

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS AL RECHAZO DE ATENCIÓN POR  
TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER  
NIVEL 2015**

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

**Autores: Bach. RIOS FLORES ALDO ADOLFO JESUS  
Bach. CONDE MONCADA ROGER YOEL**

**Chiclayo, 17 de Febrero de 2017**

**FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS AL RECHAZO DE ATENCIÓN POR TRIAJE  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 2015**

**POR:**

**Bachiller en Medicina Humana:**

**RIOS FLORES, ALDO ADOLFO JESUS**

**CONDE MONCADA, ROGER YOEL**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar  
el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR:

---

Mgtr. Franco León Jiménez  
Presidente de Jurado

---

Med. César Carpio Chanamé  
Secretario de Jurado

---

Mgtr. Luis Jara Romero  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 17 de Febrero de 2017**

Dedicatoria:

A nuestros padres, quienes nos han apoyado incondicionalmente con su esfuerzo a lo largo de toda la carrera, de nuestra vida y para nuestro futuro, hasta este momento, donde concluye una etapa, pero comienzan otros caminos.

*“Siempre fue mi destino recibir de la vida y de los que me rodean mucho más de lo yo podía darles”.*

*Hermann Hesse*

Agradecimientos:

A nuestros profesores y maestros, por habernos instruido, enseñado y confiado grandes conocimientos y actitudes para ser buenos médicos y profesionales.

**INDICE**

Resumen .....	6
Abstract .....	7
I. INTRODUCCIÓN .....	8
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	10
1. Antecedentes del problema.....	10
2. Bases teórico-científicas .....	12
3. Definición de Términos Básicos.....	15
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	16
1. DISEÑO METODOLÓGICO .....	16
1.1 Tipo y diseño de Estudio.....	16
1.2 Población de Estudio.....	16
1.3 Muestra de Estudio .....	17
2. OBJETIVOS .....	18
3. VARIABLES .....	19
4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
5. ANÁLISIS DE DATOS .....	23

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	24
IV. RESULTADOS .....	25
V. DISCUSIÓN.....	27
VI. CONCLUSIONES .....	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
VIII. ANEXOS.....	35
ANEXO N° 1.....	35
ANEXO N° 2.....	38
ANEXO N° 3: TABLAS .....	40
ANEXO N° 4: FIGURAS .....	42

## Resumen

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

**Palabras clave:** servicio de emergencia, triaje, utilización servicios de urgencias. (DeCS)

## **Abstract**

**Objectives:** Determine the frequency of rejection in triage's attention and associated factors in the emergency department of a tertiary hospital. **Methods:** Cross-sectional study with a consecutive sample assessed by the triage that were not admitted by Hospital Regional Lambayeque emergency during the period from February-April 2015. **Results:** The frequency of rejection triage was 64.68% (628/971). Of these, 64.29% were female, had an average age of 38.55 years (CI95 37.22-39.66), and most were parents of patients (37.26%). The most common symptoms were fever (12.55%) and abdominal pain (12.55%). A 44.02% did not consider the problem a matter of life or death. Of these, the 16.00% were previously treated in primary care. The most visited turn was the night (42.86%) and the busiest day was saturday (16.22%). **Conclusions:** The frequency of rejection of triage's attention due to inappropriate use of emergency services is relatively high. We recommend improving and intensifying the education of the general population to achieve awareness of the proper use of emergency services.

**Key words:** emergency service, triage, emergency department utilization. (DeCS)

## I. INTRODUCCIÓN

El Servicio de Emergencia es uno de los más visitados en todos los establecimientos de salud. De la mayoría de pacientes que acuden al servicio, el 75% de ellos acuden por iniciativa propia. Además diversos estudios han establecido que de todos éstos un porcentaje variable de hasta 80% lo hacen de forma inapropiada<sup>1,2</sup>.

Dicho servicio presenta una alta demanda de atención llegando a la saturación, por lo que la atención de problemas que no son emergencias verdaderas, incrementa el flujo de usuarios y disminuye la posibilidad de una respuesta oportuna. Esta sobresaturación compromete y afecta la eficiencia de su función, requiriendo un elevado costo de mantenimiento, atención y redirección a los pacientes que lo visitan<sup>3</sup>.

Para evitar esto la gran mayoría de servicios de emergencia a nivel mundial cuentan con triaje, el cual permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos<sup>4</sup>, proceso que también se utiliza en nuestra realidad en todos los niveles de atención<sup>5</sup>. Las personas que más demandan el servicio tienen características y razones propias que influyen en tomar la decisión de asistir a emergencia para finalmente ser evaluados y rechazados por triaje<sup>3,6-8</sup>.

