

Visitas al servicio de emergencia, características de los pacientes atendidos

Visits to the emergency service, characteristics of the patients attended

Ricardo Ayala-García ^{1,2}, Carlos Rodríguez-Malaver ²

RESUMEN

La atención en los servicios de emergencia es crucial para la salud pública, y es importante entender las características de los pacientes que acuden a estos servicios para optimizar recursos y asegurar una atención eficiente y efectiva. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de emergencia de la Clínica Internacional sede Lima, durante septiembre - diciembre 2022, de una muestra aleatoria 1,716 pacientes fueron estudiados. La mayoría de los pacientes atendidos eran mujeres, y la edad media de los pacientes fue de 42.1 años. Los cinco principales motivos de consulta fueron los síntomas respiratorios altos, dolor abdominal, diarrea, vértigo y síntomas urinarios. Además, se registró un tiempo medio de estancia en el servicio de emergencia de 4.07 horas. La mayoría de los pacientes fueron categorizados como prioridad III y IV, lo que indica que sus condiciones no eran críticas.

Palabras clave: Servicio de urgencia en hospital, sistema médico de emergencia, triaje, niveles de atención de salud (DeCS/MeSH).

ABSTRACT

Attention in emergency services is crucial for public health, and it is vital to understand the characteristics of the patients who use these services in order to optimize resources and ensure efficient and effective care. A retrospective descriptive study was conducted in the emergency service of the International Clinic located in Lima, during September - December 2022, and a random sample of 1,716 patients was studied. The majority of the patients attended were women, and the average age of the patients was 42.1 years. The top five reasons for consultation were upper respiratory symptoms, abdominal pain, diarrhea, vertigo, and urinary symptoms. Additionally, an average stay time in the emergency service of 4.07 hours was recorded. Most patients were categorized as priority III and IV, indicating that their conditions were not critical.

Keywords: emergency service, hospital, emergency medical system, triage, health care levels (DeCS/MeSH).

¹ Universidad Privada Norbert Wiener Lima - Perú.

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima - Perú.

Citar como: Ayala-García R, Rodríguez-Malaver C. Visitas al servicio de emergencia, características de los pacientes atendidos. *Interiencia méd.* 2023;13(4): 26-32 DOI: [10.56838/icmed.v13i4.178](https://doi.org/10.56838/icmed.v13i4.178)

Recibido: 30/09/2023 **Aprobado:** 14/11/2023



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Introducción

La historia muestra que la atención a principios del siglo XX en los servicios de emergencia era luctuosa, y no dependía de las malas condiciones en las que llegaban los enfermos sino de la precariedad de los hospitales; en el Perú se ha ido progresando paulatinamente en la mejoría de la atención con la implementación de nuevos centros para los pacientes que requieren atención de emergencia, nuevos hospitales del MINSA y Seguro Social se fueron creando, mejorando la oferta de estos servicios.¹ La salud es un derecho fundamental y constitucional, sin embargo; el estado peruano no logra cubrir la alta demanda de los servicios de salud, siendo los establecimientos privados los que se suman a esta responsabilidad de brindar cuidados de salud oportunamente; los pacientes que acuden a las instituciones de salud públicas y privadas encomiendan su confianza de que su necesidad será atendida, por ende; las instituciones deben brindar atención de calidad, esto implica que estas cuenten con recurso humano de un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, preocupación y priorizar la seguridad del paciente, alto grado de satisfacción del paciente y un impacto final beneficioso en la salud del paciente.^{2,3} Para conseguir esto es necesario que los profesionales de la salud conozcan la problemática asistencial, sobre todo en las áreas donde hay mayor riesgo como los servicios de emergencia, el conocimiento de las características de la población y los motivos de búsqueda de atención serán una oportunidad para la planificación de las acciones en salud.⁴

Los servicios de emergencia, como bien se define, son áreas que deben estar preparadas para responder ante cualquier adversidad médica y/o quirúrgica. Por su propia naturaleza y definición, estas áreas deben estar listas para atender a aquellos que enfrentan condiciones repentinas que amenazan su vida o salud y que, de no ser tratadas adecuadamente, pueden resultar en complicaciones a largo plazo o secuelas invalidantes. Por lo tanto, es esencial entender las características de los pacientes que acuden a estos servicios, para poder optimizar recursos, formación y protocolos, y asegurar una atención efectiva.⁵

Este estudio busca describir las características de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia adultos de una institución privada, con la finalidad de ofrecer una imagen clara de la población atendida y proporcionar información que pueda ser útil para futuras planificaciones y estrategias en el sector salud.

