

UNIVERSIDAD PERUANA DEL CENTRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**“URGENCIA Y EMERGENCIA SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCIÓN EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN -2019”**

PRESENTADO POR:

RAMOS LANDEO, Julia

ASESOR:

Mg. CLARA GARCIA LINO

HUANCAYO - PERÚ

2021

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Emilia Untiveros Peñaloza

PRESIDENTE

Lic. Clara Isabel García Lino

SECRETARIO

Mg. Gina Fiorella León Untiveros

VOCAL

ASESOR

Lic. Clara Isabel García Lino

Asesor

DEDICATORIA

A mis hijos quienes me enseñaron que lo más importante de las personas son los principios, que también me demostraron que lo más importante de la vida es dedicarse a ser feliz.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los que me dieron una oportunidad y confiaron en mí en todos los aspectos de la vida.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
MIEMBROS DEL JURADO	ii
ASESOR.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	viii
SUMMARY	x
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4. LIMITACIONES DE ESTUDIO	16
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	24
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	38
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS: no tiene	41

2.5. VARIABLES	41
2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	42
CAPÍTULO III	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.2.- POBLACION Y MUESTRA	43
3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.4.- PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICOS	45
3.5.- ASPECTOS ÉTICOS	46
CAPÍTULO IV.....	47
RESULTADOS Y DISCUSION	47
4.1.- RESULTADOS.....	47
4.2.- DISCUSIÓN.....	51
CAPÍTULO V.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
5.1.- CONCLUSIONES	53
5.2.- RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	60

RESUMEN

El objetivo fue Determinar las atenciones de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019, el estudio es cuantitativo, descriptivo retrospectivo, diseño no experimental, transversal y el tipo de muestreo es no probabilístico censal. Utilizando historias clínicas de atenciones a paciente entre el 1 y 3 de Noviembre del 2019, llegando a 70 historias las cuales se revisaron considerando criterios de exclusión. Se llegó a los resultados siguientes: el 38.7% (27) de pacientes atendidos son de prioridad III consideradas de menor urgencia, el 36.5 % (26) son de prioridad IV consideradas patologías comunes, el 23,5% son prioridad II las cuales son de urgencias mayores y solo el 1.3% (1) de prioridad I que representa una emergencia o gravedad súbita, el género que predomina en la población es el femenino con un 61.4% (43), a diferencia de un 38,6% de sexo masculino. En la atención de emergencia por prioridades en la prioridad I es de 100 % en sexo femenino y el 0% son de sexo masculino. La atención por urgencia mayor es de 55.1% en sexo femenino y el 44.9% son de sexo masculino. La atención por urgencia menor es de 64.6% en sexo femenino y el 35.4% son de sexo masculino. En caso de atención de patología común es de 62.2% al sexo femenino y el 37.8% son del sexo masculino. Asimismo podemos observar los grupos por etapa de vida, donde se aprecia la valoración que el 0 % son 0-5 infante, 0% son 36-12 niñez, 0% son 13-17 adolescente, 0% 18-34 adulto joven, 0% son de 35-64 adulto y 100% 64 a más son adulto mayor. Según la procedencia de los pacientes, Asimismo se encuentra que el 99,4% proceden de Huancayo y el 0.6% son de provincia y otros departamentos. En cuanto al tipo

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

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

Palabras claves: Emergencia, urgencia, prioridad de atención.

SUMMARY

The objective was to determine the emergency and emergency care according to the priority of care, attended in the emergency service of the Daniel Alcides Carrión Clinical Surgical Teaching Hospital -2019. The methodology used is quantitative, descriptive retrospective, non-experimental, transversal and The type of sampling is not census probabilistic. We used patient medical records that were attended between November 1 and 3, 2019, which added 70 medical records, which were reviewed taking into account the exclusion criteria. The following results were obtained: 38.7% (27) of the patients treated in the emergency service are of priority III, that is, they represent minor emergencies, followed by 36.5% (26) of priority IV, which are common pathologies, 23, 5% are priority of attention II that is to say major emergencies and only 1.3% (1) of priority I that is emergency or sudden severity, the predominant population is female with 61.4% (43), compared to 38, 6% population of male patients. Emergency care - priority I is 100% female and 0% are male. The major emergency care is 55.1% in females and 44.9% are males. The minor emergency care is 64.6% in females and 35.4% are males. In case of common pathology care, it is 62.2% female and 37.8% are male. We can also observe the groups by stage of life, where the assessment is appreciated that 0% are 0-5 infants, 0% are 6-12 children, 0% are 13-17 adolescents, 0% 18-34 young adults, 0 % are 35-64 adults and 100% 64 or more are older adults. According to the origin of the patients, it is also found that 99.4% come from Huancayo and 0.6% are from the province and other departments. Regarding the type of insurance, the request for emergency service of 77% of the population corresponds more frequently to those patients who have SIS Insurance, followed

by patients with another type of insurance with 15.5% and 7.5% are patients who come in a particular way.

Concluding that the prevalence of patients in the emergency department of the Regional Clinical Teaching Hospital Hospital is given by patients with common pathologies and minor emergencies, which can be treated in decentralized or outpatient clinics. This also leads to saturating the emergency service, affecting the waiting time and the quality of care for sudden emergencies or major emergencies. Therefore, we can affirm that according to the priority of attention in the emergency service, an inappropriate use of the service is being carried out.

Keywords: Emergency, urgency, attention priority.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La emergencia es una situación médica o quirúrgica donde está en peligro la vida, así como la función e integridad de un órgano, si no es atendida de manera inmediata. La urgencia es una situación que no es grave que va de orden agudo o crónico agudizado los cuales suelen ser atendidos en consultorios externos. Actualmente las situaciones que se atienden con mayor frecuencia a nivel mundial en el área de emergencia y urgencias son causadas principalmente por dos enfermedades las cardiovasculares y accidentes que son causantes principalmente de muerte e invalidez en la sociedad de occidente. De acuerdo a la atención brindada en estas enfermedades por lo que se enmarca en el espacio de las atenciones de Urgencias y Emergencias. Al respecto, Morillo menciona la denominada “hora de oro”, en el cual se demuestra que la atención inmediata reduce el número de daños invalidantes y muertes. De esta manera el personal de Salud, son testigos día a día de la problemática que se da en el área de emergencia, ya que permanece abierto durante las 24 horas teniendo como misión brindar atención de emergencia a las situaciones críticas que presenta el paciente; situaciones de riesgo de vidas. Penosamente el servicio se abarrota con atenciones de enfermedades que no necesitan atenciones en esta área, las cuales deberían ser atendidas en consultorios externos ambulatoriamente. Motivo por el cual nace el correcto uso de los servicios de emergencia y su importancia del mismo, garantizando su acceso y disponibilidad oportuna a estos servicios. Según las literaturas, el acceso en forma incorrecta se da en estos servicios, por parte de los pacientes, primordialmente en jóvenes y gran parte en mujeres;

teniendo en cuenta que el paciente acude por propia iniciativa al servicio de emergencia sin ser referidos por un profesional de salud. Se supone que ciertos factores más destacantes del empleo inadecuado del servicio de emergencia se da primordialmente porque el usuario piensa que la molestia que presenta requiere una atención por emergencia, el horario de atención por emergencia es otro agente por la accesibilidad para el paciente en recibir atenciones por médicos y especialistas, también porque el tiempo en la atención es menor a diferencia de una cita en consultorios externos, Asimismo el desconocimiento de la atención en centros de atención primaria motivo por el cual pocos acuden a centros de salud de la periferie. (1)

La atención primaria de salud y su defecto en su sistema se ve reflejado en la sobrecarga de los servicios al momento donde el usuario debe concurrir en estados no urgentes evitando así se evitaría traslados, costos, tiempo y dinero inútiles.

