obtuvo de la siguiente manera:..... 40

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 42

3.4 Procedimiento de recolección:..... 42

3.5 Plan de análisis de datos 42

CAPITULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 44

CONCLUSIONES..... 72

SUGERENCIAS..... 73

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

ANEXOS 78



INTRODUCCION

Los servicios de emergencia son unidades diseñadas para proporcionar atención y tratamiento médico altamente profesionalizado, además de brindar recursos especiales a pacientes en riesgo de perder la vida, una función o algún órgano, con una disponibilidad inmediata y optima durante las 24 horas del día. Desafortunadamente la percepción que tienen al respecto los distintos profesionales de salud y los pacientes, genera una serie de consecuencias importantes sobre la eficiencia y organización de los servicios de salud.

Las consultas inadecuadas en los servicios de emergencia de los hospitales, constituye uno de los problemas centrales de la mayor parte de sistemas de salud en países desarrollados, en los países en vías de desarrollo no son ajenos a esta realidad. Las consultas inadecuadas aumentan considerablemente el gasto sanitario, creando ineficiencias en la gestión e influye en la calidad asistencial por lo que el reconocimiento de los factores relacionados con este uso inadecuado podría permitir establecer interacciones vinculadas a objetivos de gestión y planificación sanitaria cuyo objetivo será mejorar la atención y optimizar el servicio ante verdaderas emergencias.



RESUMEN

“Factores asociados al uso inadecuado del servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD – Febrero 2018”

RESUMEN

Introducción: Las consultas inadecuadas en los servicios de emergencia de los hospitales, constituye un problema para el sistema de salud ya que aumenta el gasto sanitario, crea ineficiencias en la gestión e influye en la calidad asistencial en situaciones de verdadera emergencia.

Materiales y métodos: Se realizó descriptivo, analítico, prospectivo de corte transversal; la información se recolectó en una ficha de datos donde se identificó 3 factores por los que un paciente utiliza el servicio de medicina de emergencia; esta ficha se aplicó a 335 pacientes utilizando el muestreo aleatorio sistemático.

Resultados: Un alto porcentaje (83.88%) de las consultas que se realizan en el servicio de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velasco son inadecuadas; esta demanda inadecuada se identificó entre los siguientes factores predisponentes: en el grupo etario comprendido entre 15-29 años (28.96%, $p=0.069$), grado de Instrucción superior universitaria y superior técnico (29.85% y 28.66% respectivamente, $p=0.381$), con ocupación trabajador independiente y trabajador dependiente (29.25% y 34.06% respectivamente, $p=0.013$); factores de necesidad: califican su problema de salud como poco grave (36.42%, $p=0.013$), factores facilitadores: acudir por cuenta propia (93.43%, $p=0.001$), indicadores relacionados con accesibilidad que el servicio de emergencia ofrece, como la atención rápida (25.8%, $p=0.000$). Conclusión: Existen factores facilitadores, y de necesidad que contribuyen significativamente al número elevado de consultas inadecuadas en el servicio de emergencia.

Palabras clave. Consulta inadecuada, uso inadecuado, servicio de emergencia



CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Según la norma técnica de salud de los servicios de emergencia, este servicio es un área específicamente diseñada, equipada y dotada de personal para la atención de pacientes de emergencia las 24 horas del día, menciona además que una emergencia médica y/o quirúrgica es toda condición repentina que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en la persona.(1)

A nivel nacional, la población con derecho a atención por la Seguridad Social (EsSalud) el año 2017 fue de 11, 059,014 personas, más de un tercio de la población nacional. La red asistencial del Cusco tiene asignados 329,366 asegurados (2) esto se traduce en un aumento de la demanda en la atención de pacientes. En el caso del servicio de emergencia este necesita una mayor dedicación y disponibilidad de los recursos, la cual se ve obstaculizada por la cantidad de personas que acuden a este servicio en situaciones no urgentes por motivos que deberían ser observados y analizados para un funcionamiento adecuado de este servicio.

Se consideran inadecuadas las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico del primer nivel de atención (3) estas atenciones que no son urgentes se asocia a un incremento de costes, sobre todo de las oportunidades y pérdida de bienestar para la sociedad en su conjunto. (4)

En un estudio realizado en el año 2014 en el Hospital Regional del cusco se encontró que el 77.32% de las consultas son inadecuadas, ya que las situaciones por las cuales acudieron no eran urgentes, además se observó que el 34,20% de la población califico su problemas como poco grave, representando esta situación con la frase “no creo que

sea grave, pero sí creo que requiere atención de emergencia”, finalmente concluyeron que más del 75,84% desconocen la existencia de centro de atención primaria. (5)

El principal motivo sobre cual está basado este estudio, además de las razones mencionadas previamente es la saturación del servicio de emergencia que obstaculiza el uso óptimo de este; así como la accesibilidad en un momento de verdadera emergencia. Nace entonces la necesidad de analizar si realmente los hospitales superaron su capacidad o estamos admitiendo pacientes cuyos problemas pudieron resolverse en niveles de atención inferiores, ocasionando gastos innecesarios, consumo de recursos humanos y tiempo necesario para pacientes que realmente necesiten este servicio. Por ello este estudio pretende describir los factores asociados al uso inadecuado del servicio de emergencia, dado que conociendo estos podremos plantear soluciones para resolver la sobredemanda y por ende la calidad de atención a los pacientes.

1.2 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados al uso inadecuado del servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia de las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores predisponentes asociados a las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018?



- ¿Cuáles son los factores de necesidad que influyen en las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores facilitadores que influyen en las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores asociados al uso inadecuado del servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018.
- Determinar los factores predisponentes asociados a las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018.
- Determinar los factores de necesidad que influyen en las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018.
- Determinar los factores facilitadores que influyen en las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del hospital Adolfo Guevara Velasco durante el mes de febrero del año 2018.



1.4 Justificación de la investigación

El presente estudio permitirá conocer las principales razones por las que las personas acuden al servicio de emergencia, siendo en mayor proporción de veces por situaciones que no son consideradas como emergencia, y siendo estas mismas las que saturan los servicios de emergencia, generando gastos innecesarios y ocupando tiempo y recursos humanos que podrían ser utilizados en verdaderas emergencias, además se obtendrá información necesaria para tomar medidas correctivas, principalmente en educación a la población y mejoras en la calidad de atención; lo cual mejorara el grado de satisfacción del asegurado, en el Hospital Adolfo Guevara Velazco.

En el Perú los estudios sobre el tema son escaso y en nuestra región se cuenta solo con un estudio realizado en el MINSA sobre los factores que influyen en las consultas de emergencia este trabajo contribuirá con datos importantes para mejorar la calidad de atención.

Este estudio es factible ya que se cuenta con recursos humanos, capacidad y recursos económicos suficientes para su realización.

1.5 Limitaciones de la investigación

Los resultados dependerán de la veracidad de los encuestados, así como la disposición de los mismos.

1.6 Consideraciones éticas

En este trabajo se informará a todos los participantes a cerca del estudio y de las finalidades de este, además se respetará la libertad de las personas que no deseen participar en el estudio.



Las encuestas serán obtenidas previo consentimiento informado respecto al trabajo que se realizara, aplicándose a usuarios o acompañantes que expresen su deseo de participar voluntariamente en el estudio. Se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos, y la identidad de los participantes.



CAPITULO II: REVISION DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes Teóricos

Sven E y cols (Oslo, Noruega – 2016), en su estudio denominado: “Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway” El objetivo principal de este estudio fue explorar cómo percibían los pacientes y sus médicos el nivel de urgencia para obtener asistencia médica y determinar la concordancia entre su evaluación en la población diversa de pacientes sin cita previa asistiendo a una clínica ambulatoria general de emergencia en Oslo, Noruega. Se distribuyó un cuestionario anónimo y multilingüe a todos los pacientes ingresados en una clínica ambulatoria de emergencia general en Oslo durante dos semanas en septiembre de 2009.

Se analizó los datos demográficos, las evaluaciones médico-pacientes del nivel de urgencia y los resultados de la consulta. Usando estadísticas descriptivas para obtener frecuencias con un intervalo de confianza (IC) del 95% para los niveles evaluados de urgencia y resultados. El análisis incluyó 1821 pacientes sin cita previa. El 24% de los pacientes consideró que su consulta de emergencia no era urgente, mientras que los médicos consideraron que el 64% de los encuentros no eran urgentes. La concordancia entre las evaluaciones del paciente y su médico fue positiva, pero baja, con un coeficiente de tau-b de Kendall de 0,202 ($p < 0,001$). El análisis de regresión logística ajustado mostró que los pacientes de Europa del Este (odds ratio (OR) = 3.04, IC 95% 1.60-5.78), Asia y Turquía (OR = 4.08, IC 95% 2.43-6.84) y África (OR = 8.47; 95% CI 3.87-18.5) informaron niveles de urgencia significativamente más altos en comparación con los noruegos. Este estudio revela discrepancias entre las



evaluaciones realizadas por pacientes ambulatorios y los médicos sobre el nivel de urgencia de sus encuentros en una clínica de emergencia general. La percepción autoevaluada de los pacientes sobre el nivel de urgencia se relacionó con su región de origen(6).

Boh, Li y cols (Singapore- 2015), en su estudio denominado: “Factors Contributing to Inappropriate Visits of Frequent Attenders and Their Economic Effects at an Emergency Department in Singapore”, cuyo objetivo fue determinar qué factores contribuyen a las visitas frecuentes en el servicio de emergencia y qué proporción fueron inapropiadas en comparación con las visitas no frecuentes, este estudio fue de tipo retrospectivo, de casos y controles que comparó una muestra aleatoria de pacientes frecuentes y pacientes no frecuentes, con detalles de sus visitas a emergencias registradas durante un período de 12 meses. Los asistentes frecuentes se definieron como pacientes con cuatro o más visitas durante el período de estudio.

El resultado fue que en comparación con los pacientes no frecuentes los participantes frecuentes fueron mayores (mediana = 57.5 años. También se encontró que tenían más comorbilidades, donde el 53.3% de los asistentes frecuentes tenían tres o más enfermedades crónicas en comparación con el 14% de los asistentes no frecuentes, y con frecuencia fueron clasificadas en clases de mayor prioridad (más severas) (frecuentes 52.2% vs. no frecuente 37.6%, $p = 0.0004$). Los problemas sociales como la morosidad (12,7%), el consumo excesivo de alcohol (3,3%) y el abuso de sustancias (2,7%) fueron muy bajos en los asistentes frecuentes en comparación con los estudios occidentales. Los participantes frecuentes tuvieron una tasa similar de visitas apropiadas al servicio de urgencia como asistentes no frecuentes (55.2% vs. 48.1%, $p = 0.0892$), pero con mayor frecuencia fueron clasificados en la clase de clasificación de prioridad P1 (6.7% vs. 3.2%, $p = 0.0014$) y fueron admitidos con mayor frecuencia



para una administración adicional en comparación con los asistentes no frecuentes (47.5% vs. 29.6%, $p < 0.001$). La mayoría de las visitas frecuentes fueron apropiadas (55.2%), y de éstas, 81.1% resultaron en ingreso. Para el mismo número de pacientes, las visitas totales realizadas por usuarios frecuentes (\$ 174,247.60) cuestan cuatro veces más que para los pacientes no frecuentes (\$ 40,912.40). Esto representa una carga económica significativa en el sistema de atención médica. La conclusión fue que los usuarios frecuentes en Singapur se asociaron con una mayor edad y la presencia de comorbilidades múltiples en lugar de las causas sociales. Incluso en los sistemas de salud integrados, las visitas repetitivas a los servicios de emergencia son frecuentes y costosas. Los departamentos de emergencia en las poblaciones que envejecen deben anticipar la afluencia de pacientes ancianos y vulnerables y contar con programas de intervención para cuidarlos(7)

Burgos E, García C (Valdivia- Chile 2014) en su estudio denominado “Demanda inapropiada a los servicios de emergencia y factores asociados”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a las consultas inapropiadas de los usuarios en el sub departamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia.; Se realizó un estudio mixto de corte transversal de tipo exploratorio, los resultados fueron que el 43,27% corresponden a demanda inapropiada en los servicios de urgencia de la ciudad de Valdivia.

Siendo los factores asociados a la elección del servicio de urgencia hospitalario, la atención por especialistas (38,78%), la realización de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocer el uso de los servicios de atención primaria de urgencias (SAPU's) (4,39%), haber sido referido (3,66%), por ser más económico (3,41%), por ser el único servicio de urgencia disponible (2,44%) y porque el SAPU no resolvió su problema de salud (0,98%). Respecto a aquellos que consultaron en SAPU, 29,38% lo



hizo porque es el centro de urgencia que le correspondía por sector y por nivel de urgencia. Dentro de los motivos que compartieron los usuarios de ambos servicios de urgencia, se encuentran la cercanía, la rapidez en la atención, porque considera que es mejor la atención y la indisponibilidad. La conclusión que se obtuvo fue que el concepto y la percepción de urgencia influyen directamente en la decisión de acudir a uno u otro servicio de urgencia, al igual que la cercanía, rapidez, la calidad de atención y el conocimiento de la oferta de éstos (8).

Espinel V y cols (España- 2011), en el estudio titulado “Utilización por cuenta propia de los servicios de urgencias hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de bajo complejidad para utilizar estos servicios”. Cuyo objetivo principal fue 1) Comprender las razones y los motivos que impulsan a las personas con problemas de salud de baja complejidad (PSBC) para acudir, por cuenta propia y sin ser remitidos por su médico de cabecera (MC), al servicio de urgencias de un hospital general (SUH). 2) Conocer la percepción sobre el grado de gravedad y preocupación atribuidos por las personas a su problema de salud. 3) Determinar los factores que influyen en la decisión de acudir por cuenta propia al servicio de urgencia hospitalaria (SUH); Se realizó un estudio transversal a través de entrevista personal con cuestionario estructurado, mediante muestreo no probabilístico por cuotas que tuvo una muestra de 492 pacientes que acudieron al servicio de urgencia del Hospital Infanta Cristina de Parla.

Se obtuvieron los siguientes resultados: El 73% acudió directamente a las urgencias sin consultar al médico de cabecera. El 44% consideró que el SUH contaba con mejores medios técnicos para resolver el problema de salud, el 35% porque a esa hora ya no les atendían en el centro de salud, el 22% porque le resolvía más rápidamente el problema de salud y el 20% acudió por comodidad. El 70% consideró que su problema



de salud no era grave, pero pensaba que sí era merecedor de atención urgente o rápida. El 63% expresó alta preocupación por su problema. El 63% consideró que el actual problema de salud no podía ser resuelto por su médico de cabecera en caso de ser atendido en ese momento. Finalmente, el 50% consideró que el SUH tenía más capacidad para resolver los problemas de salud que el centro de salud. El estudio concluyó que la mejor eficacia y efectividad, en términos de uso y gestión de recursos técnicos y del tiempo para resolver el problema de salud, y la comodidad, en términos de horarios, disponibilidad y accesibilidad, parecen ser las principales razones por las cuales las personas con problemas de salud de baja complejidad utilizan por cuenta propia los SUH. La preocupación, más que la gravedad, parece movilizar activamente la búsqueda de solución al problema de salud de manera rápida y urgente. Estas razones parecen estar condicionadas en la experiencia institucional previa con el centro de salud (9)

Caprile E.(Nicaragua-2010), en su estudio denominado, “Factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, junio 2009” , el presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión, cuyo objetivo fue determinar los factores que inciden en los usuarios para hacer mal uso del servicio de emergencia; realizando un estudio de tipo descriptivo a través de una entrevista estructurada, como método para recolectar la información.