Se decidió realizar este estudio en el Hospital Regional Lambayeque, perteneciente al sector del Ministerio de Salud (MINSA), ya que este hospital es un centro de alta capacidad resolutive y cuenta con características similares a otros centros del mismo nivel. Así mismo, los hospitales del

MINSA atienden a la mayoría de emergencias a nivel nacional y por lo tanto son afectados de forma importante por el problema estudiado<sup>9</sup>.

Este inadecuado uso del servicio no solo está presente en Perú sino también a nivel mundial. En otros países encontraron que la mayoría de los pacientes que percibieron su visita como urgente eran cuatro veces más propensos a visitar la sala de emergencia por una condición que no es urgente<sup>10-12</sup>. Se encontró también que factores como el sexo, edad, educación, ingresos altos y horario de atención influían en su uso<sup>12-16</sup>. Así mismo, es relevante mencionar que pocos consultantes recibieron evaluación previa en centros de atención primaria<sup>17</sup>.

Se observa que a pesar de contar con establecimientos de baja complejidad que poseen el servicio de emergencia, la mayoría de personas sigue asistiendo a aquellos de alta complejidad. Es importante conocer a la población que realiza un uso inadecuado de este servicio para desarrollar intervenciones que modifiquen este hecho. Por dicho motivo se plantea describir las características de las personas rechazadas por el servicio de triaje.

## II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. Antecedentes del problema

Los servicios de emergencia presentan una alta demanda de atención hasta cierto punto de saturarlos, pues la mayoría de problemas no son una emergencia verdadera, haciéndolos incapaces de atender a todos. En Lima y Callao, los servicios de emergencia de los hospitales de seguridad social en donde prestan atención especialmente a los asegurados se atienden aproximadamente 23% del total de las atenciones de emergencia y los hospitales del MINSA que brinda atención a la población general atiende el 66% de las atenciones de emergencia<sup>18</sup>.

Este incremento de demanda se debe a que las personas van directo a los servicios de emergencia por presentar algún síntoma que ellos valoran como pérdida de salud. Estos síntomas pueden ser objetivos (fiebre) o subjetivos (Dolor o malestar general) ya sea por experiencias previas, o que no le haya sucedido, pero sí, a alguien diferente a él. Para luego realizarse su propio autodiagnóstico y a partir de este buscan una atención urgente por el servicio de emergencia ya que estos son valorados por la tecnología y el servicio profesional del personal sanitario<sup>19, 20</sup>. También cabe mencionar, que las personas acuden al servicio de emergencia por las siguientes razones: conveniencia por parte del paciente para satisfacer sus necesidades, barreras que se presentaban en su centro de salud como la dificultad de sacar cita o el horario y tiempo indicado para el paciente y finalmente las ventajas que ofrecen los servicios de emergencia como Rayos X y Laboratorio que se ubican en el mismo Hospital<sup>20-23</sup>.

Entre otros factores que influyen al uso del servicio de emergencia es la desconfianza en los diagnósticos y tratamiento efectuados asociados a una sensación de poco poder resolutivo en los servicios de atención primaria de sus respectivas áreas, y finalmente por una falta de conocimiento del funcionamiento del sistema asistencial<sup>19, 24</sup>. Además, asisten aprovechando situaciones como la consulta de un hermano enfermo o deciden realizarse un chequeo médico<sup>19</sup>.

A pesar de todo esto la mayoría que acude de manera innecesaria tiene un centro de salud promedio y solo una minoría presenta un centro de salud en pobres condiciones, a pesar de eso acuden al servicio de emergencia<sup>20</sup>. Además, se menciona que un pequeño porcentaje de personas (7,9%) no conocen la existencia de este servicio en los centros de Atención primaria<sup>24</sup>.

Por eso Anne-Claire et al. Menciona que la mayoría de los pacientes presentes en el área de emergencia se auto-referían (79,3%); otros fueron referidos de su centro de atención primario (16,1%) o referido por razones médico-legales (4,6%). Y casi la mitad eran consultoría para problemas traumáticos menores (48,3%)<sup>20, 22, 24</sup>.

Según María LV et al. Menciona que la edad también fue un efecto modificador de la asociación entre el uso inapropiado del servicio de emergencia y otros predictores. Entre los pacientes más jóvenes (<50 años), la prevalencia de uso inadecuado fue mayor en las mujeres. Y para los pacientes de mayor edad ( $\geq 50$  años) la ausencia de enfermedades crónicas y la falta de apoyo social fueron los principales factores relacionados con el uso inapropiado del servicio de emergencia<sup>21</sup>.