En el año 2018 en el Perú, entre 600 y 700 personas por 1000 habitantes acuden a diversos hospitales, con diferente diagnóstico. Teniendo el riesgo de contraer enfermedades, intrahospitalarias, otros con diagnósticas ya definidos o no definidos donde sería serios problemas de salud pública, sin embargo, si la atención fuese fluida y oportuna se puede mejorar o detener la enfermedad.

Asimismo en el año 2018 según la ley de emergencia N°26842 del 2001. La superintendencia nacional de salud "SU SALUD" en todo el país, establece que toda persona tiene derecho a recibir atención inmediata y sin previo pago en una situación de emergencia por lo tanto tenemos la clasificación del triaje por niveles, como nivel I, II, III, IV tipos de emergencia: emergencia mayor, urgencia menor,

sin urgencia, tiempo de espera, inmediata 10-15mn. 60mn 1-2 horas todo es evidente en la emergencia del hospital Medico Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión sin embargo no toda la población tiene conocimiento puesto que somos un ente receptor de la región Junín.

Durante el año 2016 el número de atenciones de pacientes en el área de Emergencia del Hospital se incrementó siendo una problemática, Asimismo en la actualidad el número de pacientes se han incrementado; debido de que cada un millón de personas fallecidos como consecuencia directa o indirecta por la falta de atención en los hospitales y servicios de emergencia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuántas atenciones de urgencias y emergencias según prioridad de atención en el servicio de emergencias del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se observa la demora en atenciones de emergencias como una problemática frecuente expresada por los usuarios y en ocasiones manifestado por el personal de salud, lo cual se evidencia en la sobrecarga de los servicios de emergencia. Motivo por el que se da la utilización incorrecta de los servicios de emergencia, lo cual hace dificultosa la accesibilidad a las situaciones reales de emergencias, lo que implica la utilización inapropiada de los servicios y de los profesionales, por lo que se incrementa costos y saturación de estos servicios. se han encontrado pocos estudios con respecto a este tema, aunque inclusive el personal de salud y la prensa toquen este tema. Motivo por el cual propuso realizar esta investigación

con la finalidad de medir las atenciones de urgencias y emergencias, demostrando de esta manera la fundamental causa de recarga del servicio de emergencia se da por atenciones de consultas que se deben atender en consultorios externos, Asimismo el fin de esta investigación es proporcionar información fundamental para plantear y perfeccionar la atención que se brinda en el servicio de emergencia . Este estudio pertenece a la línea de investigación Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios.

Justificación metodológica. La importancia de este estudio es permitirnos contar con una base de datos sistematizado, donde se utilizó como instrumento una hoja de vaciado de datos, el cual no requirió su validación, el mismo tiene su importancia para la clasificación de datos reales, que nos apoya en medir los resultados epidemiológicos, los mismos que pondrán disponer en futuros estudios.

Justificación teórica. El estudio nos proporciona una contribución teórica sistematizada, elaborado mediante las revisiones bibliográficas actualizadas de acuerdo a las variables de la investigación, con el fin de aumentar, ampliar, y ahondar el conocimiento, promoviendo nuevos estudios, así como servir como fuente para generar nuevas ideas, se sustenta con teorías de enfermería los cuales brindan fundamento al estudio.

Justificación práctica y social. El estudio surge con la finalidad de aportar socialmente teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, y de esta manera se optimicen los servicios de emergencia, para que se brinde una atención de emergencia oportuna de calidad sirviendo como sostén para el personal de salud, así como también para la institución que presta el servicio de salud. También

contribuirá a proponer medios de solución con los resultados obtenidos con la finalidad brindar una atención de calidad al usuario.

1.4. LIMITACIONES DE ESTUDIO

- ✓ Accesibilidad limitada al Hospital.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar las atenciones de emergencias y urgencias según prioridad de atención, atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019.

1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar las atenciones de urgencias y emergencias en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019 por sexo, etapa de vida.
- Describir las atenciones de urgencia según prioridad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - 2019.
- Describir las atenciones de Emergencia según prioridad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Martin M., en el año 2013 en su investigación que tiene como objetivo la determinación del número de pacientes que realiza uso incorrecto del SUH, también como la valoración de cumplimientos de criterios de calidad como tiempo de espera del paciente que se registró en Admisión, Triage y atención. se recogió distintas series de información como sexo, edad, acceso, tipo de triaje y registro de horas en Admisión, Triage y la opinión médica, del 21 y 27 de marzo de 2011, se llegó a los siguientes resultados de 406 casos, 218 son de sexo masculino (53,7 %) y 188 femenino (46,3 %). De acuerdo a la edad en adultos mayores es del 38%; los adultos 36%, 16 a 29 años, al igual que de 0 a 15 años con un 13%. La media de la edad es 50,27 años, lunes es el día de semana con mayor frecuencia con 70 casos, continuado por martes, miércoles y viernes, no observándose diferencia importante entre ellos. Los de menor frecuencia son sábado, domingo y jueves. También de 213 pacientes que acudieron al SUH, (52,5%) asistieron por propia iniciativa y 193 (47,5%) por otros (1)

Burgos E., García C., Mayorga D., en el 2014, en su estudio cuyo Objetivo es la Determinación de la prevalencia y factores asociados a consultas inadecuadas de usuarios en el de Servicios de Urgencia, tuvo como resultados fueron: demanda inadecuada 43,27%. El factor asociado a la opción del servicio de urgencia, la atención por especialistas (38,78%), el realizar de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocimiento de la utilización de SAPUS (4,39%), con referencia (3,66%), por tener bajo costo (3,41%), por disponibilidad (2,44%) y porque el SPU no soluciono su necesidad de salud (0,98%). De acuerdo

a los que consultan a SAPU 29, 38% lo realizo por ser centro de referencia del sector y tener mayor complejidad. (2)

Monchon P., Montoya Y., en el año 2014 realizaron un estudio tuvo como objetivo: Determinación del nivel de calidad del cuidado enfermero desde una percepción por el usuario, en el área de emergencia, teniendo como resultados un 64,18% de usuarios aseguran que la calidad del área es bajo, el 30,18% lo aprecia como medio y el 5,64% como alto. Las dimensiones mayores apreciadas son las de fiabilidad y capacidad de respuesta con -0,92 de brecha y la que tuvo menor ponderado fue la dimensión de elementos tangibles con -1,08 de brecha. Concluyendo que la calidad del cuidado que brinda el enfermero en el área de emergencia es bajo. (3)

Ríos A., Conde R., en el año 2016 en el estudio se obtuvo los resultados: el rechazo es la constancia en triaje con un 64,68%. De los cuales el 64,29% son mujeres, y el de promedio de edad es 38,55 años, observando que la mayor parte son padres de los usuarios (37,26%). La fiebre es el síntoma con mayor frecuencia con un 12,55% al igual dolor abdominal con un 12,55%. El 44,02% no cree su necesidad un asunto de vida o muerte. Asimismo de todos el 16% recibió atención anteriormente en el nivel de atención primario. Durante la noche fue el turno con mayor visitas con un 42,86% y el sábado es el día con mayor concurrencia con un 16,22%. Conclusiones: el rechazo constante de atención en triaje se debe a la utilización inadecuado del área de emergencia es referentemente alta. (4)