Según el estudio, de 254 usuarios entrevistados, se determinó la causa de consulta y diagnóstico final por médico que proporcione la atención, solamente 24% ameritaba ser atendido en el servicio de emergencia del hospital, el 76% son motivo de consulta que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención.



El estudio se torna importante ya que es similar este comportamiento por parte de los usuarios en toda la red pública de hospitales, ocasionando la sobresaturación de las mismas, demora en la atención a enfermos con verdaderas emergencias, incremento del coste hospitalario, comprometiendo así la funcionalidad y eficiencia del sistema. Se concluye que, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión, ocurre un elevado número de consultas inadecuadas para el segundo nivel de atención. Resaltando la importancia que tiene la edad del paciente, la accesibilidad, quien toma la iniciativa de acudir a solicitar la atención, el nivel socioeconómico y educativo así como la percepción de atención de una emergencia, como variables predictores de la mala utilización de los servicios de emergencias hospitalarios (10).

Loría C, Flores M y cols (México- 2010), en el estudio denominado: “Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital”, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con la saturación de los servicios de urgencias; un estudio de tipo observacional aleatorizado en el que se incluyó a los pacientes que solicitaron consulta de urgencias durante octubre de 2008. Se aplicó un instrumento diseñado ex profeso que indagó la inadecuación de solicitud de atención, así como cinco indicadores de la misma. Se empleó estadística descriptiva y razón de momios.

Se realizaron 718 entrevistas, 74.14% en pacientes adultos y 25.45% en niños; 61.11% correspondió al sexo masculino y la edad media fue de 65.15 ± 19.32 años; 65.17% de las consultas fueron consideradas no adecuadas (61.67% de adultos y 75.20% de niños). Existió asociación significativa con solicitar consulta los viernes (RM = 4.21) y lunes (RM = 3.45), con la percepción de recibir una atención más rápida (RM = 3.24), con la negación de atención en su unidad (RM = 3.14), con escolaridad menor a la



primaria (RM = 3.21), con acudir en el turno vespertino (RM = 2.56), con pertenecer a la Unidad de Medicina Familiar 35 (RM = 2.19), así como con percibir un salario mínimo de ingreso (RM = 2.27), este estudio como como conclusión que el uso inadecuado del servicio de urgencias está por arriba de lo informado internacionalmente. Los factores asociados podrían resolverse al mejorar los procesos de las unidades de primer nivel(3)

Contreras C y cols (Lima, Perú- 2011), en su estudio denominado “Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas” cuyo objetivo fue determinar la magnitud de las hospitalizaciones inadecuadas en el departamento de emergencias de un hospital general, se hizo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo donde se revisó una muestra de 372 hospitalizaciones por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de un total de 3 955 admisiones en el periodo de dos años. Se recolectaron variables como edad, sexo, procedencia, día de hospitalización, entre otras.

Los resultados se expresaron en distribución de frecuencias absolutas y relativas, medias, donde el 10,22% de las hospitalizaciones médicas realizadas por emergencia fueron inadecuadas. La edad del paciente menor de 64 años, el turno de hospitalización (mañana) y la ocupación del paciente (estudiantes y/o empleado) fueron asociados a hospitalizaciones inadecuadas, en las conclusiones se observa que las hospitalizaciones inadecuadas en el Departamento de emergencias fueron mayores que las cifras óptimas (<5%). y los factores relacionados a las mismas fueron congestión de los procesos de atención en consultorio externo, deficiencia hospitalaria en cuanto a pruebas complementarias que permitan precisión y rapidez en el diagnóstico, deficiencia del primer nivel de atención que no cubre las expectativas de la población y que la gran mayoría de la población acude al hospital y no al puesto de



salud de su jurisdicción, ausencia de un sistema ordenado y bidireccional de salud, entre otros(11)

Huayhua H (Cusco, Perú- 2014), en su estudio denominado “Consultas inadecuadas en el Servicio de emergencia; Hospital Regional del Cusco - Febrero 2014”; cuyo objetivo fue exponer la frecuencia de consultas inadecuadas, el perfil del usuario y las razones que motivan el uso del servicio de emergencia; se diseñó una ficha de recolección de datos en la cual se identificaban 3 factores por la que un paciente utiliza el servicio de medicina emergencia; la cual se aplicó a 269 pacientes utilizando el muestreo aleatorio sistemático.

El resultado fue un alto porcentaje (77.32%) de las consultas que se realizan en el servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco son inadecuadas; esta demanda inadecuada se identificó entre los siguientes factores predisponentes: en el grupo etario comprendido entre 15-29 años (32.34%, $p=0.000$), grado de instrucción secundaria y superior (28.62% y 32% respectivamente, $p=0.000$), con ocupación trabajador independiente y ama de casa (23.42% y 18.22% respectivamente, $p=0.002$); factores de necesidad: califican su problema de salud como poco grave (34.20%, $p=0.000$), la frase que expresa mejor su percepción es "no creo que se grave, pero sí creo que requiera atención de emergencia" (22.68%, $p=0.000$) y el sistema más afectado es el digestivo (37.92%, $p=0.036$); factores facilitado res: no contar con ningún tipo de seguro (45.72%, $p=0.000$), acudir por cuenta propia (75.84%, $p=0.000$), desconocer la existencia de centros de atención primaria (26%, $p=0.023$), e indicadores relacionados con accesibilidad que el servicio de emergencia ofrece como atención rápida (40.9%, $p=0.006$), atención de especialistas (27.5%, $p=0.000$), realizar exámenes de ayuda al diagnóstico (26.9%, $p=0.000$) y tener más confianza con el hospital (38.7%, $p=0.018$). dentro de las conclusiones del estudio la principal



fue que las consultas en el servicio de emergencia son inadecuadas ya que utilizan el servicio por situaciones no urgentes, lo cual ocasiona que la atención de los pacientes de verdadera emergencia sean inoportunas y poco efectivas(5).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Urgencia y emergencia

Antes de las definiciones es necesario hacer una diferenciación de conceptos, ya que en otros países se utilizan estos términos de maneras distintas, en el Perú existen los servicios de emergencias a diferencia de otros lugares donde se utiliza el término de servicios de urgencias, siendo este el término más apropiado para utilizarse.

Según la definición de Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) el concepto urgencia y el concepto emergencia, tienen una clasificación distinta dependiendo de la gravedad de la situación.

Urgencia: es toda aquella condición que, requiere una asistencia sanitaria en las próximas horas pero no pone en riesgo la vida del paciente ni altera la función de algún órgano, ni sistema.(12), a su vez, la OMS la define como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas(13).

Emergencia: es toda aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano (12). Y según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital(13). Otras definiciones hablan de un tiempo menor a 1 hora hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos(14)

2.2.2 Categorización de Urgencias y Emergencias

La categorización es un proceso de clasificación de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, de forma que sean atendidos según el grado de urgencia de su caso, e independiente del orden de llegada, se establecen los tiempos de espera para ser atendidos por el equipo médico.

El ministerio de salud en su norma técnica de los servicios de salud menciona la clasificación de prioridades, clasificándolo de la siguiente manera:

- a. **Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema:** 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.
- b. **Prioridad II Urgencia Mayor:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.
- c. **Prioridad III Urgencia Menor:** Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 20 minutos.
- d. **Prioridad IV Patología Aguda Común:** Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 01 hora(1).

2.2.3 Factores asociados a la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios

El esquema más utilizado para analizar la utilización de servicios de urgencia ha sido el propuesto por Andersen(15) , que postula el uso de los servicios médicos como el resultado de tres componentes fundamentales: predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), capacidad para obtenerlos (factores facilitadores) y nivel de enfermedad (factores de necesidad).

- a. **Factores predisponentes:** Características demográficas como la edad, el sexo, la raza, la educación, el tamaño familiar o la actividad laboral(16,17).

- b. **Factores facilitadores:** Incluyen características individuales (nivel de ingresos o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios) (16,17)
 - Accesibilidad temporal y administrativa. El funcionamiento de los servicios de atención primaria (AP) se estructura en torno a una serie de actividades programadas. En contraposición, los servicios de emergencia (SE) prestan atención continuada las 24 horas del día y sin ningún tipo de impedimento administrativo.
 - Accesibilidad geográfica. La ampliación de los horarios de un centro de salud disminuye la utilización de los SE en el medio rural. En el medio urbano, a igual accesibilidad se impone la atracción preferente por el medio hospitalario.
 - Accesibilidad cultural. En España, la excesiva burocratización y masificación de la AP con anterioridad al inicio de la reforma asistencial supuso un desprestigio generalizado que se traslada al sistema actual de AP.

En otros países como el nuestro se comprueba igualmente una marcada preferencia por la atención hospitalaria. Incluso se propone el porcentaje de cuidados ambulatorios recibidos en el SE como marcador de la accesibilidad y calidad de la AP.

- Factores de necesidad Se incluyen en este apartado el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud.

2.2.4 Concepto y frecuencia de uso inadecuado(10,16,18)

Existe una amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, desde menos del 15% hasta más del 80%. La interpretación de estos datos requiere analizar las causas de tan importantes diferencias. Entre ellas:

La valoración de la inadecuación se realiza fundamentalmente a través de tres alternativas:

- a. Criterios subjetivos:** implícitos, basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad. Habitualmente se consideran inadecuadas aquellas asistencias que podrían haberse atendido en AP, con los recursos al alcance del médico de cabecera. Los estudios basados en este tipo de criterios, generalmente estudios retrospectivos, son los que proporcionan cifras de inadecuación más elevadas, entre el 35,5% y el 87%
- b. Protocolos de "triaje":** Se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades, de manera que permitan redistribuir las consultas, rechazando la atención a los pacientes que no plantean ninguna situación de urgencias



En estos casos, dada la repercusión potencial de negar la asistencia a un paciente que pueda presentar algún tipo de complicación, el protocolo está obligado a ser muy sensible para detectar adecuación, lo que a su vez le convierte en un instrumento poco específico, que deja muchos pacientes que no son verdaderas urgencias. Los estudios que se basan en este tipo de instrumentos encuentran los porcentajes de inadecuación más bajos, entre el 15 y el 20%(19).

- c. Criterios explícitos:** Señalan una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas, que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Destacamos el estudio de Sempere et al que valida y propone un protocolo de adecuación basado en criterios de gravedad, diagnósticos, terapéuticos y otros. Dicho protocolo se ha utilizado en varios hospitales españoles, encontrándose porcentajes de inadecuación que oscilan entre un 26,8% y un 38%. Presentan la ventaja de ser objetivos, pero también algunas limitaciones: son ajenos a la disponibilidad de recursos extra hospitalarios y dependientes del proceso asistencial(16,20).

2.2.5 Factores asociados al uso inadecuado de la urgencia(7,16,17)

a. Variables demográficas:

- A. Edad. Casi todos los estudios coinciden en señalar la asociación entre edad avanzada y una utilización más frecuente y adecuada de los servicios de urgencias. La mayor frecuencia de uso inadecuado se encuentra en edades pediátricas, y se describe una disminución progresiva con la edad.



- B. Sexo. El sexo mujer se ha asociado con mayor frecuencia de uso inadecuado, pero de forma débil e inconsistente. Estado civil. Menor uso inadecuado para viudos y casados que para solteros o divorciados que no se mantiene en los análisis multivariantes.
- C. Situación laboral. Se ha señalado asociación entre ser trabajador activo o parado e inadecuación.
- D. Nivel de estudios. La utilización inadecuada aumenta cuando lo hace el grado académico alcanzado. Esta asociación desaparece o incluso se invierte cuando se ajusta por edad y patología.
- E. Nivel socioeconómico. A los “SE” se les considera la red de seguridad que amortigua los peligros inherentes a la falta de recursos para obtener asistencia sanitaria.
- F. Variables relacionadas con el estado de salud: La existencia de antecedentes patológicos, el número de patologías asociadas, la discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia de uso de los SE, pero con menor porcentaje de uso inadecuado. En ancianos son las variables de necesidad las principales determinantes de la utilización de urgencias.

2.2.6 Factores relacionados con la organización sanitaria

Gran parte del uso inadecuado de los SE, es atribuido a la falta de accesibilidad económica a otro tipo de servicios sanitarios y a la obligatoriedad de prestar asistencia urgente en los SE.

Tipo de Atención Primaria: Reiteradamente se ha señalado la existencia de déficit en la asistencia primaria como una de las causas más importantes de la utilización

inadecuada del servicio de urgencias. La reforma del sistema de AP creó unas expectativas importantes que no han llegado a confirmarse.

Existencia de servicios de urgencias extrahospitalarios: Se les atribuye una reducción del uso inadecuado de los SE, aunque en general se considera que aumentan la utilización sin reducir las urgencias hospitalarias(21).

2.2.7 Interacción con el sistema sanitario

Muchos estudios señalan la carencia de servicios alternativos como una de las causas fundamentales de uso inadecuado de los servicios de urgencia. No obstante, no es la ausencia de cobertura la única limitación de la accesibilidad, sino también otras variables. Se acepta que la existencia de una buena interacción médico-paciente disminuye el uso inadecuado y se ha demostrado que la ausencia de provisión de cuidados con un médico regular aumenta el uso de SE por problemas no urgentes mientras que por el contrario la continuidad de la asistencia primaria lo reduce(22)

2.2.8 Demandas de la necesidad basados en el problema

Determinados motivos de consulta, entre los que destacan las enfermedades de la piel, alteraciones mentales y problemas osteomusculares, muestran una asociación consistente con el uso inadecuado de los servicios de urgencia. Inherente al concepto de urgencia es la connotación de problema de aparición súbita, demostrándose un aumento progresivo del porcentaje de urgencias inadecuadas con la duración de los síntomas. La percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias(17,20,21).



2.2.9 Factores del entorno(17)

- a. **Distancia al hospital:** La frecuentación, el porcentaje de visitas voluntarias y la inadecuación son inversamente proporcionales a la distancia al hospital.
- b. **Día de la semana:** Balanzó y Pujol, describen mayor frecuencia de uso inadecuado los lunes, aunque no se trata de una asociación consistente.
- c. **Hora de consulta:** En general el porcentaje de uso inadecuado disminuye por la noche y aumenta en horario de mañana y tarde.
- d. **Factores relacionados con el entorno social:** El alarmismo potenciado por los medios de comunicación y la pérdida del sentimiento de aceptación y resignación tradicional ante la enfermedad genera un aumento de exigencia de servicios, muchas veces inadecuados.
- e. **Forma de acceso a urgencias:** Los pacientes que acuden en ambulancia son adecuados con mayor frecuencia, en comparación a los que llegan al SE por sus propios medios
- f. **Tipo de demanda:** La mayoría de los estudios coinciden en que las consultas espontáneas presentan mayor frecuencia de uso inadecuado.