También el nivel educativo influye, ya que se ha visto mayor ingresos por este servicio en personas que presenta una educación secundaria incompleta seguido de los que tienen una educación primaria completa<sup>18, 20</sup>. Se observó que los días lunes y viernes presentan mayor demanda del servicio de emergencia con predominio en las tardes<sup>18</sup>.

## **2. Bases teórico-científicas**

El centro de salud es el establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de promoción, prevención y recuperación. También nos brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los consultorios de medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y odontología. Por eso uno de sus objetivos principales es brindar servicios de salud a una determinada población jurisdiccional a través de una atención integral de salud y dependiendo de la complejidad del caso hacen la referencia y contra-referencia de los pacientes a establecimientos de mayor complejidad<sup>6, 25, 26</sup>.

En el tercer nivel de atención cuenta con el área de emergencia que corresponde a un servicio o departamento de emergencia permanente, y que otorga atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente las 24 horas del día a pacientes con demanda de atención inmediata<sup>5, 9</sup>.

La emergencia médica es toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata ya que pone en peligro inminente la vida, salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el

paciente. Razón por la cual, el servicio de triaje consta de un profesional de salud que realiza el control de las funciones vitales del paciente y determinara la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo del triaje<sup>5</sup>.

Además, el triaje es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos<sup>4, 27</sup>.

Según el MINSA, el daño se clasifica de acuerdo a la prioridad de atención: Prioridad I-Gravedad súbita extrema, II-Urgencia mayor, III-Urgencia menor, IV-Patología Aguda común<sup>6</sup>. Pero también hacen mención que se puede clasificar en 5 categorías con sus tiempos ideales de atención<sup>4</sup>.

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
  
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
  
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

También se hace mención que el servicio de emergencia no solo brinda los establecimientos de III nivel sino también los establecimientos de I y II nivel. Y dentro de los establecimiento de primer nivel de atención está conformado por un médico cirujano con competencias para brindar reanimación Cardio-Pulmonar-Cerebral Básica, soporte básico de trauma y manejo del paciente en situaciones de emergencia<sup>5,6</sup>.

### 3. Definición de Términos Básicos

**Servicio de Emergencia:** Es el órgano encargado de proporcionar atención médica o médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud o su vida<sup>9</sup>.

**Urgencia:** Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados<sup>9</sup>.

**Emergencia:** Es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial<sup>9</sup>.

**Triaje:** Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que en caso amerita. Está área debe funcionar prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios<sup>9</sup>.

**Consulta inapropiada:** Búsqueda o demanda médica que puede resolverse con los medios adecuados en un centro de salud primario<sup>28</sup>.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 1. DISEÑO METODOLÓGICO

##### 1.1 Tipo y diseño de Estudio

La presente investigación es de tipo Descriptiva Transversal.

##### 1.2 Población de Estudio

###### 1.2.1 Área de Estudio

El estudio se realizó en la jurisdicción del Hospital Regional Lambayeque del distrito de Chiclayo.

###### 1.2.2 Población

**Población diana:** población constituida por todas las personas que consultan los servicios de emergencia de hospitales de nivel III de la costa norte del país.

**Población accesible:** población constituida por todas las personas que consultan el servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque.

**Población elegible:** población constituida por todas las personas que consultan el servicio de emergencia que cumplan con los criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión

- Personas que hayan sido evaluados por el servicio de triaje.
- Todos aquellos que no son ingresados a emergencia.

### Criterios de exclusión

- Todos aquellos que son aceptados por el servicio de triaje.
- Personas que no acepten llenar el cuestionario.

## **1.3 Muestra de Estudio**

Se identificó a una muestra consecutiva de 971 consultantes de los cuales 628 fueron rechazados por triaje. Se encuestó a un total de 518 personas que aceptaron responder el cuestionario, mientras que los 110 restantes (17,52%) se negaron a hacerlo. Los participantes fueron consultantes que asistían al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, en los turnos de mañana, tarde y noche. El cuestionario se aplicó de Febrero a Abril del año 2015 en sesiones de tres horas por turno al día de forma interdiaria, en las salas de espera de este Servicio.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Principal:**

- ✓ Describir las características de las personas rechazadas por el triaje en el servicio de emergencia.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- ✓ Calcular la frecuencia de las personas rechazadas por el triaje en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Describir los factores relacionados al rechazo por el triaje en el servicio de emergencia.