Zoraida K., Rojas L., Lazarte K., en el año 2017 en su estudio cuyo objetivo es Determinación de la prevalencia de urgencias y emergencias de acuerdo a prioridad de atención, con atenciones en el servicio de emergencias de una clínica

privada de Miraflores. Obteniendo los resultados siguientes el 38.7% de los usuarios son de prioridad III o urgencias bajas, el 36.5 % de prioridad IV las cuales son enfermedades comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias altas y solo el 1.3% de la prioridad I o gravedad súbita; el sexo femenino es dominante con un 61.4% y el sexo masculino con 38,6%. (5)

Silva R., Monteiro M., en el 2017 en su investigación que tiene como Objetivo: asociar las prioridades propuestas del protocolo institucional de clasificación de riesgo con resultados de atendimento en la unidad de emergencia y evaluar el perfil del atendimento se obtuvo los siguientes resultados la edad media de los 97099 atendimientos registrados fue de 43,4 años, 81,5% fueron búsqueda espontánea, 41,2% clasificados como verdes, 15,3% amarillo, 3,7% azul, 3% rojos, y 36,9% no fueron clasificados, 90,2% recibieron alta, 9,4% internaron y 0,4% evolucionaron para óbito. De los pacientes que recibieron alta, 14,7% eran amarillo o rojo, de los internados 13,6% eran verde o azul y de los óbitos 1,8% fueron clasificados como azul o verde.(6)

Muñoz E., en el 2015 en su trabajo tiene como objetivo: determinar tiempos de espera de los usuarios, en el Servicio de Urgencias observando si los usuarios que requieren atención en urgencias asisten por referencia o decisión propia y determinando las cualidades sociodemográficas de los usuarios que asisten al Servicio, llegando a los resultados siguientes de 889 casos, el promedio de edad es 51 años y el 51,3% son féminas. Los usuarios entre 81 y 90 años acudieron con mayor constancia al Servicio. La mayor frecuencia se presentó durante el turno mañana y se da la mayor atención al medio día y resultando el día el lunes con mayor concurrencia. De los 366 atenciones en triaje se presentó con un nivel

III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) asistieron al Servicio por referencia. 231 se hospitalizaron (26%). El promedio de tiempo de espera en triaje es de 8 minutos. Observando que el tiempo de espera desde triaje hasta la atención médica fue mayor al protocolo de nivel de urgencia. (7)

Ortega S., en el 2016 en su investigación cuyo objetivo fue la Determinación de la relación entre factores que influyentes en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia. Resultados: De 259 usuarios, el tiempo de ALERTA es de 0.96 minutos, el tiempo de llegada a la emergencia es de 15.23 minutos, se dio intervalos de 0 a 10 minutos, con un total de 93 casos representada en 35.91%, con un tiempo de demora de 11 a 20 minutos, 114 casos que hacen un 44.02%, con un tiempo de demora de 21 a 30 minutos, 34 casos siendo un 13.13%, con un tiempo de 31 a 40 minutos, 13 casos que son un 5.02% con un tiempo de 41 a más minutos, 5 casos que son 1.93%. De acuerdo a prioridades de atención el 50.97% es tipo II y el 7.72% es tipo I, los cuales requerían traslados; el 21.62% tipo III y el 19.69% tipo IV, los cuales se atendieron en el lugar. Por el tipo de emergencia, el 63.71% es Crónico y el 36.29% es Agudo (8).

Castelo W., Castelo A., Rodríguez J., en el 2015 en su investigación tiene como objetivo identificar el nivel de satisfacción de los pacientes que recibieron atención médica en el servicio de emergencia. Y resultados el personal de enfermería predominó como primer contacto con el usuario, brindó un trato agradable, de calidad y calidez, expresado en el 44 % de la muestra, el sexo femenino prevaleció en los encuestados 66 %; un 49 % opinó que fue atendido en los primeros treinta

minutos de su llegada al servicio, el 75 % expresó haber recibido una atención médica y de enfermería satisfactoria. (9)

Sanizo L., en el 2013 en su estudio que tiene como objetivo Evaluar el modo de atención que se brinda al usuario que llegan al Servicio de Emergencia obteniendo los resultados, el 72% es acudido según llegada, del 5% al 7% son acudidos por debajo de 15 minutos ,el 86% del profesional de enfermería inmediatamente informa al médico sobre la inestabilidad hemodinámicamente del usuario, por personal insuficiente, el 50% de las enfermeras indican que hay abandono de los pacientes Los pacientes acuden de su fuente laboral en un 43%, y refieren que el acceso es fácil en un 99%. Disconformidad del paciente en 56% por la espera a la consulta médica lleva más de una hora; y los que requieren interconsulta con especialidad esperan más de 2 horas porque se encuentran ha llamado. Que el 81% no fue revalorado por enfermería y el 68% responde que la enfermera no reparó de su gravedad. Que el 93% del personal de enfermería refiere implementar el sistema de triaje que va a contribuir a la mejor organización y gestión de la unidad para incrementar la calidad ofertada en el servicio. (10)

Cárdenas R., Cobeñas C., García J., en el 2017 en su investigación cuyo objetivo es la Determinación de la calidad del cuidado brindada por la enfermera en el servicio de emergencia en el Hospital Hipólito Unanue, Llegando a los resultados siguientes los cuales están orientados a la contribución de información actual a los representaste institucionales, y a la Jefa de Enfermeras del servicio de emergencia sobre la calidad de atención que brinda la enfermera a los pacientes a fin de que se impulsen medios dirigidos a mejorar la calidad de atención, y subsanar las percances (11).

Vásquez R., Amado J., Ramírez F., Velásquez R., Huari R., en el año 2015 en su investigación cuyo objetivo es la evaluación de los requerimientos de atención médica en los últimos 10 años en el servicio de emergencias .Resultados. de 164 370 pacientes que recibieron atenciones, el promedio edad es 57 años, concurriendo mayormente por las mañanas en los días de la semana y de preferencia los lunes, es frecuentemente durante todos los meses con excepción de fiestas patrias y navidad. Las atenciones en promedio a diario tanto, admitidos y observados se aumentaron en 49%, 8% y 78%, en las últimas décadas, reduciéndose los observados en los dos años últimos. La primera atención se da en el tópico de medicina 36%, cirugía 21%, traumatología 14%, nefrología 7%, alivio 18% y shock-trauma 4%. De los atendidos saliendo de alta 63% y con un fallecimiento de 0,8%. Las razones con mayor frecuencia de ingresos son dolor abdominal, cefalea y fiebre, problemas genitourinarios y traumatismos menores. Se registró 22 883 casos en salas de emergencia. (16)

Enciso C., Villanueva J., en el año 2015. Cuyo objetivo fue la Determinación de la sobrevivencia de los pacientes asignados con prioridades de atención I y II, en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, de acuerdo a el modo de transporte pre hospitalario que se utilizó. Cuyo resultado: A los siete días de ingreso al área de emergencias del Hospital Cayetano Heredia, murieron el 16,1% de usuarios de prioridad I, de los cuales el 80% llegó en un automóvil público o propio. (17)