2.2.10 Consecuencias del uso inadecuado de los servicios de emergencia(3,23)

Las personas que utilizan los SE para la atención de problemas no urgentes pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la AP. Esto supone una disminución de la calidad de la asistencia sanitaria en general: pérdida de continuidad asistencial, ausencia de seguimiento de los tratamientos, fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud.

En relación con la asistencia prestada en los SE la afluencia de pacientes no urgentes provoca aglomeraciones, demoras en la asistencia a pacientes que sufren

situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, "fugas" de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia. La saturación excesiva del SE da pie a que se produzcan errores y omisiones graves, a que se realice una medicina defensiva y a que aumente la frustración del personal sanitario. Reiteradamente se ha señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias.

Todo lo anterior resulta en un incremento de los costes asistenciales. Incluso los pacientes catalogados como "banales" o "inadecuados" reciben pruebas complementarias con elevada frecuencia.

2.2.11 Intervenciones para reducir el uso inadecuado de los servicios de emergencia(16,17,24)

- a. Intervenciones sobre la demanda:** Educación sanitaria: Peiró et al concluyen que no se ha demostrado un éxito claro de la estrategia educativa. No obstante, cuando la intervención se dirige a pacientes hiperfrecuentadores, con una patología de base, se consigue disminuir el número de visitas al SE.
- b. Intervenciones centradas en la mejora de la accesibilidad de la Atención Primaria:** Aunque son muchos los estudios que demuestran una relación inversa entre el uso de servicios de AP y el porcentaje de uso inadecuado de los SE en conjunto parece que aumentar la accesibilidad a la AP incrementa la utilización de consultas ambulatorias sin que ello repercuta en una reducción permanente de las consultas no urgentes.
- c. Organización de los SE:** Triage, derivación de los pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales, guías, atención de las urgencias por médicos de AP. La utilización de los sistemas de triaje para demorar la asistencia de los casos



banales, derivando dichos casos a otros servicios ha demostrado su eficacia pero no está exenta de riesgos, acentuados por la escasa validez de los sistemas de clasificación.

2.3 Definición de términos básicos

- a. **Triage:** Triage o triaje, es una palabra procedente del francés triage; en español es muy usada en la jerga médica para referirse al método de medicina de emergencias y desastres donde se seleccionan los pacientes que deben ser atendidos con prioridad, considerando las posibilidades de supervivencia. Tiene el mismo significado que el inglés triaje, también tomado del francés(25,26)
- b. **Servicio de emergencia:** es un área específicamente diseñada, equipada y dotada de personal para la atención de pacientes de emergencia las 24 horas del día, menciona además que una emergencia médica y/o quirúrgica es toda condición repentina que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en la persona(1)
- c. **Atención primaria:** es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país(13).
- d. **Atención de emergencia:** Es la ejecución y la aplicación de medidas inmediatas destinadas a salvar la vida y evitar complicaciones con eficacia y eficiencia(12).
- e. **Consulta inadecuada:** atenciones que se realizan en el servicio de emergencia y que fácilmente podrían haber sido resueltas en la atención primaria(3).



2.4 Hipótesis

Existen factores predisponentes, de necesidad y facilitadores que influyen las consultas inadecuadas en el servicio de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velazco.

2.5 Variables

Variable dependiente:

- Uso inadecuado del servicio de emergencia

Variable independiente:

- Tipo de consulta
- Factores predisponentes: edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, estado civil.
- Factores de necesidad: percepción sobre su problema de salud, enfermedad crónica.
- Factores facilitadores: tipo de seguro, forma de arribo, accesibilidad a otros establecimientos de salud.



2.6 Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y FORMA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIONES OPERACIONALES DE LA VARIABLE
Tipo de consulta	Atenciones que podrían haberse resuelto en atención primaria, sin necesidad de llegar a emergencia	Cualitativa	Indirecta	Condición del encuestado después de la evaluación por el médico de turno del servicio de emergencia	De razón	Ficha de recolección de datos	¿Cuáles es la condición de consulta del paciente? 1. Consulta adecuada 2. Consulta no adecuada	12 13	La expresión final de variable será: consulta adecuada, consulta inadecuada: cuyo indicador será la condición del encuestado luego de ser evaluado por el médico de turno y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.



Día de la semana	Día de la semana en que el paciente solicita atención en emergencia	Cualitativa	Directa	Día en el cual se realiza la atención	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Qué día se realiza la atención? - Lunes - Martes - Miércoles - Jueves - Viernes - Sábado - Domingo	1	La expresión final de la variable será: lunes, martes miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo; cuyo indicador será el día en el cual se realiza la atención y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
Edad	Periodo de tiempo que una persona ha vivido	Cuantitativa	Directa	Edad cumplida en años	De intervalo	Ficha de recolección de datos	¿Cuántos años tiene usted? - 15 -29 - 30 -44 - 45 – 64 - Mayor o igual a 65	2	La expresión final de la variable será: 15 -29, 30 -44, 45 – 64, Mayor o igual a 65; cuyo indicador será la edad en años cumplidos y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.



Sexo	Sexo físico que refiere el paciente	Cualitativa	Directa	Masculino Femenino	Nominal	Ficha de recolección de datos	Sexo de la paciente - Masculino - Femenino	3	La expresión final de la variable será: femenino, masculino; cuyo indicador será F o M y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
Grado de instrucción	Grado académico máximo que el paciente refiere haber aprobado	Cualitativa	Directa	Analfabeto Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su grado de instrucción? - Analfabeto - Primaria - Secundaria - Superior técnico - Superior universitario	4	La expresión final de la variable será: Analfabeto, Primaria, Secundaria, Superior técnico, Superior universitario; y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
Horario de atención	Horario laboral en el que el paciente solicita atención en emergencia	Cualitativa	Directa	Turno en el que se realiza la atención	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿En qué horario de realiza la atención? - Mañana - Tarde - Noche	5	La expresión final de la variable será: Mañana, Tarde, Noche; cuyo indicador será turno en que se realiza la atención y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.



Ocupación	Actividad laboral que realiza actualmente el paciente	Cualitativa	Directa	Desempleado Estudiante Ama de casa Trabajador independiente Trabajador dependiente	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su ocupación? - Desempleado - Estudiante - Ama de casa - Trabajador independiente - Trabajador dependiente	6	La expresión final de la variable será: Desempleado, Estudiante, Ama de casa, Trabajador independiente, Trabajador dependiente; y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
Estado civil	Condición social que el paciente refiere	Cualitativa	Directa	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su estado civil? - Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Conviviente	7	La expresión final de la variable será: Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Conviviente y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.



<p>Percepción sobre su problema de salud</p>	<p>Interpretación de la sensación que tiene el paciente sobre el problema por el cual acude a emergencia</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Directa</p>	<p>Sensación que presenta el paciente sobre su problema de salud al momento de hacer la consulta en el servicio de emergencia</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>¿El problema por el que acude le parece? <ul style="list-style-type: none"> - Muy grave - Grave - Poco grave - Nada grave ¿Con que frase usted expresaría mejor la sensación que tiene en relación a su problema de salud? frases</p>	<p>8 9</p>	<p>La expresión final de la variable será: Muy grave, Grave, Poco grave, Nada grave. Y también expresara la frase que mejor se acomode a la sensación de la paciente en relación a su problema de salud, y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.</p>
<p>Enfermedad crónica</p>	<p>Enfermedad de larga duración por la cual el paciente acude a emergencia</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Directa</p>	<p>Diagnóstico de enfermedad</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica? <ul style="list-style-type: none"> - Si, ¿Cuál?..... - No </p>	<p>10</p>	<p>La expresión final de la variable será: si, no y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.</p>



Sistema afectado	Principal sistema que condiciona la solicitud de atención	Cualitativa	Directa	Digestivo Respiratorio Cardiovascular Neurológico Otros	Nominal	Ficha de recolección de datos	Sistema afectado: - Digestivo - Respiratorio - Cardiovascular - Neurológico - Otros	11	La expresión final de la variable será: Digestivo, Respiratorio, Cardiovascular, Neurológico, Otros y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.
Forma de arribo	Termino referido a la manera en que llega al paciente al servicio de emergencia	Cualitativa	Directa	Por cuenta propia Referido	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿De qué forma llego al servicio de emergencia? - Por cuenta propia - Referido	14	La expresión final de la variable será: Por cuenta propia, Referido; y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.



<p>Accesibilidad a otros servicios de salud</p>	<p>Forma como los servicios de salud se acercan a la población</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Directa</p>	<p>Razones por las que un paciente acude al servicio de emergencia después de acudir no a su establecimiento de salud.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>¿Conoce usted otro establecimiento de salud donde haya podido acudir antes de venir a este hospital? 1. Si 2. No</p> <p>¿Acudió usted a su establecimiento de salud por este problema antes de venir a este hospital? 1. Si 2- No</p> <p>Si ya acudió a su establecimiento de salud ¿Por qué acude a la emergencia de este hospital? 6 razones</p> <p>¿Por qué no acudió a su establecimiento de salud? ¿Por qué acude a emergencia de este hospital? 11 razones</p> <p>Comparación entre su establecimiento de salud y el servicio de emergencia 7 comparaciones</p>	<p>15 16 17 18 19</p>	<p>La expresión final de la variable se responderá en los ítems--- y el procedimiento para medirla será a través de la ficha de recolección de datos.</p>
--	--	--------------------	----------------	--	----------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	---

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal

3.1.2 Diseño de la investigación

Es un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional

3.2 Población y muestra

3.2.1 POBLACION:

Todos los pacientes que soliciten atención en el servicio de medicina de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velazco durante el mes de febrero del 2018, para obtener una población estimada, se tomaran la cantidad de pacientes que se atendieron durante el mes de enero en el servicio de emergencia que fue de 2467

3.2.2 MUESTRA:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

3.2.2.1 Calculo de la muestra: se obtuvo de la siguiente manera:



Dónde:

- n = Tamaño de la muestra
- Z^2 = para un coeficiente de confianza de 95% = 1.96
- p = Proporción de la población objeto de estudio que se estima tienen una característica determinada 50% = 0.5
- $q = 1-p$ (posibilidad de que no ocurra el evento) 50% = 0.5
- N = población atendida en el servicio de emergencia durante el mes de enero 2018 :2467
- d = Margen de error 5% = 0.05

Reemplazando en la formula se obtuvo 332.5, aproximando a 340 pacientes. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión la muestra final estuvo conformada por 335 pacientes que acudieron al servicio de emergencia durante el mes de febrero.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo paciente con edad mayor de 14 años de edad o acompañante que se atendió en el servicio de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velazco.
- Usuarios o acompañantes que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios que sean atendidos por el servicio de cirugía, pediatría o ginecología de emergencia.
- Usuarios o acompañantes del paciente que presentaron alguna alteración mental al momento de la encuesta



- Usuarios o acompañantes que se encuentren bajo los efectos de alguna droga o cuyo estado de salud le impida participar en la encuesta.
- Usuarios o acompañantes que no deseen participar de la encuesta.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Recopilación de la información: Para la recolección de datos se utilizará la técnica de encuesta y como instrumento la ficha de recolección de datos (ver anexos).

La encuesta antes de su aplicación será validada por tres expertos, este instrumento debidamente estructurado y dividido en 3 partes

- Características sociodemográficas: factores predisponentes
- Percepción en relación con el problema actual de salud: factores de necesidad
- Razones para la utilización del servicio de emergencia: factores facilitadores.

3.4 Procedimiento de recolección:

Se aplicará las encuestas en la sala de espera del servicio de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velazco, inmediatamente después de que los usuarios atendidos.

La encuesta se realizará y aplicará a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, previa explicación resumida sobre el estudio, seguida de la entrega de la encuesta para su llenado.

3.5 Plan de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se usará el programa SPSS v 22.0



Se empleará una base de datos de acuerdo con las variables estudiadas, luego se realizará un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central, tal como el número y el porcentaje.

Para su representación gráfica se utilizará tablas de frecuencias, porcentajes, gráficos de barras y gráficos circulares que se confeccionaran a partir de las frecuencias relativas.

CAPITULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRAFICO N°01

Distribución porcentual de la condición final del paciente según el tipo de consulta;

Hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

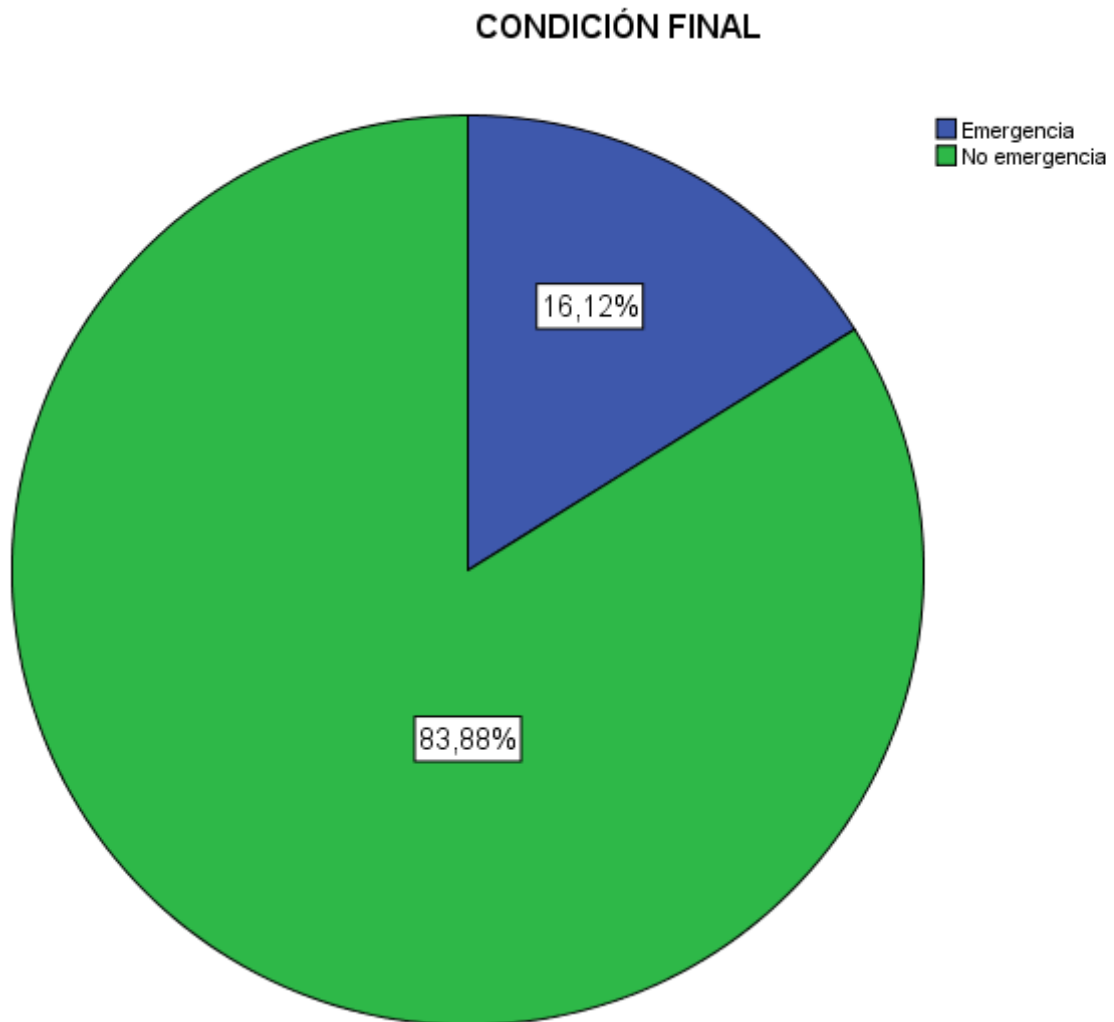
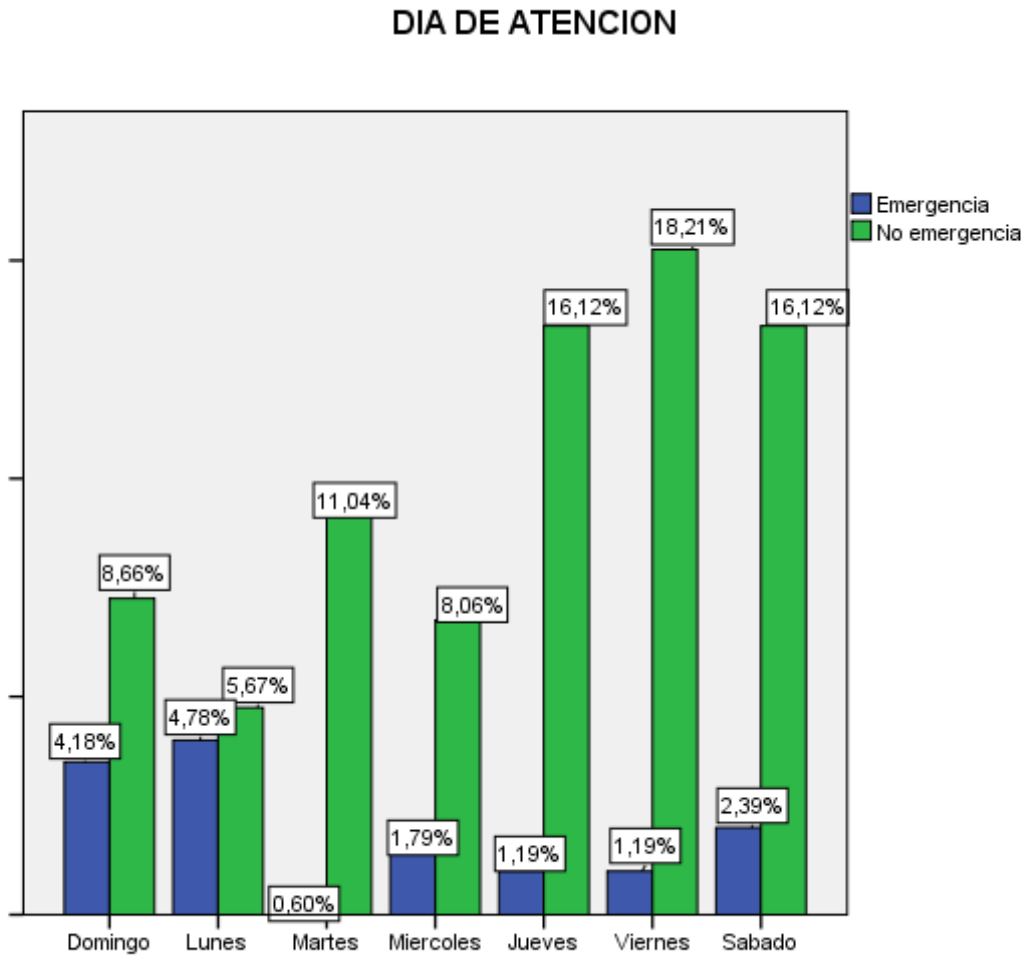


GRAFICO N° 02

Distribución porcentual del día de la semana en que se realiza la atención según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018



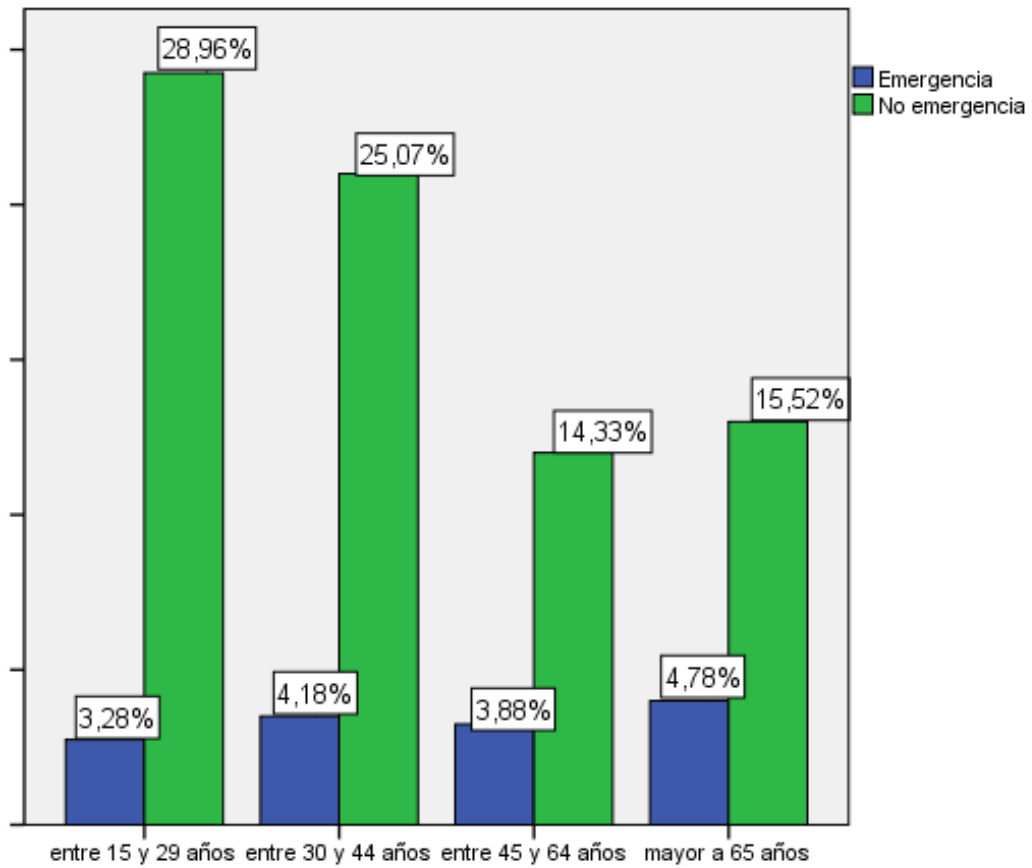
$X^2 = 43,752; P = 0,000 < 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,340, $P = 0,000 < 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 03

Distribución porcentual de la edad del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

EDAD DEL PACIENTE



$X^2 = 7,034; P = 0,069 > 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,143; $P = 0,061 > 0,05$

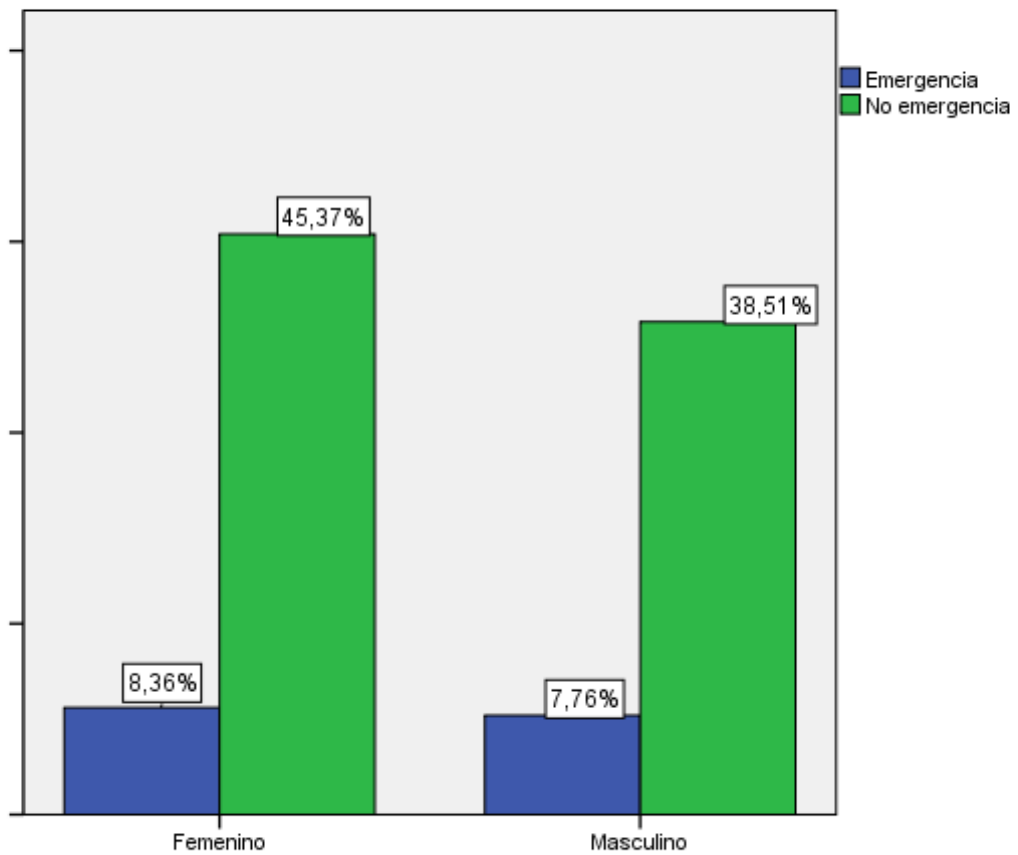
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 04

Distribución porcentual del sexo del paciente encuestado según el tipo de consulta;

hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

SEXO DEL PACIENTE



$X^2 = 0,091; P = 0,768 > 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,017, $P = 0,768 > 0,05$

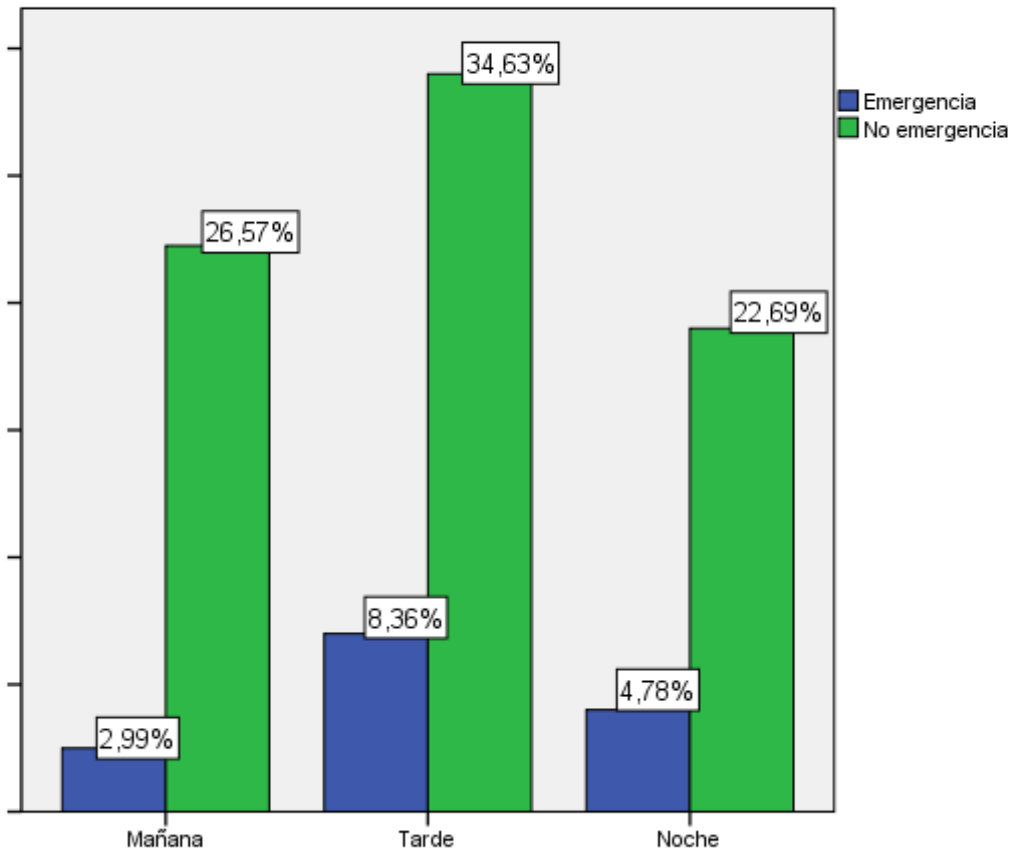
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 05

Distribución porcentual del horario de atención según el tipo de consulta; hospital

Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

HORARIO DE ATENCIÓN



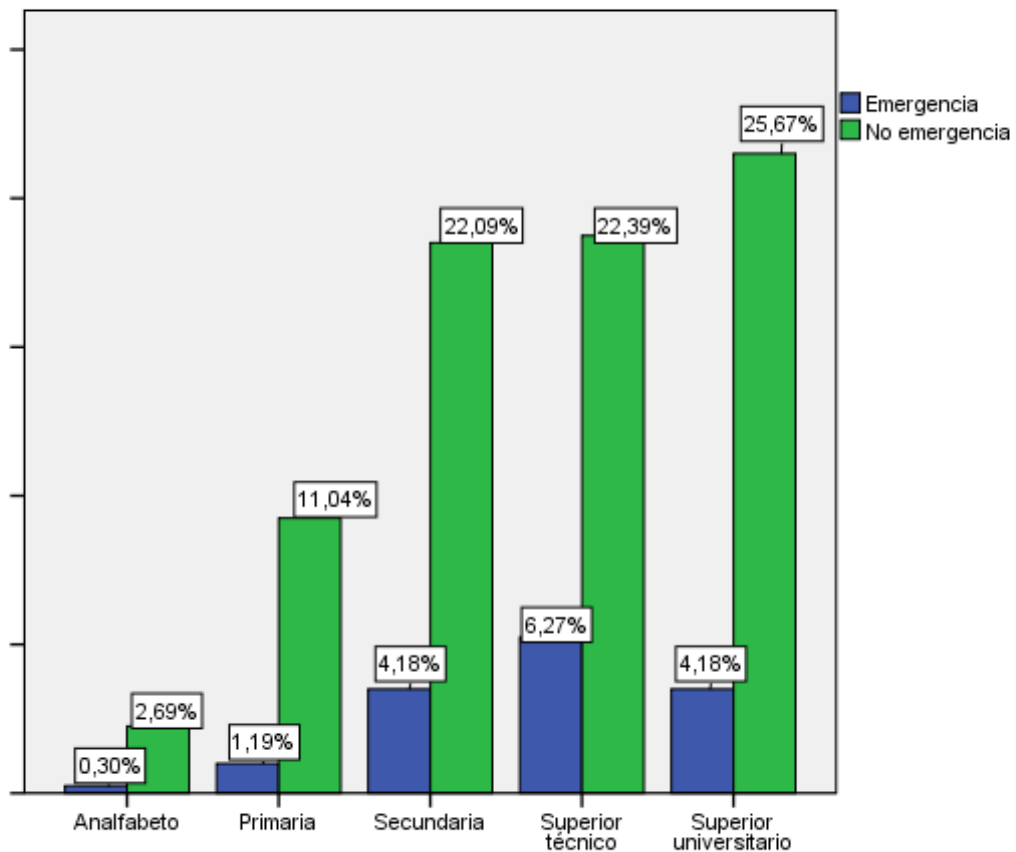
$X^2 = 3,940; P = 0,143 > 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,108; $P = 0,143 > 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 06