### 3. VARIABLES

#### 3.1 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Dimensiones	Categorías	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Frecuencia al rechazo de atención por triaje	Día de la semana	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Categórica Politómica	Ordinal	Días
	Hora del día	Mañana Tarde Noche	Categórica Politómica	Ordinal	
Factores relacionados al rechazo de atención por triaje	Razones de visita a emergencia	Rapidez de pruebas Atención especializada Insatisfacción de C.S. Primario Cerca de vivienda Atención rápida Otros	Categórica Politómica	Nominal	
	Grado de Instrucción	Primaria Completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria incompleta Superior no universitaria (Técnica) Superior universitaria Superior incompleta	Categórica Politómica	Nominal	

	Atención previa por personal de salud	Sí No	Categórica Dicotómica	Nominal	
	Personal de la salud	Médico de centro particular Médico de su centro de salud Médico Legista Enfermera Farmacéutico Técnico Otros	Categórica Politómica	Nominal	
	Paciente atendido	Pediátrico Adulto Adulto mayor	Categórica Politómica	Nominal	
	Persona responsable del paciente	Padres Familiares Cuidadores	Categórica Politómica	Nominal	
	Atención previa en centro de salud de origen	Sí No	Categórica Dicotómica	Nominal	
	Opinión del centro de salud de origen	Excelente Buena Regular Mala	Categórica Politómica	Nominal	

Sistema afectado		Respiratorio Digestivo Cardiovascular Neurológico Urológico Otros	Categórica Politómica	Nominal	
Síntoma principal de consulta				Nominal	
Sexo		Masculino Femenino	Categórica Dicotómica	Nominal	
Edad			Numérica Discreta	Razón	Años
Explicación del rechazo		Sí No	Categórica Dicotómica	Nominal	

#### **4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica a utilizar para la obtención de datos, que puedan responder a los objetivos planteados, fue la encuesta, por otro lado el instrumento para la recolección de datos, fue un cuestionario de tipo Cerrado - de opción múltiple simple, que consta de dos partes.

Para recolectar los datos se solicitó autorización al área de Investigación y Metodología del Hospital. Al recolectar los datos, el cuestionario se realizó a las personas que hayan sido evaluadas por el Servicio de Triage. Se invitó a participar del estudio a las personas que no hayan sido ingresadas a emergencia, inmediatamente después de este hecho.

Los datos fueron obtenidos a través de trabajo de campo y en contacto directo con las personas que hayan aceptado su participación. Una parte del cuestionario fue llenado por los participantes y otra fue obtenida del personal de triaje que realizó la evaluación, de la base de datos informática o escrita. Para el cotejo de información se usaron códigos en cada cuestionario.

Realizando 3 turnos (mañana, tarde y noche) de 3 horas en el Servicio de forma interdiaria durante 2 meses.

## 5. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los datos mediante el instrumento de recolección fueron trasladados a una computadora, donde fueron procesados y analizados utilizando el programa Microsoft Excel 2015. Se halló la frecuencia de las personas rechazadas por el triaje en el servicio de emergencia, que es el cociente entre el número de personas que hayan sido rechazados por triaje y el número de personas que consultan el servicio durante la evaluación, que luego fue representada en gráfico de distribución de frecuencias. Los factores relacionados también fueron trasladados en el programa, donde se representaron con gráficos de barras y sectores circulares.

Al final de la investigación los resultados fueron informados al hospital, además de haber sido redactados en un artículo científico.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el presente estudio, se respetó la autonomía del paciente mediante la firma del consentimiento informado, constatando su participación. Respetando la decisión de aquellos que no desearon hacerlo.

Para conservar la confidencialidad de los pacientes, guardamos la información con códigos y no con nombres. No se mostró ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

#### IV. RESULTADOS

Durante el periodo de aplicación del cuestionario llegaban al servicio aproximadamente 103 pacientes por día, el porcentaje de rechazo de atenciones en ese periodo fue de 64,68% (628/971).

Del total de consultantes, el promedio de edad de los mismos fue 38,55 años (IC95 37,22-39,66), de los cuales un 37,26% (193/518) corresponde a padres de los pacientes, el 36,49% a sus cuidadores o familiares y el 26,25% a pacientes. En relación al tipo de consultante según sexo, el 64,29% fueron mujeres. Con respecto al grado de instrucción, el más frecuente fue secundaria completa con 40,15% (208/518) siguiéndole la superior universitaria con 21,04% y superior no universitaria con 16,41%.

Durante la semana los días con más aflujo de pacientes fueron los sábados con 16,22% (84/518), seguido por los martes (15,83%), lunes (15,25%), jueves (13,90%), miércoles (13,51%), viernes (13,13%) y domingo (12,16%). El turno del día más visitado es el de la noche con un 42,86% (222/518), un 31,66% el de la tarde y 25,48% el de la mañana.