Céspedes D. , Franco M. , Ramos P en el 2015 en su investigación cuyo objetivo fue la descripción de la prestación asistencial del área de Urgencias del Hospital Distrital de Hernandarias. Llegando a los siguientes resultados Durante el 2015

fueron atendidos 95.099 casos, 23.967 registrados como urgencias de adultos. El 70 % (15.815) fueron mujeres. La edad promedio es de 41 años. El 95% (22.160) de los pacientes provino de la ciudad de Hernandarias. Los meses con mayor demanda fueron agosto 12% (2930), julio (2701) y setiembre (2540) 11%, enero presento 2% (484). Los días de mayor afluencia fueron los miércoles (17%) y martes (16%). El motivo de consulta fueron Urgencias 71%, 9% Emergencias 9% y Consultas 20%. Los motivos de consultas fueron debidas a casos médicos (85%), traumas 9% y por causas quirúrgicas 6%. El 69% (16.638) fueron internados. (18)

Marques A., Alice M., Silva D., en el año 2015 en su estudio cuyo objetivo fue la identificación del perfil de pacientes constantes del servicio de emergencia, verificando los factores asociados y analizando las razones para el uso constante de dicho servicio. Resultados identificándose que 42,9% son adultos mayores, 84,9% tienen patologías crónicas, el 63,5% son catalogados urgentes, el 42,1% estuvieron más de 24 horas y 46,5% fueron dados de alta. La cita de regreso, la distribución de riesgos, el tiempo de estancia y el resultado, son factores relacionados al uso constante del servicio de emergencia. Las causas de la indagación por el servicio son asociados, fundamentalmente al agravamiento de patologías crónicas, el aumento del fácil acceso y conglomeración de tecnología, los nexos, y a las citas de regreso. (19)

Polanco C., Castañón J., Buhse T., en el 2013 en su estudio que tiene por objetivo es la descripción del método matemático-computacional designado índice de saturación modificado (ISM), que calcula en tiempo real y genera en cuatro categorías de prevención (no saturado, saturado, saturación alta y saturación

extrema) el nivel de saturación de los servicios de urgencias médicas de una red hospitalaria partiendo de siete variables simples que incluyen: cifras de camas utilizadas en el servicio, cantidad de médicos y de enfermeras asignados al servicio, número de pacientes en espera de consulta, en consultorios y en observación y cantidad de usuarios en estado crítico que requieren de monitoreo continuo o de intervención quirúrgica de urgencia para salvar su vida. Y los resultados De 224 eventos virtuales de sobresaturación, 216 (97%) fueron advertidas por el ISM. Sus series de tiempo proporcionaron información útil relativa a la distribución de recursos humanos y materiales de los servicios de urgencias. (20)

2.2. BASES TEÓRICAS

1.- URGENCIAS

Maldonado de acuerdo con la norma oficial mexicana conceptualizo al servicio de urgencias como a la agrupación de áreas y equipamiento ubicados dentro de los establecimientos de salud dirigidas a la atención de urgencias y el modelo de institución de atención médica no tiene hospitalización y es el primer relación con el público social o privado alguno que sea su designación, que brinde atención medica ambulatoria y no demande atención especializada compleja de diagnóstico y tratamiento. (12)

De igual manera, Begoña refiere que atenciones de urgencia se conceptualiza valoración, diagnóstico y tratamiento de necesidades de salud, actuales o potenciales, repentinas o urgidas, tanto físicas como psicosociales, que son primordiales fortuitas o agudos. Estas necesidades requieren atenciones mínimas o de soporte vital, orientación del usuario y/o familiares otras. Se

menciona que principalmente los problemas de urgencia son catalogadas como las enfermedades comunes (Prioridad IV) y son usuarios que no tienen compromiso de signos vitales que se compliquen, y debe ser atendido en consultorios externos así desconcentrando la emergencia. (13)

2.- EMERGENCIAS

De acuerdo a norma técnica definimos al contexto de emergencia como un ambiente indispensable de una institución Hospitalario, donde se realiza atenciones de salud durante las 24 horas a usuarios que requieran inmediatamente atención. Teniendo en cuenta el grado de Complejidad se van a resolver diversas clasificaciones de daños.

Situación de emergencia: es donde se presenta en manera imprevista violenta o repentina, poniendo en riesgo la vida o alterando gravemente su estado de salud, por lo que se necesita atención médica o quirúrgico rápida.

Atención de emergencia: es la actuación aplicando medios destinados a auxiliar la vida y prevenir complicaciones con eficacia y eficiencia (14)

De acuerdo a prioridades de atención de urgencias y emergencias se realiza la siguiente clasificación:

- Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
- Prioridad II Urgencia Mayor
- Prioridad III Urgencia Menor
- Prioridad IV enfermedades comunes

PRIORIDAD I

Son usuarios que alteran repentina y crítica de la situación de salud, el cual pone en riesgo la vida requiere inmediatamente la sala de trauma shock. las enfermedades como por ejemplo paro cardio respiratorio, dolor torácico, shock, hemorragia profusa, problemas particulares en usuarios pediátricos: intoxicaciones, alguna situación que requiera atención rápida, etc. (23).

PRIORIDAD II

Son definidas como de menor urgencia, algunas de las enfermedades que se presentan, con funciones vitales estables, compromiso respiratorio, síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido como por ejemplo usuarios con diabetes, infección urinaria, Pediátricos, quemaduras en menos del 10% de área corporal, algún otro caso que a criterio del médico tratante considere necesario la atención.

PRIORIDAD III

Son usuarios sin ningún riesgo de muerte ni consecuencias incapacitantes con enfermedades como dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, funciones vitales estables, algún otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención (23).

PRIORIDAD IV

Usuarios con compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, faringitis aguda, amigdalitis aguda, enfermedades diarreicas

agudas sin deshidratación o vómitos, absceso sin fiebre, sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables, fiebre sin síntomas asociados, resfrío común, dolor de oído leve, dolor de garganta sin disfagia, enfermedades crónicas no descompensadas.

2.1- ZONAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

Se describen de la siguiente manera:

Zona de triaje

Situada frente a la entrada es la estancia donde se toma contacto con el paciente por parte del personal sanitario, ya sea por médicos o enfermeros que van a establecer su destino dentro del Servicio de Urgencias y el orden de prioridad asistencial en función de una serie de criterios sencillos y rápidos (motivo de consulta, nivel de conciencia, disnea de reposo...) y por niveles de riesgo.

El personal de Salud receptores, han de estar entrenados, capacitados y supervisados en dicha clasificación. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) propone la utilización del Sistema Español de Triage (SET), mediante el cual los pacientes son clasificados en función del grado de urgencia por el que deben ser atendidos, con el fin de proteger a los más graves, optimizar recursos, descongestionar las Urgencias y mejorar la atención a los pacientes en estos Servicios (28).

Zona de críticos-reanimación

Es la dedicada a las emergencias, reales o presumibles (pacientes críticos), situada en el centro aproximado del Servicio de Urgencias, con un acceso fácil y directo desde la entrada de pacientes. Contará al menos con dos puestos de

cuidados, dotados cada uno de ellos de camilla regulable, móvil, articulada y radiotransparente, monitorización, respirador es fibrilador y todo material necesario para el tratamiento y cuidado de estos pacientes (28)

Zona de consulta rápida

También llamado box rápido, es el espacio donde se atiende a los pacientes estables y que no precisan estar encamados. Suelen presentar problemas que se deberían solucionar de forma inmediata y eficiente. Es atendida por médicos residentes de años avanzados junto con médicos adjuntos disponibles para la consulta. La mayoría serán derivados a los médicos de Atención Primaria. En esta zona se pretende atender más pacientes, con mayor rapidez y en el menor tiempo de espera posible (28).