Distribución porcentual del grado de instrucción del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

GRADO DE INSTRUCCION



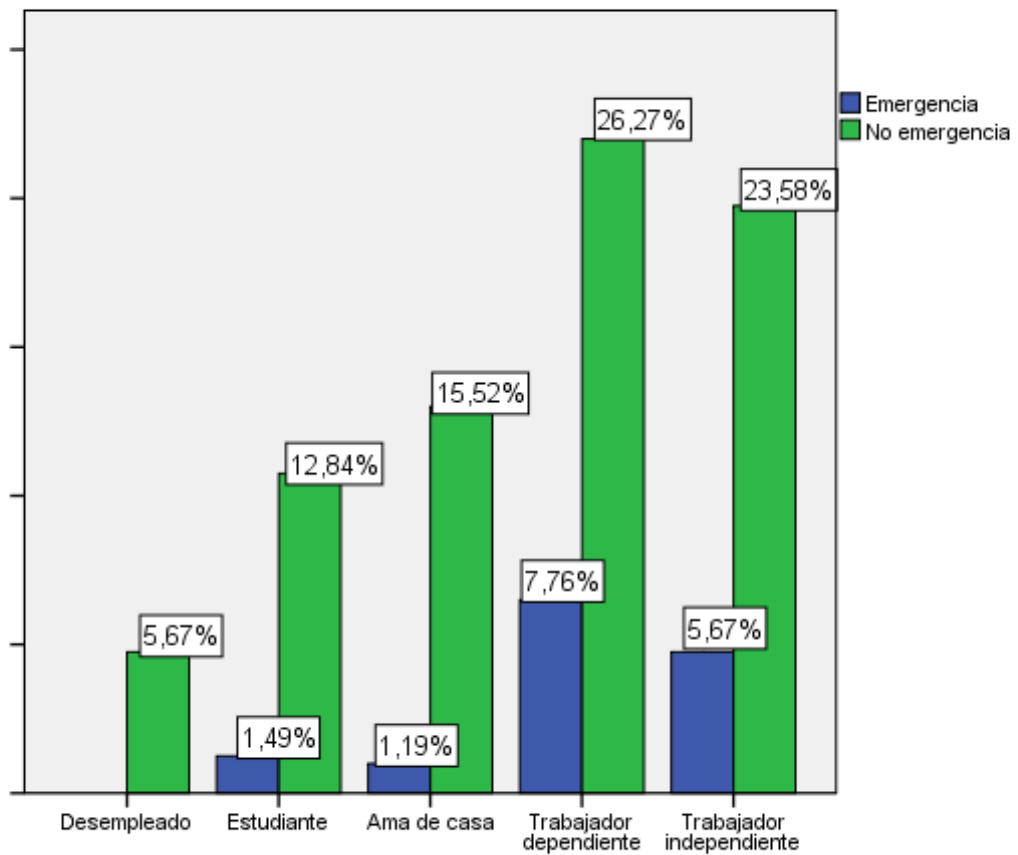
$X^2 = 4,192; P = 0,381 > 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,111; $P = 0,381 > 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 07

Distribución porcentual de la ocupación del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

OCUPACIÓN DEL PACIENTE

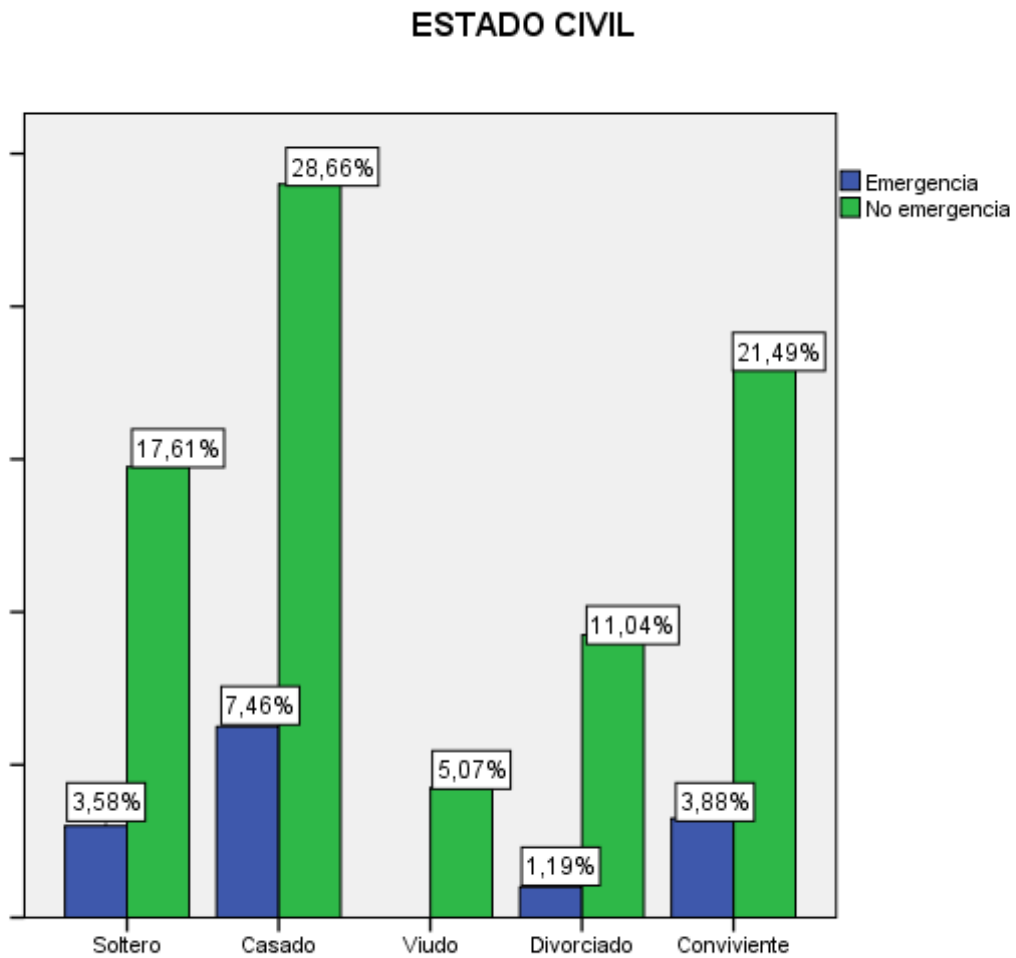


$X^2 = 12,688; P = 0,013 < 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,340; $P = 0,013 < 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 08

Distribución porcentual del estado civil del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018



$X^2 = 6,416; P = 0,170 > 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,137; $P = 0,170 > 0,05$

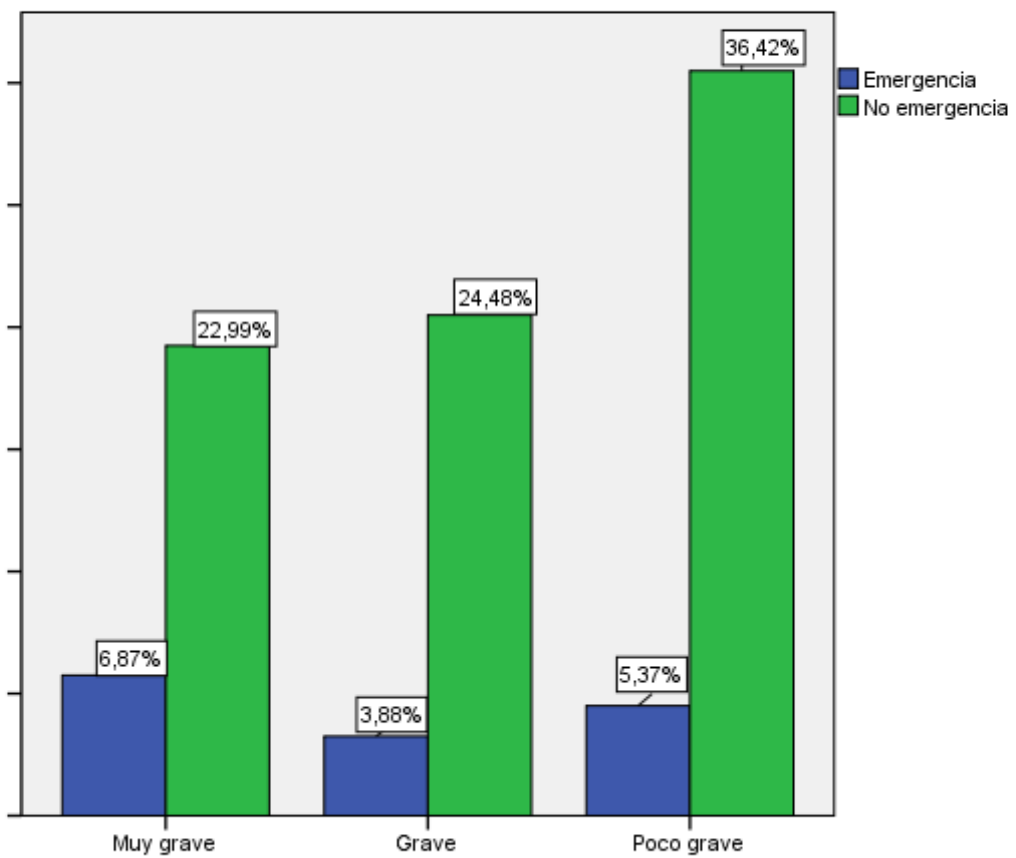
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 09

Distribución porcentual sobre la percepción sobre el estado de salud del encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD,

Febrero 2018

PERCEPCIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD



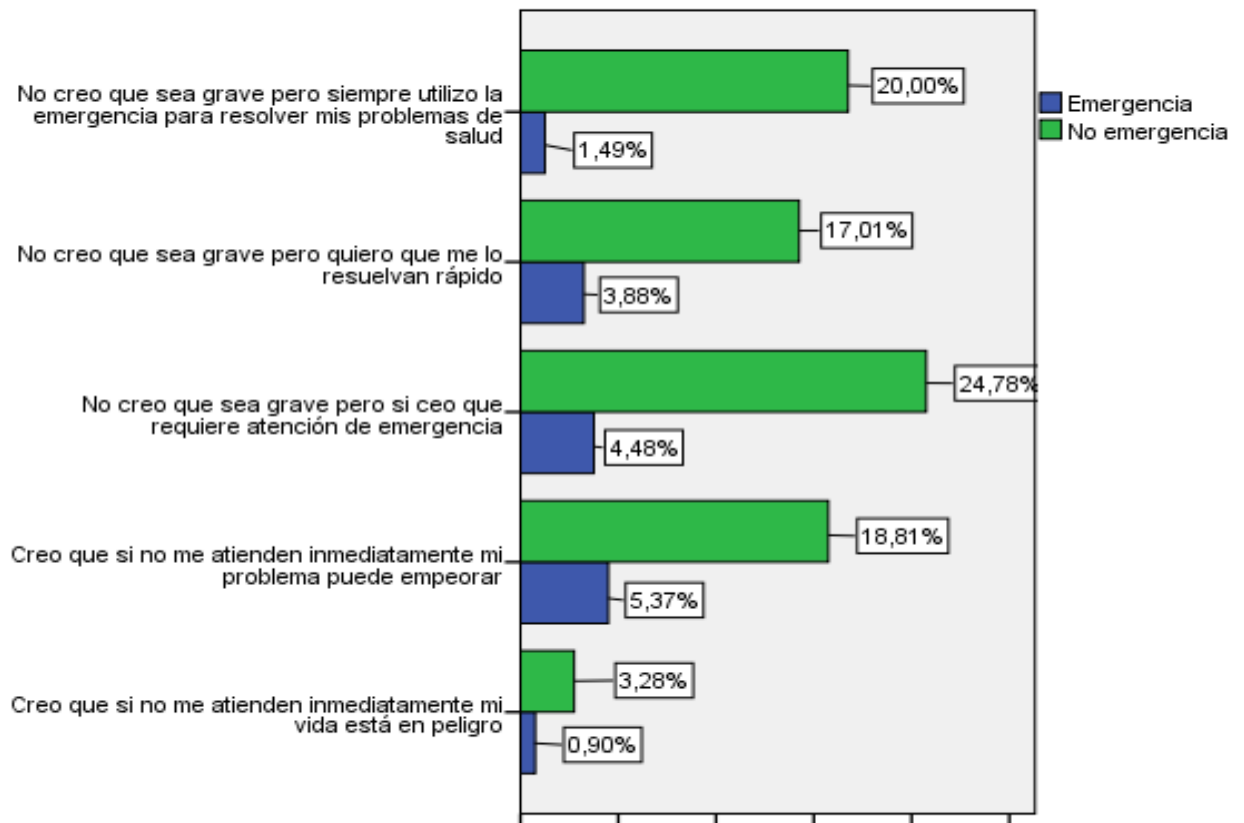
$X^2 = 12,688; P = 0,013 < 0,05$

Coeficiente de contingencia = 0,340; $P = 0,013 < 0,05$

GRAFICO N° 10

Distribución porcentual de la edad del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

FRASE QUE EXPRESA MEJOR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE



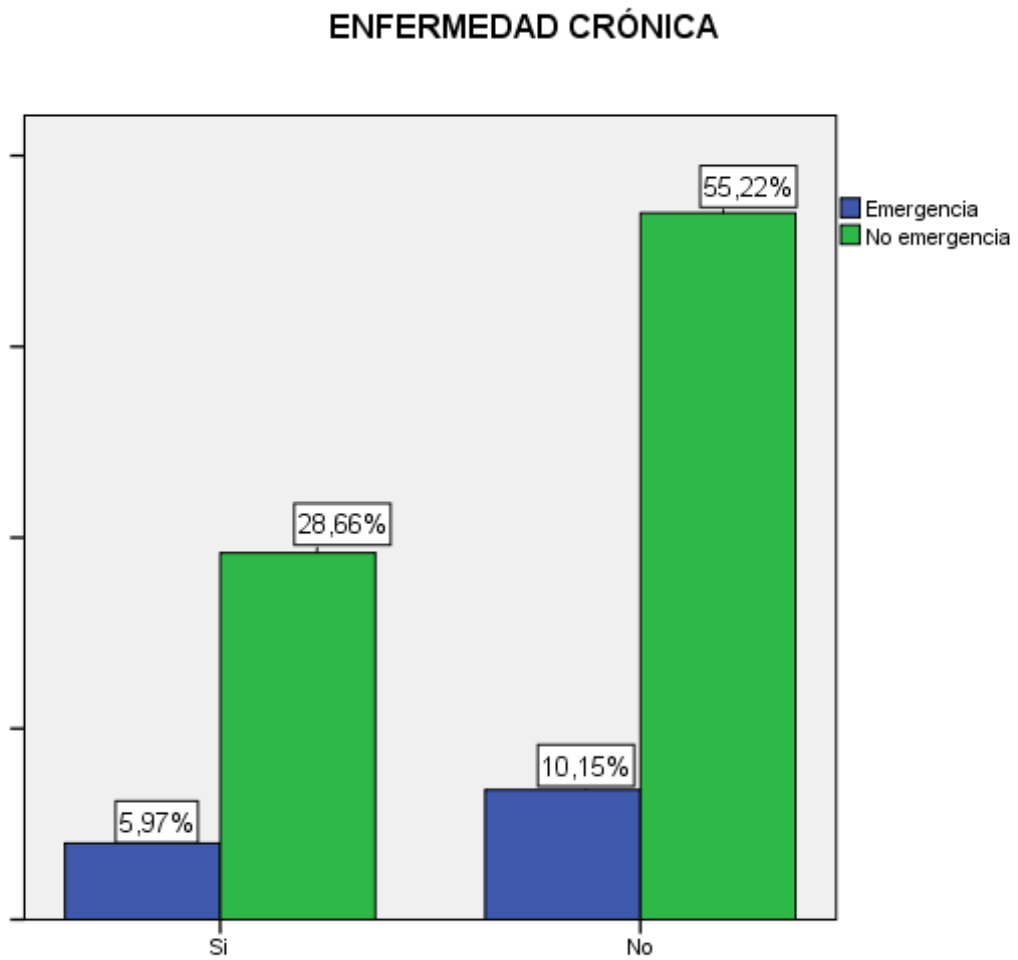
$X^2 = 47,680; P= 0,018 < 0,05$

Coeficiente de contingencia = 0,385; P= 0,013 < 0,05

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 11

Distribución porcentual de enfermedad crónica del paciente encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018