De los consultantes que acudieron al servicio de emergencia, el 44,02% (228/518) no consideró su problema como una cuestión de vida o muerte. El resto de características por consultante se observan en la Tabla 1.

Los consultantes que no fueron atendidos en el primer nivel antes de acudir al servicio de emergencia son un 84,00% (434/518). De las personas que visitaron previamente un centro de salud de primer nivel, el 30,95% (26/84) la califica como buena y 3,57% como excelente. Aquellos que han sido atendidos por un profesional de salud antes de acudir al servicio de

emergencia fueron un 21,81% (113/518), de los cuales el 49,56% (56/113) son médicos de otro centro de salud o el de origen, 36,28% médicos de clínica particular y 7,08% farmacéuticos.

En cuanto a los principales síntomas de consulta por el cual acudieron al servicio los más frecuentes fueron fiebre 12,55% (65/518) y dolor abdominal 12,55%, seguidos de cefalea con 6,95%, vómitos 6,18% y dolor en extremidades 5,41%. Los motivos de consulta según sistema afectado y tipo de consultante se observan en la Figura 1. Al término de la atención en el servicio de triaje de emergencia, al 90,73% (470/518) se le explicó el motivo de no ingreso.

## V. DISCUSIÓN

El servicio de emergencia es un área de los establecimientos de salud donde se atienden problemas que ponen en riesgo la vida del paciente durante las 24 horas del día. Desafortunadamente, la mayoría de la población considera que sus problemas de salud atentan contra su vida y que deben ser atendidos inmediatamente ocasionando la saturación y retraso en la atención de verdaderos casos de alta prioridad.

El porcentaje de rechazo de atenciones representa más de la mitad de los que acuden al servicio de emergencia, posiblemente debido al pensamiento erróneo de que los hospitales de alto nivel deben atender a cualquiera que acuda a este servicio y no por orden de prioridad sino por orden de llegada.

Entre las principales razones de consulta hay diferencias según el tipo de consultante, en los padres de familia acuden más por recibir atención de especialista, puesto que tienen la percepción que un especialista pediatra resolverá los problemas a comparación de un médico general; en los cuidadores de familiares la razón es la atención rápida, ya que toman en cuenta como una prioridad la edad de quienes velan; y en los pacientes es la cercanía, porque muchos desconocen los niveles de atención, usando los que tienen a su alcance ahorrando tiempo y dinero. Además se observa durante el día, que son estos últimos, los consultantes que en su mayoría llegan en las primeras horas de atención, mientras que los padres y cuidadores o familiares visitan más el servicio durante la noche.

La mayoría de consultantes al servicio han sido del sexo femenino, lo cual no sorprende tomando en cuenta que de ellas, gran parte son madres o cuidadoras de algún adulto mayor, eso debido a

que en nuestro país es la mujer quien más se preocupa de la salud de sus hijos o familiares por ser la persona más cercana a ellos. A diferencia de los consultantes del sexo masculino, que llegan por su propia cuenta para resolver los problemas que ellos consideran preocupantes.

La principal razón para acudir a emergencia fue la de recibir atención rápida, esto pone en evidencia nuevamente la falta de educación en salud de la población acerca de los niveles de atención y la priorización de sus problemas para acudir a un establecimiento que en teoría solo debería atender aquellos de alta prioridad.

A diferencia de países como México y Canadá<sup>15, 18</sup>, donde a menor grado de instrucción, incrementa el inadecuado uso del servicio, en nuestra realidad no ocurre de esa forma, ya que las personas con grados de instrucción superior universitaria y no universitaria y aquellas con secundaria completa consultan más este servicio, observándose además que los que más buscan atención son los padres y cuidadores o familiares de los pacientes.

Se ha visto que pocos de los que consultaron visitaron previamente un centro de salud cerca de su zona residencial, demostrando que solo una pequeña parte de la población hace el buen uso de los establecimientos de salud generando saturación y evitando una buena atención de las verdaderas emergencias.

A pesar de una frecuencia de rechazo a participar relativamente alta (17,52%), creemos que esto no modifica los resultados, ya que la razón de rechazo referido fue por motivos de tiempo en la mayoría de casos. Si bien el estudio ha sido aplicado en un hospital de tercer nivel MINSA en Lambayeque, estos resultados pueden ser generalizados a nivel nacional porque la población que se atiende en los hospitales de mayor complejidad del MINSA tiene características similares sobre todo con otros centros de la costa del país.