Sala de Observación

Sala donde se recibe a los pacientes que precisan estar encamados mientras son atendidos y estabilizados, permanecen los pacientes en sala de observación hasta la mejoría o resolución del problema agudo. Es atendida por personal específico del Servicio de Urgencias. El paciente puede permanecer hasta 24-48 horas, decidiéndose su alta o ingreso definitivo. En algunos servicios se denominan (28).

Otros espacios

Salas de espera separadas para pacientes y familiares, despacho de información y altas, habitación de aislados, despacho para atestados, toma de declaraciones y espera de detenidos, estancia para cuidados mínimos (sillones), sala de yesos, cirugía limpio, cirugía sucio, despacho-biblioteca de médicos, estar de

enfermería y médicos, farmacia, almacenes, oficio de cocina, servicios para pacientes y personal (Norma técnica del servicio de emergencia). Por lo tanto, la secuencia lógica que debería seguir un paciente en el Servicio de Urgencias para demorar lo menos posible su tratamiento y destino, es ésta: Paciente admitido - recibido - clasificado - ubicado - asistido – observación - resuelto u orientado (28).

Perfil Profesional en la Atención de Emergencia

Según la Norma técnica del servicio de emergencia los profesionales especialistas en Enfermería clínica avanzada en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, individual o colectivamente, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial (28).

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

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

- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos médicos que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
- Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.

- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias (21)

2.2.-COMPETENCIAS ENFERMERAS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Continuando según la norma técnica del servicio de emergencias las competencias del enfermero en Urgencias y Emergencias, han sido elaboradas y aprobadas por la SEEUE dentro de los proyectos de especialidad en Enfermería clínica avanzada y Certificación para especialistas en Enfermería y ratificadas por el Consejo General de Enfermería (28).

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

- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de Enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
- Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la Enfermería.
- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de Enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de Urgencias y Emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.

- Realizar los pertinentes planes de atención de Enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada basados en los diagnósticos enfermeros formulados, y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Evaluar, y modificar si hay pertinencia, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos. Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad. Someter a triaje los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencias y catástrofes, y aplicar la RAC –Recepción, Acogida y Clasificación– a los que se prestan cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud, y en el ámbito de la atención urgente extra hospitalaria cuando no proceda, o esté superado, el triaje, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan. Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete. Formular, implementar y evaluar los estándares,

guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias.

- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad. Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables. Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con Urgencias y Emergencias. Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros.

2.3.-RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

En los Servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud, el personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida por el MINSA u otra organización delegada por ella. La dotación de recursos humanos para la atención de los pacientes en el Servicio de Emergencia estará de acuerdo a la necesidad de la demanda, el nivel de complejidad del establecimiento y los recursos disponibles. Cuando el Centro Asistencial cuente con más de 50 camas de internamiento, se debe programar un médico adicional para la atención de las emergencias que se presenten en los Servicios de Hospitalización. Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología,

traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del Steffi de emergencia. En caso de necesidad, se programará personal de retén que es convocado por el Jefe de Guardia. Se debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno para éste personal prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes. Según lo observado en la práctica clínica por las investigadoras, el personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consultorio Externo, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar visita médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia. El personal médico mayor de 50 años de edad, opcionalmente podrá continuar realizando guardias.

Los Servicios de Emergencia cuentan con el apoyo de Asistentes Sociales, quienes se encargarán de la identificación y ubicación de los familiares de los pacientes indocumentados, con problemas sociales o en abandono social, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a efectos de dar solución y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Asimismo se encargarán de la evaluación socio económico de los pacientes que requieran exoneración de pago (28).

Jefe de Servicio / Coordinador de Emergencia.

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

Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres. Cuando no se tenga al médico Emergenciólogo y de manera temporal la asumirá el Médico Internista o especialidad afín con entrenamiento en Emergencia. En Centros Asistenciales

II -1 se considera también al Médico General con experiencia en el Servicio de Emergencia no menor de 03 años y con capacitación actualizada en Emergencias.

- Experiencia mayor de 03 años como médico asistente en Servicios de Emergencia.
- Curso de Administración y/o Gestión Hospitalaria.

2.4.- EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN NORMA TÉCNICA.

- Los Servicios de Emergencia deben procurar contar con los equipos médicos mínimos indispensables de acuerdo a los niveles de atención.
- Todo servicio de Emergencia debe contar permanentemente con apoyo de unidades de laboratorio e imágenes, que permita realizar los exámenes de acuerdo al perfil de demanda.
- Transporte: Debe establecerse un sistema de traslado de pacientes, en cada región de salud, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima) Comunicaciones (Norma técnica del servicio de emergencia).
- Los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial.

2.5.- LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA ES POR LÍNEA PROPIA DEL SERVICIO O DEL CENTRO

- Asistencial. La comunicación radial es local y troncalizada.

- La comunicación radial deberá efectuarse por medio de tres canales: Centros Asistenciales entre sí, El centro regulador de transporte de pacientes en la radio y el teléfono se ubican dentro del Servicio y en lugares que no interrumpen las actividades propias del mismo. El personal responsable del manejo de la radio se designa en cada turno de guardia.
- La comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos.

2.6.- Infraestructura del Servicio de Emergencias

El Servicio de Emergencia se ubica en el Primer Piso y tiene fácil acceso. Se cuenta con las siguientes áreas:

- Área de Triage.
- Área de Admisión.
- Área de Espera con Servicios Higiénicos.
- Área de tesorería.
- Área para Servicio Social.
- Consultorio diferenciado por especialidad.
- Tópico de Inyectables y Nebulizaciones.
- Consultorio de Emergencias (Prioridad III y IV).
- Sala de Yeso (Hospitales II-2, III-1 y III-2).
- Área de Hidratación.
- Unidad de Shock Trauma y Reanimación (Hospitales II –2, III – 1 Y III - 2).
- Unidad Crítica de Emergencia o Unidad de Vigilancia Intensiva (Hospital II-1).

- Área de Procedimientos.

3.- TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Enfermería como profesión, ha adquirido un acervo de conocimientos con el estudio e interpretación de los fenómenos del cuidado y la salud; conocimiento que ha direccionado su práctica profesional buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Es así como la salud y el cuidado son los conceptos centrales del conocimiento de enfermería; Florence Nightingale relacionó el cuidado con la limpieza, el aire contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio; pero también se ha utilizado para manifestar el interés, preocupación o compasión hacía nuestros pacientes. (3)

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

Pero, este estudio se identifica principalmente con Virginia Henderson con su teoría de “Definición De Enfermería” donde detalla que la persona es todo individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir

para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. Asimismo Henderson relaciona el entorno del paciente con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Define Salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. y Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura), Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender) (Cisneros, 2005). Es así, que enfocamos esta teoría de Enfermería hacia nuestro estudio ya que Henderson define a Enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito (10).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

URGENCIA: según la OMS es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas. Así pues, para poder definir una urgencia es preciso que el paciente padezca una

enfermedad, que sin el tratamiento adecuado evolucione en un periodo de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida, es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis (Manual CTO Oposiciones en Enfermería, capítulo 19 Conceptos de Urgencia y Emergencia, valoración de los cuidados de Enfermería en áreas críticas).

EMERGENCIA: según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Otras definiciones hablan de un tiempo menor a 1 hora hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos; es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales seis (12)

INCIDENCIA: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población.