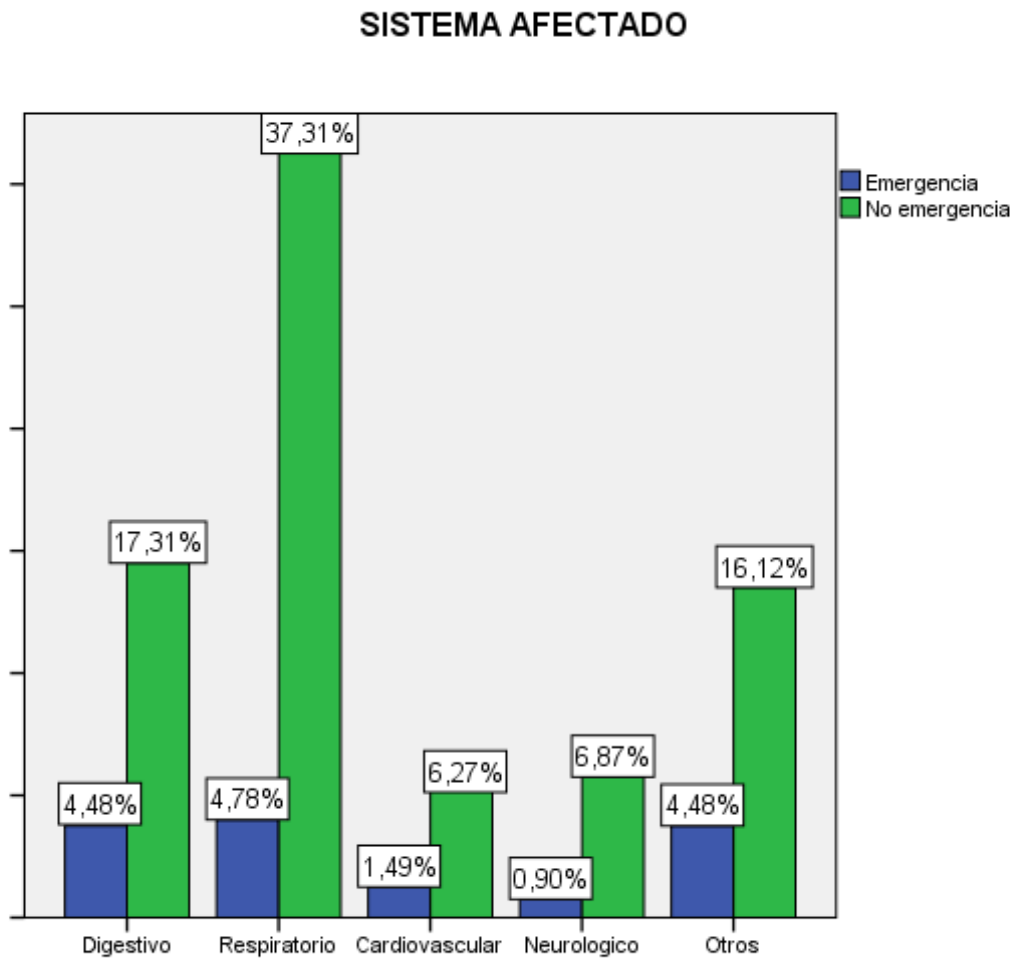
$X^2 = 0,165; P = 0,684 > 0,05$

Coeficiente de contingencia = 0,022; $P = 0,684 > 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 12

Distribución porcentual de sistema afectado del encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018



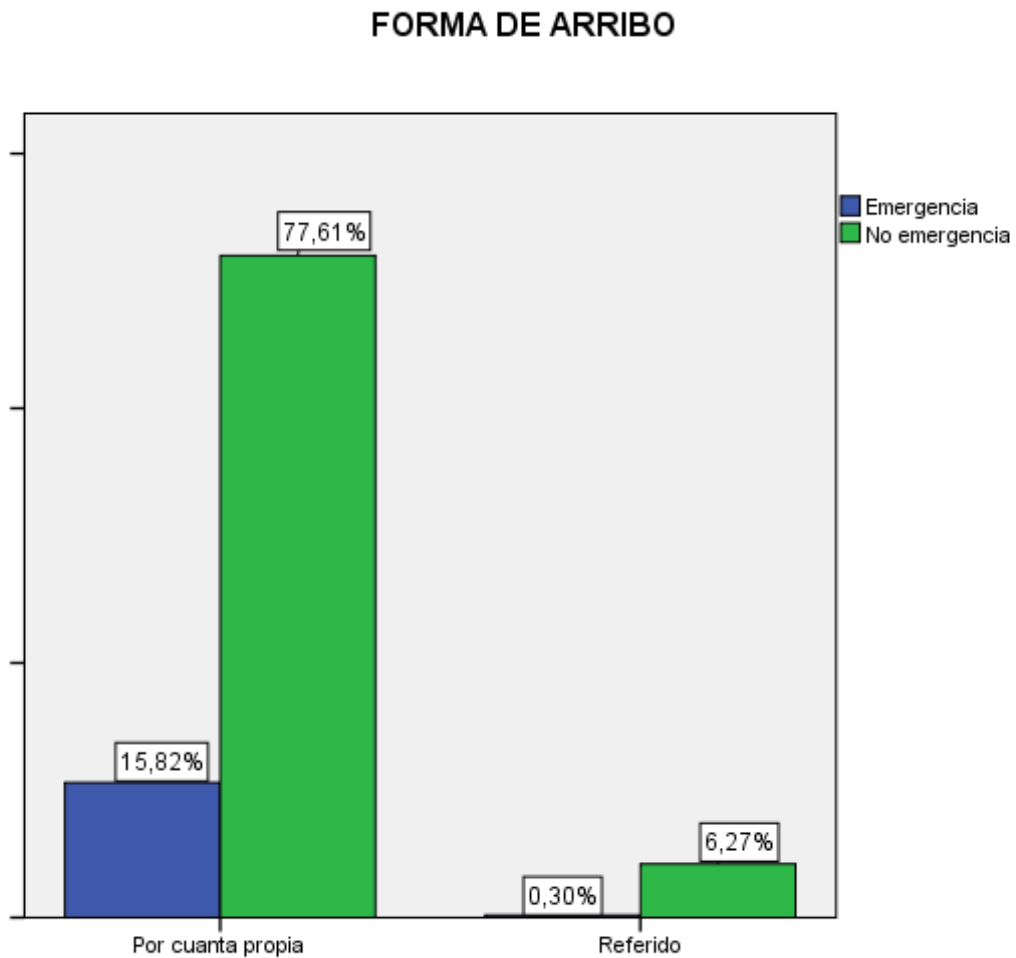
$X^2 = 5,635; P = 0,228 > 0,05$

Coeficiente de contingencia = 0,129; $P = 0,228 > 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°13

Distribución porcentual de forma de llegada del encuestado según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018



$X^2 = 33,403; P = 0,001 < 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,331; $P = 0,001 < 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

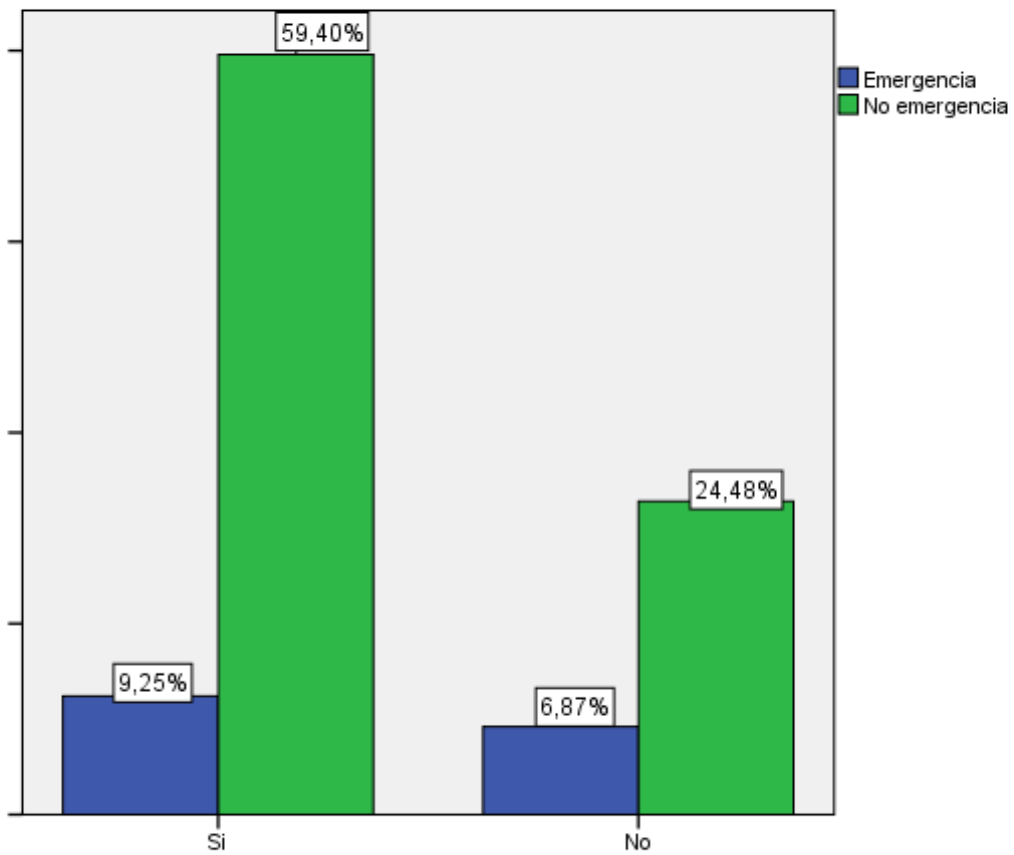
GRAFICO N°14

Distribución porcentual de acceso a otros establecimientos de salud del encuestado

según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero

2018

ACCESO A OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL ENCUESTADO



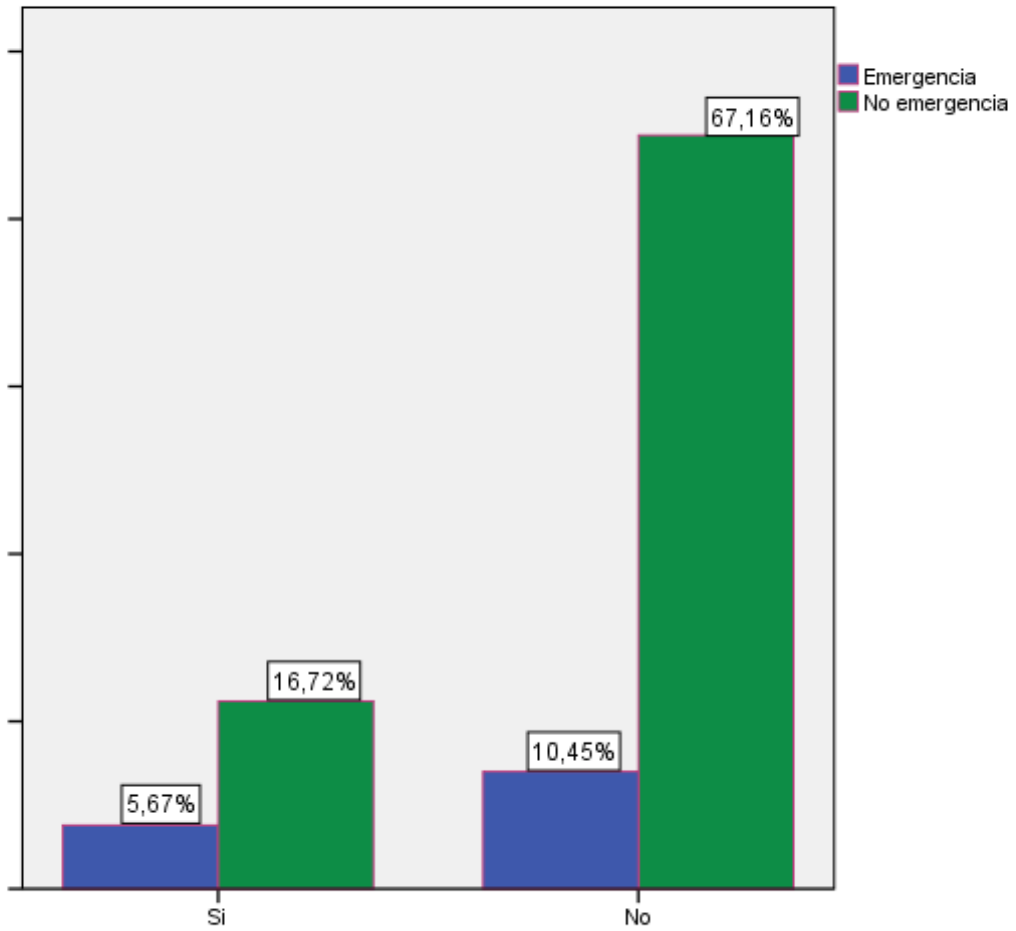
$X^2 = 3,786; P = 0,049 < 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,106; $P = 0,049 < 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°15

Distribución porcentual de uso reciente de otro establecimiento de salud según el tipo de consulta; hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

USO RECIENTE DE OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD



$X^2 = 6,068; P = 0,014 < 0,05$
Coeficiente de contingencia = 0,133 $P = 0,014 < 0,05$

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO N°1:

Distribución porcentual de razones de preferencia por el servicio de emergencia después de acudir a otro establecimiento de salud; Hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