## VI. CONCLUSIONES

- El porcentaje de rechazo de atenciones representa más de la mitad de los que acuden al servicio de emergencia.
- La mayoría de consultantes al servicio han sido del sexo femenino, lo cual no sorprende tomando en cuenta que de ellas, gran parte son madres o cuidadoras de algún adulto mayor, eso debido a que en nuestro país es la mujer quien más se preocupa de la salud de sus hijos o familiares por ser la persona más cercana a ellos.
- La principal razón para acudir a emergencia fue la de recibir atención rápida, esto pone en evidencia nuevamente la falta de educación en salud de la población acerca de los niveles de atención y la priorización de sus problemas.
- El inadecuado uso de los servicios de emergencia de los hospitales de alta complejidad generan la saturación de estos y el aumento de falsas emergencias que pueden ser resueltas en niveles de atención primaria, evitando o retrasando la atención de verdaderas emergencias.
- Recomendamos mejorar y reforzar la educación de la población en general para lograr la concientización del buen uso de los servicios de emergencia, además de la implementación del triaje para agilizar las atenciones y evitar de esa forma la saturación de pacientes.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ochoa J, Ramalle-Gómara E, Villar A, Ruiz J, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:377-8.
2. Vedovetto A, Soriani N, Merlo E, Gregori D. The burden of inappropriate emergency department pediatric visits: why Italy needs an urgent reform. *Health Serv Res*. 2014; 49(4):1290-305.
3. Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-Holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26(3):181-7.
4. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33 (1): 55-68.
5. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. 1ra edición. Perú 2007. Disponible en: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
6. David M, Schwartau I, Anand Pant H, Borde T. Emergency outpatient services in the city of Berlin: Factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *Eur J Emerg Med* 2006; 13: 352-7.

7. Han JH, Zhou C, France DJ, Zhong S, Jones 1, Storrow AB, Aronsky D. The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med* 2007; 14(4): 338-343.
8. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013; 19(1):47-59.
9. Ugarte T. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. *Rev Med Hered*. 2000; 11 (3): 97-106.
10. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003 Jul; 117(4):250-5.
11. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med*. 1996 May; 42(9):1313-23.
12. Morrison AK, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric emergency department use and nonurgent visits. *Acad Pediatr*. 2014; 14(3):309-14.

13. Kalemoglu M, Keskin O, Demirbas S, Ozisik T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. *Rev Med Chil.* 2004 Sep; 132(9):1085-9.
14. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J.* 2001 Jun; 7(2):131-8.
15. Harris L, Bombin M, Chi F, DeBortoli T, Long J. Use of the emergency room in Elliot Lake, a rural community of Northern Ontario, Canada. *Rural Remote Health.* 2004 Jan-Mar; 4(1):240.
16. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2000 Oct; 51(7):1075-85.
17. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?. *J Epidemiol Community Health.* 1996 Aug; 50(4):456-62.
18. Loría-Castellanos J, Flores-Maciel L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda M. Frequency and factors associated with misuse of hospital emergency services. *Cir Cir.* 2010; 78(6):505-10.

19. Viorklumds M., Gambaro F., Hurtado J., Alvarado C. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? / Pediatric consultation in Emergency Service of Roberto del Rio Hospital. *Rev. pediatr. Electron* 2007; 4(2): 3-10.
20. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM., Schears RM., Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 2009; 53:605–611.
21. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.* 2007; 18(7):131.
22. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N. Gerbeaux P., Sambuc R., Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 2012; 25(5): 525.
23. Maharaj RG, De Shong S, Archer J., Cassar M., Harricharran S., Jagroop S., et al. Why do patients with non-life threatening conditions bypass their local health centres? A cross-sectional survey at accident and emergency departments in Trinidad. *West Indian Med J.* 2013; 62(2):165.

24. Ruiz A., García S., García A., Castilla F., Otero J., Fernández O. ¿Por qué acuden nuestros pacientes directamente a las urgencias hospitalarias? *Rev. Clin. Med. Fam.* 2006; 1(3): 126-130.
25. Ministerio de Salud (MINSA). Normas Técnicas para la elaboración de proyectos arquitectónicos centro de salud. Perú 1994. Disponible en: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
26. Pereira S, Silva A, Quintas M., Almeida J., Marujo C., Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 580-6.
27. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias.* 2006; 18:156-164.
28. Landróguez S, Merina R, Salcini T. Uso inadecuado de los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios. Definición, factores de influencia y consecuencias. *Portales Médicos [revista en Internet]\** 2014 [acceso 19 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/uso-inadecuado-servicios-de-urgencia-extrahospitalarios/>

## VIII. ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo: M    F    Edad: \_\_\_\_\_    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se le presentarán algunas preguntas de las cuales tiene que marcar con una equis (x) una alternativa o llenar espacios en blanco si fuera necesario.