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

PRIORIDAD I: Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. (21)

PRIORIDAD II: Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia. (21)

PRIORIDAD III: Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II. (21)

PRIORIDAD IV: Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. (21)

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

SEXO: Mora en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. la diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales,

el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Es una variable cualitativa dicotómica y su escala de medición es: masculino/femenino.

ALTA: el alta es un proceso complejo y multidisciplinario, que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos; es la decisión que se toma en el servicio de emergencia al concluir la valoración, ya sea en consulta o en el área de observación, es decir es el destino del paciente al culminar la atención inicial del médico. Es una variable cualitativa/nominal y su escala de medición es: domicilio, hospitalización, alta voluntaria, defunción y otros. (2)

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS: no tiene

2.5. VARIABLES

- URGENCIAS
- EMERGENCIAS

2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Escala de medición
urgencias y emergencias según prioridad de atención	Emergencias y Urgencias: Emergencias es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Mientras aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial mientras que Urgencias es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS).	Alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o cualquier enfermedad de cualquier etiología que genera demanda de atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Características Sociodemográficas atención Emergencias y Urgencias <ul style="list-style-type: none"> • Características de atención Emergencias y Urgencias por prioridad de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • procedencia • Destino • Tiempo de espera de atención • Etapa de vida de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • Prioridad I • Prioridad II • Prioridad III • Prioridad IV 	<ul style="list-style-type: none"> Ordinal Nominal Nominal Ordinal Ordinal Nominal Ordinal Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo; ya que se procederá a la recolección de datos para llegar a una medición numérica y análisis estadístico. En el enfoque cuantitativo, se mide las características o variables que pueden tomar valores numéricos. Además es un estudio tipo descriptivo porque el propósito es describir las atenciones de urgencia y emergencia. Es de diseño no experimental porque las investigadoras no intervienen ni modifican de alguna manera el trabajo de investigación, a su vez es transversal/ retrospectivo porque se describe las situaciones en un momento dado durante un periodo de tiempo para investigar el número de atenciones de emergencia y urgencias es de alcance descriptivo debido a que la meta de esta investigación es describir las incidencias atendidas de urgencias y emergencias.

3.2.- POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población está constituida por Pacientes atendidos en el servicio de emergencia, que acudieron al Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante la 1ra semana del mes de Noviembre del 2019, del 01 al 10 de Noviembre.

En promedio diario de pacientes atendidos por día son más de 70 personas, que acuden al servicio de emergencia en un periodo de tiempo de 24 horas continuas.

Según la información estadística con la que cuenta el hospital nos brinda que la población de este estudio entre el 1 y 10 de noviembre del 2019, hacen un total 800 pacientes.

MUESTRA

El tipo de muestreo será no probabilístico a criterio del investigador. Se consideró el total de pacientes que se atendieron entre el 1 y 3 de Noviembre del 2019, hacen un total 70 pacientes, por lo que se considera un tipo de muestreo censal

Se considera censal pues la investigadora selecciono el 100% de la población al considerarla un número manejable de sujetos.

Criterios para el estudio.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que fueron atendidos en el periodo del 1 al 3 de Noviembre del 2019.
- Historias clínicas con datos de registro completos.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no culminan su atención Historias clínicas incompletas.
- Pacientes que llegan al servicio de emergencia ya fallecidos y sin indicación de RCP.
- Pacientes que acudieron más de una vez en este periodo de tiempo por el mismo problema. (historia duplicada)
- Fuga o abandono
- Paciente que no se atendió.

3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se realizaron los trámites correspondientes, ante todo se coordina con la Dirección del Hospital A fin de formalizar y que se nos autorice el acceso a las historias clínicas entregando la Carta de presentación enviada por la autoridad

de la facultad de Enfermería de la UPECEN, para su debida aprobación y autorización respectiva.

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

3.4.- PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICOS

Se procederá a la revisión de las historias clínicas. Se procedió al vaciado de la información en los formatos que hemos elaborado en forma manual, seguido de esta recolección de información primaria, que inicialmente se realizó utilizando el programa de Microsoft Excel, luego se pasó al programa SPSS para el análisis estadístico. Este proceso nos tomara un promedio de 4 meses, ya que para la recolección de los datos tenemos que trasladarnos al Hospital, por el acceso al sistema informático.

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos para el análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la escala de Stanones, los porcentajes y frecuencias absolutas, valorándose en favorable, medianamente favorable, desfavorable.

3.5.- ASPECTOS ÉTICOS

Para la ejecución del trabajo de investigación se tuvo en cuenta la autorización del director a fin de llevar a cabo el estudio.

De acuerdo al principio bioético como Beneficencia: No se generará ningún tipo de daño ya sea físico, psicológico a las madres que participen en el presente trabajo de investigación, garantizándoles que dicha información servirá para mejorar la atención. Justicia: Respetando los derechos de las partes involucradas y tratarlas con el mismo respeto y consideración. En este sentido el principio de justicia demanda que las personas sean tratadas de manera equitativa y no pueden verse ni tratarse con un menor valor.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.- RESULTADOS

Tabla 01

**Urgencia y Emergencia según prioridad de atención en el
servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico
Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019**

	Prioridad de atención	n	%
Emergencia de gravedad súbita	Prioridad I Emergencia	1	1,3
Mayor	Prioridad II Urgencia	16	23,5
Menor	Prioridad III Urgencia	27	38,7
Común	Prioridad IV Patología	26	36,5
	Total	70	100,0

En la tabla 1 se aprecia que el 38.7% (27) de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia son de prioridad III es decir representan urgencias menores, seguido del 36.5 % (26) de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II es decir urgencias mayores y solo el 1.3% (1) de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita.

Tabla 02

Urgencia y Emergencia según prioridad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019, etapa de vida, procedencia, tipo de seguro.

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	1	100%	9	55,1%	17	64,6%	16	62,2%	43	61,4%
	Masculino	0	0%	7	44,9%	10	35,4%	10	37,8%	27	38,6%
Etapa Vida	0-5 Infante	0	0,0%	2	12,5%	4	13,1%	8	31,9%	14	19,7%
	6-12 Niñez	0	0,0%	1	6,5%	2	8,0%	2	7,6%	5	7,4%
	13-17 Adolescente	0	0,0%	1	4,0%	1	3,6%	1	3,7%	3	3,7%
	18-34 Adulto Joven	0	0%	5	34,2%	10	37,6%	8	29,2%	23	33,4%
	35-64 Adulto	0	0%	5	29,7%	7	26,6%	5	20,3%	17	24,9%
	64 A +Adulto Mayor	1	75,0%	2	13,2%	3	11,1%	2	7,2%	8	10,9%
Procedencia	Huancayo	1	100,0%	16	99,6%	26	99,5%	25	99,3%	68	99,4%
	Provincias	0	0,0%	0	0,2%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
	otros	0	0,0%	0	0,2%	1	0,5%	0	0,6%	1	0,5%
Tipo De Seguro	Particular	0	0%	1	6,9%	2	8,1%	2	6,9%	5	7,5%
	Seguro SIS	1	100%	12	77,2%	20	75,7%	21	79,8%	54	77,0%
	Otros	0	0%	3	15,8%	4	16,2%	3	13,3%	11	15,5%

En la tabla 2 se aprecia que la población predominante es de sexo femenino con un 61.4% (43), frente a un 38,6% de población de pacientes de sexo masculino. La atención por emergencia – prioridad I es de 100 % en sexo femenino y el 0% son de sexo masculino. La atención por urgencia mayor es de 55.1% en sexo femenino y el 44.9% son de sexo masculino. La atención por urgencia menor es de 64.6% en sexo femenino y el 35.4% son de sexo masculino. En caso de atención de patología

común es de 62.2% al sexo femenino y el 37.8% son del sexo masculino. Asimismo podemos observar los grupos por etapa de vida, donde se aprecia la valoración que el 0 % son 0-5 infante, 0% son 36-12 niñez, 0% son 13-17 adolescente, 0% 18-34 adulto joven, 0% son de 35-64 adulto y 100% 64 a más son adulto mayor. Según la procedencia de los pacientes, en la tabla se encuentra que el 99,4% proceden de Huancayo y el 0.6% son de provincia y otros departamentos.