SI YA ACUDIÓ A SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD ¿POR QUÉ ACUDE A LA EMERGENCIA DE ESTE HOSPITAL?						
	Emergencia		No Emergencia		asociaciones significativas	
	Recuento	% del N de la tabla	recuento	% del N de la tabla	Coef. De correlaciones	P
No me quisieron atender, no alcance cupo	2	2,7%	15	20,0%	1,804	0,179
Porque el tratamiento que me dieron no me mejoro	1	1,3%	4	5,3%	0,047	0,082
Porque no estoy satisfecho con el tratamiento que me dieron y quiero una segunda opinión	0	0%	4	5,3%	1,334	0,248
Porque me dijeron que si no mejoraba viniera directamente	1	1,3%	10	13,3%	1,571	0,021
porque no me remitieron a un especialista	7	9,3%	14	18,7%	1,393	0,238
Porque no me pidieron pruebas (sangre, Rx, TAC, orina, etc.)	3	4%	5	6,7%	1,895	0,003

Porque me dijeron que si no mejoraba viniera directamente (P= 0.021 < 0.05)

Porque no me pidieron pruebas (sangre, Rx, TAC, orina, etc.) (P = 0.003 < 0.05)

CUADRO N°2:

Distribución porcentual de razones de preferencia por el servicio de emergencia después de acudir a otro establecimiento de salud; Hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Febrero 2018

	Emergencia		No Emergencia		asociaciones significativas	
	recuento	% del N de la tabla	recuento	% del N de la tabla	coef. De correlaciones	P
Aquí me hacen diferentes exámenes más rápido y de una vez	29	11,2%	107	41,2%	0,254	0,000
Aquí me atienden más rápido	15	5,8%	52	20,0%	0,271	0,000
Porque sacar una cita tarda mucho tiempo, aquí no tengo que sacar cita	23	8,8%	101	38,8%	0,036	0,850
Aquí me atienden especialistas	9	3,5%	72	27,7%	3,855	0,049
Para no perder horas de trabajo	19	7,3%	69	26,6%	0,143	0,005
Tengo mayor confianza con este hospital	7	2,7%	40	15,4%	0,393	0,531
Aquí atienden todos los días de la semana	14	5,4%	54	20,8%	0,392	0,543

CUADRO N°3:

Distribución porcentual de razones de preferencia por el servicio de emergencia**después de acudir a otro establecimiento de salud; Hospital Adolfo Guevara****Velasco ESSALUD, Febrero 2018**

COMPARACIÓN ENTRE SU PUESTO Y/O CENTRO DE SALUD Y EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ESTE HOSPITAL						
	MEJOR		IGUAL		PEOR	
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% N de la tabla
Tiempo que tiene que esperar para ser atendido	102	30.45%	176	52.54%	57	17.01%
Trato del personal médico	165	49.25%	140	41.79%	30	8.96%
Trato del personal de enfermería	152	45.37%	132	39.40%	51	15.22%
Información sobre el problema de salud	121	36.12%	134	40.00%	80	23.88%
Capacidad para resolver problemas	207	61.79%	113	33.73%	15	4.48%
Tiempo de derivación al médico especialista	216	64.48%	98	29.25%	21	6.27%
Nivel de satisfacción con la atención	198	59.10%	89	26.57%	48	14.33%

DISCUSION

Los resultados del presente estudio, dan a conocer el perfil del usuario y las razones que motivan el uso inadecuado del servicio de emergencia,

Frecuencia en el uso inadecuado

En el grafico N° 01 se observa que de los 335 pacientes, el 16,12% de las consultas corresponde aquellas que fueron calificadas como emergencias, mientras que el 83,88% según los criterios empleados correspondieron a consultas inadecuadas; estos resultados son similares a los hallados en el estudios de Andrade, en el cual se halló que el 63,89% de las consultas fueron calificadas como no urgentes(27), también son similares a los hallados por Loria y cols, donde 65,17% de las consultas fueron consideradas no adecuadas (3); así mismo en el estudio realizado en un Hospital de la Región Cusco donde se halló que el 77,32% eran inadecuadas(5), este resultado se podría explicar por la gran demanda de pacientes que frecuentan este servicio todos los días de la semana.

Factores predisponentes

El grafico N° 02, sobre los resultados del uso inadecuado del servicio de emergencia en relación con el día de la semana tiene una distribución relativamente homogénea. Siendo los días jueves, viernes y sábados (16,12%; 18,21%; 16,12% respectivamente) los que agrupan el mayor porcentaje de uso inadecuado. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Loria en cuyo estudio encontraron mayor frecuencia de uso inadecuado los días viernes, mientras que el día domingo encontraron menor solicitud de atención(3), sin embargo difiere del encontrado en el estudio de Huayhua y cols, ya que este indico que un 12.64% acudió los día martes y domingos por ser días de mayor demanda, en el servicio de emergencia(5) . Se encontró asociación significativa entre el día de atención y el uso inadecuado ($p= 0,000 < 0,05$).



En el grafico N°3, sobre distribución etaria, se evidencia que la mayor proporción del uso inadecuado se da en el rango comprendido entre las edades de 15 y 29 años (28,96%), no se encontró asociación significativa entre la edad y el uso inadecuado ($P=0,069 > 0,05$). Esta demanda se identificó con similar frecuencia con el estudio realizado por Andrade en el que el grupo etario comprendió entre 26 y 35 años presento mayor porcentaje de consultas inadecuadas de 26, 09% (27). Este resultado se puede explicar porque el adulto joven pertenece al rango de población económicamente activo, por lo cual la disponibilidad de tiempo es limitada, y es el servicio de emergencia lugar más accesible para cubrir sus necesidades en salud.

En el grafico N° 4, sobre distribución por genero de los encuestados, evidencia que el sexo femenino tiene mayor proporción respecto a uso inadecuado del servicio de emergencia, representando el 53.73% del total de los encuestados. Estos resultados son similares a los hallados por Andrade donde el 70.36% de las mujeres hacen las consultas al servicio de emergencia y la mayoría en situación no urgente (27). Se podría explicar esta conducta por la mayor preocupación de la mujer en los aspectos de salud, ya que realiza actividades laborales de cualquier índole y también labores en el hogar, por lo cual necesita estar y sentirse y sentirse bien en todos los aspectos incluyendo la salud. No se encontró asociación significativa entre sexo y uso inadecuado del servicio de emergencia ($P= 0,768 >0,05$).

En el grafico N° 5 sobre distribución por turno de atención en el que el encuestado realizo la consulta, evidencia que en el turno tarde hay mayor proporción de consultas, representando un 42.99% del total de encuestados seguida del turno mañana y noche. Estos resultados son similares a los encontrados por Loria y cols (3). Donde se evidencio un 50.64% de consultas en el turno vespertino. Este resultado se puede explicar debido a que el servicio de emergencia brinda atención continua las 24 horas del



día a diferencia de algunos centros de atención primaria que limita su atención al turno mañana, y es en este horario donde los pacientes realizan diversas actividades laborales o académicas por lo cual se ven obligados a acudir durante la tarde al servicio de emergencia. No se encontró asociación significativa entre horario de atención y uso inadecuado ($P= 0,143 > 0,05$).

En el grafico N° 6 distribución por grado de instrucción de los encuestados, evidencio que a mayor grado de instrucción el porcentaje de consultas inadecuadas es mayor, encontrando que la mayor proporción total de los encuestados tiene un grado de instrucción superior universitario (29.85%), superior técnico (28.66%) y secundaria (26,27%), así como le mayor porcentaje de consultas inadecuadas. Estos resultados son similares a los encontrados por Loria y cols (3), donde el nivel de escolaridad que predominó fue el secundario y superior. Estos resultados se pueden explicar teniendo en cuenta que los encuestados con mayor nivel de instrucción realizan actividades laborales y/o educativas, por los cual están sujetos a turnos y horarios que limitan el acceso a centros de atención primaria. La diferencia observada por el grado de instrucción no mostro significancia estadística ($P= 0,381 > 0,05$).

El grafico N° 07, distribución por ocupación de los encuestados, evidencia que el trabajador independiente hace mayor uso inadecuado del servicio de emergencia, representado un 29.25%, de la misma forma el trabajador dependiente cuenta con mayor porcentaje con un 34.06% del total de encuestados. Estos resultados difieren a los encontrados por Contreras donde los pacientes que registran su ocupación como estudiante tienen una proporción mayor de ingresos inadecuados (11). También difieren a los encontrados por Arango en donde encontraron que 43.7% no tiene vinculación laboral (3). Esto probablemente puede ser explicado por la relativa presión de estos grupos exigiendo su derecho a ser atendidos y estudiados de mejor manera para la

solución inmediata de su problema de salud ya que por la actividad que realizan carecen de descanso médico o cualquier otro beneficio. En nuestro estudio se encontró asociación significativa entre ocupación y uso inadecuado ($P= 0,013 < 0,05$).

El gráfico N° 08, distribución según estado civil de los encuestados, muestra que el 36.12% afirmó estar casados y el 25.37% son convivientes, seguido finalmente de 21.19% que afirma ser soltero. Estos resultados son similares a los encuestados por Espinel y cols. Donde el 52% afirmó estar casado mientras que el 37% manifestó estar soltero (9); también son similares a los encontrados por Loria y col. Donde la mayor proporción de la población que hace uso inadecuado tiene estado civil casado 35.04% (3). No se encontró asociación significativa entre estado civil y uso inadecuado ($P= 0,170 > 0,05$). Esto se puede explicar ya que la población con estado civil y conviviente muchas veces descuida su salud por dedicarse a otras actividades y cuando presenta problemas de salud acuden al servicio de emergencia por las facilidades en cuanto a accesibilidad esta representa.

Factores de necesidad

En el gráfico N° 09 sobre percepción sobre el estado de salud por el que acude el paciente de servicio de emergencia, se evidencia que los que calificaron su enfermedad como poco grave hace mayor uso inadecuado del servicio (36,42% de las calificadas como no emergencia), mientras que el porcentaje mayor de aquellos que hicieron uso adecuado del servicio de emergencia fueron aquellos que calificaron su estado como muy grave (6,8% de las calificadas como emergencia). Estos resultados son similares a los encontrados por Espinel y col. donde el 70% consideró que su problema de salud no era grave pero pensaban que si era merecedor de atención urgente o rápida (9), estos resultados también son similares a los encontrados por Andrade donde el 69,68%



consideran su estado de salud no urgente (27). Esto se puede explicar que más que la sensación de gravedad las razones que movilizan a los pacientes a hacer uso del servicio de emergencia son la necesidad de resolución rápida de su problema ahorrándose el tiempo de espera que implicaría acudir a consultorio externo o a cualquier establecimiento de atención primaria. Este indicador muestra asociación significativa ($P= 0,013 < 0,05$).

En el grafico N°10, frase que expresa mejor la percepción sobre el estado de salud por el que acude el paciente a emergencia, se evidencia que los pacientes que expresan la frase “No creo que sea grave pero sí creo que requiere atención de emergencia” hacen uso inadecuado del servicio, representando un 24,78% del total del encuestados que corresponden a las consultas inadecuados, mientras los pacientes que expresan la frase “Creo que si no me atienden inmediatamente mi problema puede empeorar” ocupan un 5,37% de las consultas adecuadas, estos datos son similares a los encontrados por Andrade donde el 71.15% opinaron que su situación de salud amerita atención de emergencia (27). Estas frases de percepción reflejan el desconocimiento que tiene el paciente sobre que es un servicio de emergencia ya que utilizan este servicio de manera indistinta con un servicio de primaria. Estos resultados mostraron asociación altamente significativa ($P= 0,000 < 0,05$).

El grafico N°11, muestra la distribución sobre si el paciente que hace uso del servicio de emergencia presenta alguna enfermedad crónica, el 65.37% afirmo no padecer ningún enfermedad crónica, siendo este grupo el que mayor porcentaje de consultas inadecuadas realizo (55,22%). Esto nos indica que los pacientes que ya tienen anteriormente diagnosticada una enfermedad, probablemente no reciben tratamiento y si reciben tratamiento no cumplen con el mismo, o simplemente el tratamiento que reciben no es el adecuado por lo que acuden al servicio de emergencia. Estos resultados son



similares a la encontrada por Loria y cols. donde su población adulta predominó la agudización de una patología previa(3). Según nuestra base de datos la patología crónica que mayor recurrencia causó en el servicio de emergencia fue la hipertensión arterial y diabetes; sin embargo no existió asociación significativa entre el tipo de consulta y la enfermedad crónica ($P= 0,684 > 0,05$).

El gráfico N° 12, sobre sistema afectado por el que acude el paciente al servicio de emergencia, muestra que el sistema respiratorio es el más afectado y es el motivo de consulta que registra mayor porcentaje de consultas inadecuadas (37,31%), seguido del sistema digestivo (17,31%). Estos resultados son similares a los encontrados por Garrido y col. donde encontraron que las patologías respiratorias y digestivas son los motivos de consulta más frecuente (28); también son similares a los encontrados por Contreras donde las especialidades médicas que con mayor frecuencia se asociaron a hospitalizaciones inadecuadas fueron medicina general (92,0%), gastroenterología (71,4%) y hematología (62,5%) (11). Esta alta incidencia que debe a los cambios estacionales y variaciones climáticas que causan afecciones respiratorias, así como malos hábitos alimenticios causantes de problemas digestivos. Los resultados no mostraron asociación significativa ($P= 0,228 > 0,05$).

Factores facilitadores

El gráfico N° 13, muestra la distribución sobre forma de arribo del paciente que acude al servicio de emergencia, se evidencia que los que acuden por cuenta propia hacen mayor uso inadecuado del servicio, representando una proporción del 93.43% del total de los encuestados, mientras que los pacientes referidos representan solo el 6.57%. Estos resultados son similares a los descritos por Loria y cols. Donde el 65.38% acudieron espontáneamente en tanto el 17.09% fueron referencia (3); y los encontrados



por Aranaz y cols. Donde el 82.5% acudieron por iniciativa propia (29) y Espinel y cols. Donde el 73% acudió directamente a las urgencias sin consultar al médico de cabecera (9). Esto se debe quizá a la excesiva burocratización en cuanto a los trámites documentarios que implicaría ir a un establecimiento de salud para solicitar una referencia, comparada con la accesibilidad que ofrece el servicio de emergencia. Se encontró asociación significativa entre forma de arribo y tipo de consulta ($P= 0,001 < 0,05$).

El grafico N° 14 sobre acceso a otro establecimiento de salud donde haya podido acudir antes de venir al servicio de emergencia. El 68.65% del total de encuestados afirmaron conocer otro establecimiento de salud, y es en ese grupo en el cual se ubicó el mayor porcentaje de consultas inadecuadas (59.40%); y un 31.35% menciona no saber de otro establecimiento al que pudieron acudir para consultar, se evidencio que existe asociación significativa entre el acceso al establecimiento de salud y el tipo de consulta ($P= 0,049 < 0,05$). Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Andrade donde un 16,21% desconocen la existencia de un centro de atención primaria (27), también es similar a los resultados hallados por Aranaz y cols. Donde el 17.7% desconocía el funcionamiento de centros de atención primaria respecto a urgencia (29). Esto se puede explicar debido a que algunos establecimientos de salud carecen de ciertas facilidades con las que cuenta el servicio de emergencia como son disponibilidad las 24 horas del día, exámenes de ayuda al diagnóstico, menor tiempo de espera, derivación al médico especialista según el caso lo amerite, etc. Las cuales se muestran de manera tentativa hacia el paciente y lo impulsa a utilizar el servicio de emergencia como si fuera un centro de atención primaria. Además el alto porcentaje de la población que desconoce la existencia de centros de atención primaria debería suponer un



problema en cuanto a organización, problema al cual el gobierno debería poner énfasis para de esta manera descongestionar los servicios de emergencia.