Usted es: Paciente / Padre-madre del paciente / Familiar o cuidador

1. ¿Cuál es su grado de instrucción?
  - a) Primaria completa                      b) Primaria incompleta
  - c) Secundaria completa                  d) Secundaria incompleta
  - e) Superior universitaria                f) Superior no universitaria
  - g) Superior incompleta
  
2. ¿Considera usted que su problema es cuestión de vida o muerte?
  - a) Sí                      b) No
  
3. ¿Cuál es la razón por la que consulta el servicio de Emergencia?
  - a) Por la rapidez de los exámenes de laboratorio
  - b) Para recibir atención de especialistas
  - c) Por insatisfacción a su hospital o centro de origen
  - d) Porque queda cerca a su casa
  - e) Para recibir atención rápida
  - f) Otros (especificar): \_\_\_\_\_
  
4. ¿Antes de venir, fue atendido por un profesional de salud?
  - a) Sí                      b) No

Y si responde Sí, ¿por qué profesional?

- a) Médico (de clínica o privado)    b) Médico (otro hospital o posta)

- c) Enfermera (o)
- e) Técnico (a)
- g) Otro: \_\_\_\_\_
- d) Farmacéutico
- f) Médico legista

5. ¿Antes de venir, ha sido atendido en su hospital o posta?
- a) Sí
  - b) No

Y si responde Sí, ¿su opinión respecto a su hospital o posta es?

- a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
6. ¿Le explicaron por qué ha sido rechazado en emergencia?
- a) Sí
  - b) No

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Sistema afectado:

- a) Respiratorio      b) Digestivo    c) Cardiovascular
- d) Neurológico      e) Urológico    f) Otros

Síntoma principal de consulta: \_\_\_\_\_

2. Día de la semana:

- a) Lunes
- b) Martes
- c) Miércoles
- d) Jueves
- e) Viernes
- f) Sábado
- g) Domingo

3. Hora/turno:

- a) Mañana
- b) Tarde
- c) Noche

**ANEXO N° 2****Consentimiento Informado**

---

Instituciones:	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – USAT.
Investigadores:	Roger Conde Moncada, Aldo Ríos Flores.
Título:	Características de las personas rechazadas por el triaje en el servicio de emergencia del hospital regional Lambayeque.

---

**Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Características de las personas rechazadas por el triaje en el servicio de emergencia del hospital regional Lambayeque”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Estamos realizando este estudio para obtener información para ayudar a establecer ciertos cambios en el manejo y atención del servicio de emergencia.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio solo debe responder un cuestionario autoadministrado que durará aproximadamente 5 minutos. Así mismo registraremos algunos datos de su atención brindada por el médico de triaje.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

**Beneficios:**

Recibirá información en un tríptico acerca de la consulta al servicio de emergencia.

**Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Una vez analizada y publicada la información, se eliminará la base de datos generada.

**Derechos del paciente:**

Usted puede decidir participar o no en el presente estudio. Comprenderemos su decisión. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, llamando al número 949858446.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno hacia mi persona.

---

**Firma del Participante****Nombre****DNI**

---

**Fecha**

## ANEXO N° 3: TABLAS

Tabla 1. Características de los consultantes que visitaron el servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque-Chiclayo, Febrero-Abril 2015

	Pacientes	Padres de Familia	Cuidadores o Familiares	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Edad*</b>	39.27 (13.21)	33.96 (9.53)	42.44 (16.73)	<0,001
<b>Sexo</b>				
Masculino	71 (52.21%)	55 (28.50%)	59 (31.22%)	<0,001
Femenino	65 (47.79%)	138 (71.50%)	130 (68.78%)	
<b>Grado de Instrucción</b>				
Primaria completa	5 (3.68%)	12 (6.22%)	13 (6.88%)	0,201
Primaria incompleta	3 (2.21%)	4 (2.07%)	11 (5.82%)	
Secundaria completa	47 (34.56%)	89 (46.11%)	72 (38.10%)	
Secundaria incompleta	10 (7.35%)	19 (9.84%)	16 (8.47%)	
Superior universitaria	36 (26.47%)	36 (18.65%)	37 (19.58%)	
Superior no universitaria	28 (20.59%)	27 (13.99%)	30 (15.87%)	
Superior incompleta	7 (5.15%)	6 (3.11%)	10 (5.29%)	
<b>Razón de Visita</b>				
Atención de Especialista	25 (18.38%)	74 (38.34%)	36 (19.05%)	<0,001
Cercanía	38 (27.94%)	31 (16.06%)	30 (15.87%)	
Atención Rápida	63 (46.32%)	73 (37.82%)	96 (50.79%)	
Otros	10 (7.35%)	15 (7.77%)	27 (14.29%)	
<b>Día de búsqueda de atención</b>				
Lunes	24 (17.65%)	31 (16.06%)	24 (12.70%)	0,091
Martes	22 (16.18%)	24 (12.44%)	36 (19.05%)	