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

Tabla 03

Urgencia y Emergencia según prioridad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019 por tiempo de enfermedad, funciones vitales

		Prioridad de Atención								Total	
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Tiempo Enfermedad	Dentro de 1 hora	1	100%	4	26,6%	0	0%	1	4,3%	6	8,6%
	De 2 a 24 horas	0	0%	9	54,7%	15	56,1 %	13	50,9 %	37	52,8%
	De 2 a 7 días	0	0%	3	18,8%	11	41,1 %	11	41,5 %	25	35,9%
	más de 7 días	0	0,0%	0	0%	1	2,8%	1	3,3%	2	2,7%
Funciones Vitales	Estables	0	0%	15	96,7%	24	84,3 %	21	78,7 %	60	85,0%
	Alteradas	1	100%	1	3,3%	3	15,7%	5	21,3%	10	15,0%

En la tabla 3 observamos que según el tiempo de enfermedad que el 8,6% representa a los pacientes cuyo tiempo de enfermedad se dio dentro de 1 hora, 52,8% de 2 a 24 horas, 35,9% de 2 a 7 días, y el 2,7% Más de 7 días. Asimismo según la valoración del control de funciones vitales que se realiza en el servicio de triaje del

Hospital, en la tabla 3, encontramos que el 85% de pacientes presentaron funciones vitales estables, y el 15% alteradas.

Tabla 04

Urgencia y Emergencia según prioridad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión -2019 , por servicio de atención en emergencia y destino de atención médica

		Prioridad de Atención									
		Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita		Prioridad II Urgencia Mayor		Prioridad III Urgencia Menor		Prioridad IV Patología Común		total	
		n	%	n	%	n	%	%	n	n	%
Servicio	Medicina	1	100%	8	51,8%	23	88,7%	13	50,4%	46	65,7%
	Atención Medicina										
	Especialidades	0	0%	6	37,1%	1	1,5%	1	2,1%	8	11,4%
	Cirugia	0	0%	1	11,1%	3	9,7%	12	47,4%	16	22,8%
Destino	Domicilio	0	0%	14	88,6%	25	95,5%	23	86,2%	62	89,8%
	Hospitalización	0	0%	1	5,4%	2	4,5%	2	10,6%	5	6,6%
	Sop/Cirugía	0	0%	1	6,0%	0	0%	0	0%	1	1,6%
	Uci	1	100%	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	0,4%
	Alta Voluntaria	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,1%	1	1,6%

Asimismo encontramos que según el servicio en el que son atendidos inicialmente los pacientes, el 65,7% ingresan al servicio de medicina, seguido por el servicio Especialidades con un 11.4 %, secundado por el servicio cirugía con un 22.8% respectivamente. Resaltando, que en la prioridad de atención IV – patología común el servicio de medicina es el más solicitados con un 50.4.5%, respectivamente. Igualmente, en la prioridad de atención II – emergencia menor, 51.8%. Y en la prioridad de atención I – emergencia o gravedad súbita, medicina representa el 100%. Según el destino final de la atención, observamos que el 89.8 % está representado por los pacientes que retornan a su domicilio, y que solo el 6,6% requirió hospitalización, 0.4%

fueron ingresados a la UCI (unidad de cuidados intensivos), y el 1.6% solicito alta voluntaria.

4.2.- DISCUSIÓN

Del total de historias clínicas revisadas (800), el 8% fueron excluidas quedándonos para el análisis de datos, el 92% representado por 70 historias clínicas.

se aprecia que el 38.7% (27) de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia son de prioridad III es decir representan urgencias menores, seguido del 36.5 % (26) de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II es decir urgencias mayores y solo el 1.3% (1) de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita , la población predominante es de sexo femenino con un 61.4% (43), frente a un 38,6% de población de pacientes de sexo masculino. La atención por emergencia – prioridad I es de 100 % en sexo femenino y el 0% son de sexo masculino. La atención por urgencia mayor es de 55.1% en sexo femenino y el 44.9% son de sexo masculino. La atención por urgencia menor es de 64.6% en sexo femenino y el 35.4% son de sexo masculino. En caso de atención de patología común es de 62.2% al sexo femenino y el 37.8% son del sexo masculino. Asimismo podemos observar los grupos por etapa de vida, donde se aprecia la valoración que el 0 % son 0-5 infante, 0% son 36-12 niñez, 0% son 13-17 adolescente, 0% 18-34 adulto joven, 0% son de 35-64 adulto y 100% 64 a más son adulto mayor. Según la procedencia de los pacientes, Asimismo se encuentra que el 99,4% proceden de Huancayo y el 0.6% son de provincia y otros departamentos.

En cuanto al tipo de seguro, corresponde más frecuentemente la solicitud de atención en el servicio de emergencia del 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro SIS, seguido por los pacientes con otro tipo de seguro con un 15,5% y el 7.5% son los pacientes que acuden de manera particular. Ortega S., en su estudio cuyo objetivo es Determinar la asociación de factores que influyen en el

tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia en el Distrito de Lince en el mes de febrero 2016. Resultados: De la población estudiada (259), se sabe que el tiempo de ALERTA es de 0.96 minutos. Mientras que el tiempo de llegada a la emergencia en promedio es de 15.23 minutos, y se ha dado en intervalos de 0 a 10 minutos, con un total de 93 eventos (35.91%), de 11 a 20 minutos, 114 eventos (44.02%), de 21 a 30 minutos, 34 eventos (13.13%), de 31 a 40 minutos, 13 eventos (5.02%) y de 41 a más minutos, 5 eventos (1.93%). En cuanto al tipo de prioridad, se sabe que el 50.97% (132) corresponde al tipo II y solo el 7.72% (20) son de tipo I, los cuales requerirán un traslado; el 21.62% (56) son tipo III y el 19.69% (51) son de tipo IV, los cuales serán atendidos en el lugar o foco. En cuanto al tipo de emergencia, el 63.71% es de índole CRONICO a diferencia del tipo AGUDO que representa el 36.29%

De acuerdo a la literatura, existe el acceso a estos servicios de pacientes que lo usan en forma inadecuada, principalmente jóvenes y en su mayoría mujeres; lo cual hemos confirmado en este estudio, en el que la distribución por sexo, corresponde más frecuentemente a la solicitud de atención en el servicio de emergencia a las mujeres a diferencia de los hombres, entre un 62% mujeres contra un 38% hombres; así como encontramos en el estudio Zoraida K. ,Rojas L. , Lazarte K., el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita; la población predominante es de sexo femenino con un 61.4%, frente a un 38,6% de sexo masculino; por etapa de vida, se aprecia que la demanda mayoritaria con un 33,4% son adulto joven, 24,9% son adulto. Resalta en cuanto al tipo de seguro, corresponde el 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