En el gráfico N°15 sobre el uso reciente de otros establecimientos de salud por este problema antes de acudir a la emergencia a este hospital, revela que el 77.61% no acudió a un establecimiento de salud antes de y es en este mismo grupo donde se encuentra el mayor grupo de consultas inadecuadas (67.16%), los que acudieron a su centro de salud antes de acudir al servicio de emergencia e hicieron uso inadecuado del servicio de emergencia fue de 16.72%. Este resultado es similar a los hallados por Aranaz y cols. donde el 18.8% consultó con su centro de salud antes de acudir a urgencias (29) y los hallados por Espinel y cols donde un 27% acudió previamente con su médico de cabecera (9). Los resultados mostraron asociación significativa ($P= 0,014 < 0,05$). Estos resultados también se pueden explicar teniendo en cuenta la accesibilidad temporal, administrativa y geográfica que ofrece el servicio de emergencia.

El cuadro N° 01 muestra las razones por la que un paciente que ya acudió a su establecimiento de salud, acude al servicio de emergencia; el 22,7% de los encuestados acudieron porque no me quisieron atender, no alcance cupo; el 28 % acudieron porque no me remitieron a un especialista. Estos resultados difieren de los hallados en el estudio de Espinel y cols. Donde la mayor proporción de los encuestados respondieron que acudieron al servicio de urgencias porque no mejoraron con el tratamiento que le prescribió su médico de cabecera y porque no estaba satisfecho con el tratamiento y quería una segunda opinión (9). Se encontró asociación significativa entre tipo de consulta y las siguientes razones: acudieron al servicio de emergencia por que en sus establecimientos de salud no le solicitaron exámenes de apoyo ($p= 0.003 < 0.05$) y Porque les dijeron que si no mejoraban fueran directamente al servicio de emergencia ($p = 0.021 < 0.05$).



El Cuadro N° 02, muestra las razones por las que un paciente que no acudió antes a otro establecimiento de salud antes de acudir al servicio de emergencia, más de la mitad de los encuestados (52.4%) afirmaron su preferencia por le hacen exámenes más rápido y de una vez ($p = 0.000 < 0.05$), seguido del 47.6% porque no tiene que sacar cita, un 33.9% para no perder horas de trabajo ($p = 0.005 < 0.05$), un 31.2% porque en el servicio de emergencia lo atienden especialistas ($p = 0.04 < 0.05$), un 26,2% porque atiende todos los días de la semana, un 25.8% refirieron una atención más rápida ($p = 0.000 < 0.05$). Estos datos son similares a los encontrados en el estudio de Espinel y col. donde el 44% considera que el servicio de urgencias contaba con mejores medios técnicos para resolver el problema de salud. El 35% debido a esa hora ya atendían en el centro de salud, el 22% porque le resolvió más rápidamente el problema de salud y el 20% acudió por comodidad; estos datos también son similares a los encontrados en el estudio de Andrade donde el 71.15% refirieron que su problema ameritaba atención de emergencia, un 84.95% por conveniencia de horarios, un 81.03% por el menor tiempo de espera, un 57.71% por mayor satisfacción y un 61.66% por mayor facilidad de acceso; y a los hallados por Loria y col. donde la causa que favoreció que el paciente acudiera a urgencia fue en su mayoría por recibir atención más rápida y el haberseles negado la atención en su unidad correspondiente(3).

El Cuadro N' 03. Muestra un cuadro comparativo entre el servicio de emergencia y el establecimiento de salud; el estudio revela que un 52.54% califica como igual el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de emergencia, como mejor la capacidad de resolver problemas (61.79%), así como mejor el nivel de satisfacción con la atención (59,10%) y mejor en cuanto a derivación al médico especialista en un 64.48%. Cerca de la mitad de los pacientes encuestados califican como mejor el trato del personal médico (49.25%), trato del personal de enfermería (45.37%), en cuanto a la información sobre



el problema de salud menciona que la relación era igual en un 40%. Estos datos son similares a los hallados por Espinel y col en cuyo estudio el 50% considero que el servicio de urgencia tenía más capacidad para resolver los problemas de salud que el centro de atención primaria(9).



CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población que acude al servicio de emergencia del Hospital Adolfo Guevara Velasco ESSALUD (83.88%) realizan consultas inadecuadas, ya que utilizan el servicio en situaciones no urgentes lo cual ocasiona que la atención de los pacientes en situaciones de verdadera emergencia sea inoportunas y poco efectivas.
2. Esta demanda inadecuada se identificó con mayor frecuencia entre los siguientes factores predisponentes: en el grupo etario comprendido entre 15-29 años (28,96%, $p=0.000$), de sexo femenino (53.73%), grado de instrucción superior universitaria y superior técnico (29.85% y 28.66% respectivamente, $p=0.381$), con ocupación trabajador independiente y trabajo dependiente (29.25% y 34.06% respectivamente, $p=0.013$), estado civil casado (36.12%), en las consultas que se dieron los días viernes y sábados con 18,21% y 16,12% en turno vespertino (42.99%).
3. La población que hace use del servicio de emergencia en situaciones no urgentes califican su problema de salud como poco grave (36.42%, $p=0.013$), la frase que expresa mejor su percepción es "no creo que se grave, pero sí creo que requiera atención de emergencia" (24.78% $p=0.000$) y el sistema más afectado es el respiratorio (37.31% $p=0.228$).
4. Los factores facilitadores: acudir por cuenta propia (93.43%, $p=0.001$, indicadores relacionados con accesibilidad que el servicio de emergencia ofrece, como la atención rápida (25.8%, $p=0.000$). atención de especialistas (31.2%, $p=0.04$). realizar exámenes de ayuda al diagnóstico (52.4%)



SUGERENCIAS

1. Se recomienda a las autoridades de la Dirección Regional de Salud Cusco considerar los resultados del presente trabajo para mejorar la accesibilidad a los establecimientos de salud de atención primaria.
2. Optimizar el sistema de urgencias descentralizadas con atención las 24 horas con la finalidad descongestionar el servicio de emergencia para que este tenga la capacidad de resolver las situaciones de emergencias reales (Prioridad I – II).
3. Iniciar un proceso de educación continua hacia la población en general, que se inicie en la atención primaria enfocada en los conceptos de urgencia y emergencia.
4. Optimizar el sistema de triaje, mediante protocolos de triaje ya estandarizados internacionalmente.
5. Finalmente se recomienda a las autoridades de la escuela de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco socializar los trabajos de investigación realizados en esta institución mediante una página web e indexarlas a revistas.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia: NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. Lima, 2007. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
2. Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas E. Poblacion Asegurada Activa 2017. Setiembre de 2017;
3. Loría-Castellanos J, Flores-Maciel L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda MÁ. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cir Cir.* 2010;78(6):508–14.
4. Cantero Hinojosa J, Sánchez-Cantalejo Ramírez E, Martínez Olmos J, Maeso Villafaña J, Rodríguez Jiménez JJ, Prieto Rodríguez MA, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria.* :326–32.
5. Huayhua Calla, Hilda Indira. Consultas inadecuadas en el Servicio de emergencia; Hospital Regional del Cusco - Febrero 2014.
6. Ruud SE, Hjortdahl P, Natvig B. Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway. *BMC Emerg Med* [Internet]. 4 de julio de 2016;16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932670/>
7. Boh C, Li H, Finkelstein E, Haaland B, Xin X, Yap S, et al. Factors Contributing to Inappropriate Visits of Frequent Attenders and Their Economic Effects at an Emergency Department in Singapore. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* septiembre de 2015;22(9):1025–33.
8. Garcia Zurita, Camila Elizabeth BN Evelyn Marion. Demanda inapropiada a los servicios de emergencia y factores asociados. 2014.
9. Vallejo ME, López MR, Franco LF, Macho JT, Maceiras SD. 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 Soc.* 2011;48(2):329–52.
10. Caprile de Martínez E. Factores que determinan el mal uso del servicio de emergencia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Junio 2009. [Internet] [masters]. CIES UNAN-Managua; 2010 [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6900/>
 11. Contreras-Camarena C, Galarza-Manyari C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Rev Soc Peru Med Interna.* marzo de 2011;24(1):19–25.
 12. American Medical Association | AMA [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/>
 13. OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
 14. Jiménez JG. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg.* 2006;18(3):156–64.
 15. Elvira Martínez CM, Fernández C, González del Castillo J, González-Armengol JJ, Villarroel P, Martín-Sánchez FJ. Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias. *An Sist Sanit Navar.* agosto de 2012;35(2):207–17.
 16. Cavanillas AB, López JS. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg.* 2005;17(3):138–44.
 17. Amaya F, Helena F, Soracipa L, Alfonso V. Caracterización de la atención en el servicio de urgencias hospital universitario San Ignacio (husi), Bogotá D.C, 2014. 17 de agosto de 2015 [citado 8 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/15744>
 18. Sesma Sánchez J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar.* agosto de 2012;35(2):195–8.



19. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:55–68.
20. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. marzo de 2011;29(3):333–45.
21. Sarría Santamera A, Prado Galbarro J, Quintana Díaz M, Martínez Virto A. Determinantes de la utilización de los servicios de urgencias en España. *Aten Primaria*. :386–8.
22. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. enero de 2013;19(1):47–59.
23. Alva RV, Tineo JA, Calderón FR, Velásquez RV, Pastrana RH. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac Med*. 16 de diciembre de 2016;77(4):379–85.
24. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy Amst Neth*. diciembre de 2016;120(12):1337–49.
25. Real Academia Española [Internet]. [citado 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
26. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 8 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=abWBvDs>
27. Marroquín A, Paul J. Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes, Lima, 2002. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2003 [citado 12 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1807>



28. Garrido Cruz I, Montilla Sanz MA, Espejo Rosillo I, Caballero Oliver A, Montero Romero E. Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia. *Aten Primaria*. :361–6.
29. Andrés A, M J, Martínez Nogueras R, Castro GV de, Teresa M, Rodrigo Bartual V, et al. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit*. agosto de 2006;20(4):311–5.



ANEXOS

ANEXO I

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**“Factores asociados al uso inadecuado del servicio de emergencia del hospital
Adolfo Guevara Velasco ESSALUD –Febrero 2018”**

Estimado paciente, estamos interesados en conocer su opinión sobre el porqué los pacientes hacen uso de los servicios de emergencia, sus respuestas son

A) CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFIAS DEL PACIENTE

1	¿Qué día se realiza la atención?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo
2	¿Cuántos años tiene usted?	
3	Sexo de la paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
4	¿Cuál es su grado de instrucción?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior técnico 5. Superior universitario
5	¿En qué horario de realiza la atención? -	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche
6	¿Cuál es su ocupación? -	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Estudiante 3. Ama de casa 4. Trabajador independiente 5. Trabajador dependiente
7	¿Cuál es su estado civil? -	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Conviviente

B) PERCEPCION EN RELACION CON EL PROBLEMA ACTUAL DE SALUD POR EL QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

8	¿El problema por el que acude le parece?	1. Muy grave 2. Grave 3. Poco grave 4. Nada grave 5.
9	¿Con que frase usted expresaría mejor la sensación que tiene en relación a su problema de salud? 1) Creo que si no me atienden inmediatamente mi vida está en peligro 2) Creo que si no me atienden inmediatamente mi problema puede empeorar 3) No creo que sea grave pero si ceo que requiere atención de emergencia 4) No creo que sea grave pero quiero que me lo resuelvan rápido 5) No creo que sea grave pero siempre utilizo la emergencia para resolver mis problemas de salud	
10	¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica?	1) Si ¿Cuál?..... 2) No
11	¿Cuáles son los signos y/o síntomas por los que acude al servicio de emergencia?	1) Digestivo 2) Respiratorio 3) Cardiovascular 4) Neurológico 5) Otros
12	Después de la evaluación por el médico de guardia ¿le dieron alguna impresión diagnostica?	1) Si ¿Cuál?..... 2) No
13	¿Cuál es la condición del paciente?	1) Emergencia 2) No emergencia

C) RAZONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

14	¿De qué forma llego al servicio de emergencia?	1) Por cuenta propia 2) Referido
15	¿Conoce usted otro establecimiento de salud donde haya podido acudir antes de venir a este hospital?	1) Si 2) No
16	¿Acudió usted a su establecimiento de salud por este problema antes de venir a este hospital?	1) Si 2) No
17	Si ya acudió a su establecimiento de salud ¿Por qué acude a la emergencia de este hospital?	Si No



	No me quisieron atender, no alcance cupo			
	Porque el tratamiento que me dieron no me mejoro			
	Porque no estoy satisfecho con el tratamiento que me dieron y quiero una segunda opinión			
	Porque me dijeron que si no mejoraba viniera directamente			
	porque no me remitieron a un especialista			
	Porque no me pidieron pruebas (sangre, Rx, TAC, orina, etc)			
	¿Por qué no acudió a su establecimiento de salud antes de acudir a la emergencia?/ ¿Por qué acude a la emergencia de este hospital?	Si	No	
18	Aquí me hacen diferentes exámenes más rápido y de una vez			
	Aquí me atienden más rápido			
	Porque a esta hora ya no me atienden en mi establecimiento de salud			
	Porque sacar una cita tarda mucho tiempo, aquí no tengo que sacar cita			
	Aquí me atienden especialistas			
	Para no perder horas de trabajo			
	Tengo mayor confianza con este hospital			
	Tengo cita con el especialista de acá varios días y mi salud empeora			
	Aquí atienden todos los días de la semana			
19	Comparación entre su puesto y/o centro de salud y el servicio de emergencia de este hospital	Mejor	Igual	Peor
	Tiempo que tiene que esperar para ser atendido			
	Trato del personal medico			
	Trato del personal de enfermería			
	Información sobre el problema de salud			
	Capacidad para resolver problemas			
	Tiempo de derivación al médico especialista			
	Nivel de satisfacción con la atención			

ANEXO II

FICHA PARA VALIDACION DE INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

Se compone de 10 ítems los que se acompañan de su respectiva escala de valoración determinada como sigue:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una absolución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
5. Representa el mayor valor de la escala a ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una X en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que la merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS		ESCALA DE VALORACION				
1	¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende?	1	2	3	4	5
2	¿Considera usted que la cantidad de preguntas que contiene este instrumento son suficientes para tener una comprensión clara de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3	¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4	¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendremos los mismos datos?	1	2	3	4	5
5	¿Considera que todos y cada uno de los ítems considerados en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
6	¿Considera que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
7	¿Considera usted que el lenguaje utilizado en este instrumento, es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8	¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9	¿Estima usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10	¿Qué aspectos considera usted habría que modifica, incrementar o suprimir?					



ANEXO III

VALIDACION DE INSTRUMENTO INVESTIGACIÓN CON ALFA DE CRONBACH CON SPSS

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	5	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	5	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,944	10

Teniendo un coeficiente alfa de 0.944 siendo mayor que 0.9 se considera que el instrumento es excelente para como herramienta de medida en la investigación.