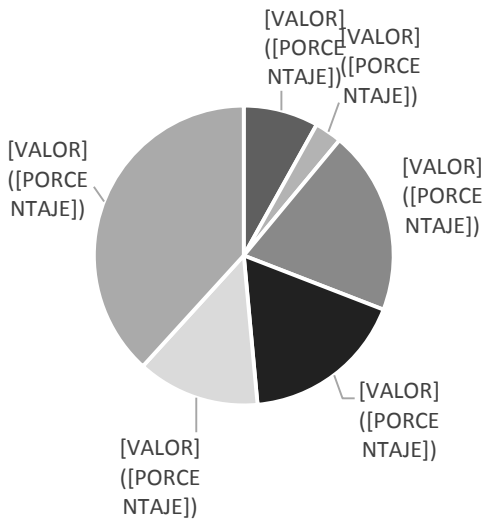
		18			
	Miércoles	(13.24%)	27 (13.99%)	25 (13.23%)	
		15			
	Jueves	(11.03%)	29 (15.03%)	28 (14.81%)	
		20			
	Viernes	(14.71%)	15 (7.77%)	33 (17.46%)	
		18			
	Sábado	(13.24%)	41 (21.24%)	25 (13.23%)	
		19			
	Domingo	(13.97%)	26 (13.47%)	18 (9.52%)	
<b>Turno del día</b>					
		50			
	Mañana	(36.76%)	46 (23.83%)	36 (19.05%)	
		51			
	Tarde	(37.50%)	62 (32.12%)	51 (26.98%)	<0,001
		35		102	
	Noche	(25.74%)	85 (44.04%)	(53.97%)	
<b>Cuestión de vida o muerte</b>					
		100	108		
	No	(73.53%)	(55.96%)	82 (43.39%)	<0,001
		36		107	
	Sí	(26.47%)	85 (44.04%)	(56.61%)	

---

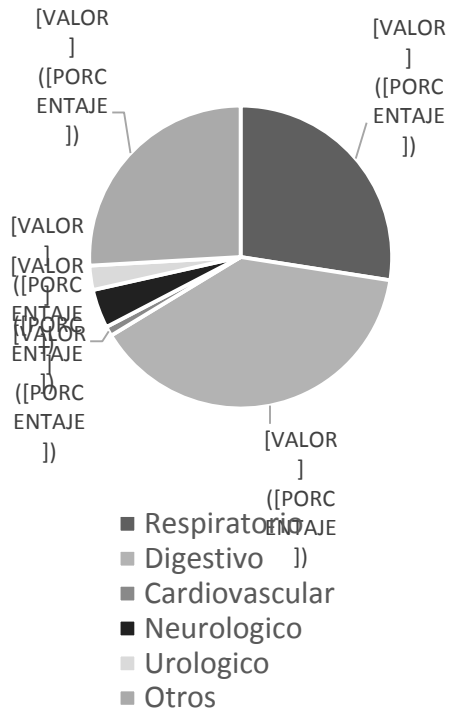
\* Media (DE)

**ANEXO N° 4: FIGURAS**

Paciente



Padres de Familia



Cuidadores o Familiares

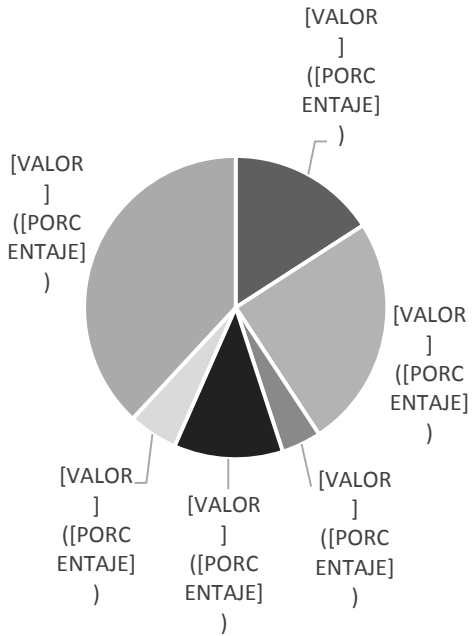


Figura 1. Motivos de consulta según sistema afectado y tipo de consultante en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque-Chiclayo, Febrero-Abril 2015