- Se aprecia que el 38.7% (27) de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia son de prioridad III es decir representan urgencias menores, seguido del 36.5 % (26) de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II es decir urgencias mayores y solo el 1.3% (1) de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita
- Asimismo la población predominante es de sexo femenino con un 61.4% (43), frente a un 38,6% de población de pacientes de sexo masculino. La atención por emergencia – prioridad I es de 100 % en sexo femenino y el 0% son de sexo masculino. La atención por urgencia mayor es de 55.1% en sexo femenino y el 44.9% son de sexo masculino. La atención por urgencia menor es de 64.6% en sexo femenino y el 35.4% son de sexo masculino. En caso de atención de patología común es de 62.2% al sexo femenino y el 37.8% son del sexo masculino. Asimismo podemos observar los grupos por etapa de vida, donde se aprecia la valoración que el 0 % son 0-5 infante, 0% son 36-12 niñez, 0% son 13-17 adolescente, 0% 18-34 adulto joven, 0% son de 35-64 adulto y 100% 64 a más son adulto mayor. Según la procedencia de los pacientes, en la tabla se encuentra que el 99,4% proceden de Huancayo y el 0.6% son de provincia y otros departamentos. En cuanto al tipo de seguro, corresponde más frecuentemente la solicitud de atención en el servicio de emergencia del 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro SIS, seguido por los pacientes con otro tipo de seguro con un 15,5% y el 7.5% son los pacientes que acuden de manera particular.
- También según el tiempo de enfermedad que el 8,6% representa a los

pacientes cuyo tiempo de enfermedad se dio dentro de 1 hora, 52,8% de 2 a 24 horas, 35,9% de 2 a 7 días, y el 2,7% Más de 7 días. Asimismo, según la valoración del control de funciones vitales que se realiza en el servicio de triaje del Hospital, en la tabla 3, encontramos que el 85% de pacientes presentaron funciones vitales estables, y el 15% alteradas.

- Asimismo encontramos que según el servicio en el que son atendidos inicialmente los pacientes, el 65,7% ingresan al servicio de medicina, seguido por el servicio Especialidades con un 11.4 %, secundado por el servicio cirugía con un 22.8% respectivamente. Resaltando, que en la prioridad de atención IV – patología común el servicio de medicina es el más solicitados con un 50.4.5%, respectivamente. Igualmente, en la prioridad de atención II – emergencia menor, 51.8%. Y en la prioridad de atención I – emergencia o gravedad súbita, medicina representa el 100%. Según el destino final de la atención, observamos que el 89.8 % está representado por los pacientes que retornan a su domicilio, y que solo el 6,6% requirió hospitalización, 0.4% fueron ingresados a la UCI (unidad de cuidados intensivos), y el 1.6% solicito alta voluntaria.

5.2.- RECOMENDACIONES

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

información y comunicación con los pacientes y familiares o acompañantes.

- Disminuir los tiempos de espera de ingreso en planta del paciente atendido en Urgencias, interviniendo en la organización de la gestión de camas del Hospital y dejando camas y sillones de observación libres para pacientes que tienen que ser observados en esta área.
- Intensificar la formación de los profesionales en la clasificación de pacientes (triaje mediante la aplicación de un programa de Capacitación, al todo el personal del servicio de emergencia sobre la atención en Triage.
- Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el triaje pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica. El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología. La implementación del triaje dentro de los sistemas de salud nos ayuda a proporcionar una mejor atención en los servicios de emergencia; de acuerdo con este sistema, lo cual va a contribuir a:
 - Mejorar tiempos de espera desde que el paciente llega, hasta que es atendido
 - Detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función de un órgano.
- Evaluación constante de la aplicación del modelo, a fin de mejoras continuas en base a la revisión de protocolos internos sobre ingresos en observación y hospitalización
- Se recomienda también tomar como base la presente investigación para realizar otros estudios en busca de herramientas que permitan mejorar la

atención y de esta manera contribuir al bienestar de los pacientes que acuden al servicio de emergencia

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martin, M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Revista Enfermería C y L, 42 - 49. 2013.
2. Burgos, E., García, C., Mayorga D. Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados. Chile: Universidad Austral. 2014.
3. Monchon, P., Montoya, Y. Nivel de Calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III - ESSALUD Chiclayo, 2013. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014.
4. Ríos, A., Conde R., Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de III nivel, 2015. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2016.
5. Zoraida K., Rojas L., Lazarte K., Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017
6. Silva R., Monteiro M., Prioridades de la clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y resultado del atendimento 2017
7. Muños E., Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. 2015.
8. Ortega S., Asociación de Factores que Influyen en el tiempo de llegada del sistema de atención móvil de urgencia y emergencia en el distrito de lince, febrero 2016.
9. Castelo W., Castelo A., Rodríguez J., Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias, 2015.

10. Sanizo L., Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre .2013.
11. Cárdenas R., Cobeñas C., García J., Calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes del servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima 2017.
12. . Maldonado, E Urgencias reales y sentidas. Uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel. México DF: Instituto Politécnico Nacional .2010.
13. Ugarte C., Historia de los servicios de emergencia de lima y callao. Revista médica Herediana vol. 11, 97 - 106.2000.
14. INDECI Compendio estadístico de prevención y atención de desastres 2006. Compendio estadístico de prevención y atención de desastres 2006, 1 – 5. .2006.
15. Arcos P., Castro R., Manual de Medicina de urgencia y emergencia. Oviedo: Universidad de Oviedo.2009.
16. Vásquez R., Amado J., Ramírez F., Velásquez R., Huari R., Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias. 2015.
17. Enciso C., Villanueva J., Sobrevida de pacientes asignados como Prioridad de Atención I y II, en Emergencia de Adultos de un Hospital General de Lima, Según el Tipo de Transporte Prehospitalario. 2015.
18. Céspedes D. Franco M., Ramos P., Demanda asistencial del Servicio de Urgencias del Hospital Distrital de Hernandarias, Alto Paraná, Paraguay. 2015.
19. Marques A., Alice M., Silva D. Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención. 2015.
20. Polanco C., Castañón J., Buhse T. Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas .2013.

21. Perfil Profesional para Enfermería clínica avanzada en Urgencias y Emergencias. Federación Iboamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias. 2014
22. Gallardo, D., Impacto de los puntos de tensión continuada sobre la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. España. 2008.
23. Jimenez, A manual de protocolos y actuación en urgencias. Toledo: Sanidad y ediciones, S.L. (SANET). 2014
24. Lopez, A., Robira E. Enfermería en urgencias: una vision global. Sevilla: sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2004
25. Marin J., Causas y efectos de la saturación del servicio de emergencia de la clínica de chomes, punta arenas. Costa Rica: Instituto centroamericano de administración pública (ICAP). 2008.
26. Quizaman, R., Neri M., padecimientos más frecuentes atendidos en el servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel. Media Graphic Artemisa en línea volumen 51. 2008.
27. Tarazona L., Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto politraumatizado en el servicio de emergencias de la clínica san pablo-sede norte 2008- Independencia. 2009
28. Zegarra R., Compendio de Guía de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres 2006.
29. Trzeciak S., Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J. 2003.
- 30.** Bagust A, Place M., Posnett J., Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. BMJ. 1999.

ANEXOS