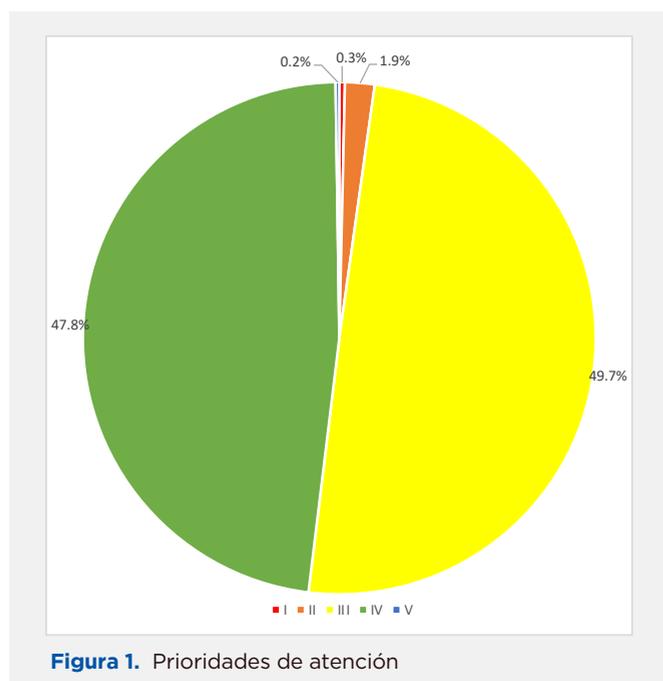
Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de emergencia de la Clínica internacional sede Lima. Se obtuvo datos de los pacientes con edad ≥ 18 años atendidos en el servicio de emergencia adultos, durante el período septiembre - diciembre 2022 a través de los registros electrónicos. La cantidad de pacientes atendidos en el período fue de 26447. Realizando un cálculo de muestra para población finita (margen de error 3%, IC 99% obtuvimos 1716 pacientes, los pacientes para la muestra fueron obtenidos de forma aleatorizada de la base de datos de pacientes atendidos. Se extrajeron datos de los registros electrónicos como: características demográficas, tiempos y prioridades asignadas en la atención, motivo de consulta y destino.

Se realizó estadística descriptiva, medidas de frecuencia y tendencia central. Los datos serán almacenados y procesados en una base de datos en SPSS 23.0 y Excel Microsoft 365 (Office). El proyecto fue autorizado por el área de capacitación y docencia, además por jefatura del servicio de emergencia de la Clínica Internacional S.L. Siguiendo buenas prácticas de investigación y cumplimiento estricto del principio de confidencialidad del paciente. Para la recolección de datos y seguimiento de casos fue necesario identificar el número de documento de identidad (DNI) de los pacientes. Luego de completar los datos los DNI fueron cambiados por un código individual por paciente, sin registrar otros datos que puedan identificarlo. No se solicitó consentimiento informado a los pacientes incluidos, por tratarse de datos de fuentes secundarias y sin ninguna interacción con los pacientes o sus familiares.

Resultados

Un total de 1716 pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante septiembre - diciembre 2022 fueron estudiados, de estos, 961 (56.0%) eran mujeres y 755 (44.0%) varones. La edad media de los pacientes atendidos fue de 42.1 años. El tiempo medio de estancia en el servicio de emergencia se registró en 4.07 horas. En cuanto a la clasificación por prioridad de atención, 6 pacientes (0.3%) fueron categorizados como prioridad I, 32 pacientes (1.9%) como prioridad II, 853 pacientes (49.7%) como prioridad III, 821 pacientes (47.8%) como prioridad IV y 4 pacientes (0.2%) como prioridad V. (Figura 1)



Con respecto a los desenlaces, 1 paciente (0.06%) falleció, 1665 pacientes (97.03%) recibieron altas médicas y 32 pacientes (1.86%) requirieron hospitalización. De los pacientes hospitalizados, 14 (43.8%) fueron trasladados al piso de hospitalización, 17 (53.1%) a la sala de operaciones y 1 (3.1%) a la unidad de cuidados intensivos. En lo que respecta a la condición de egreso, 41 pacientes (2.4%) se clasificaron como emergencias y 1,675 pacientes (97.6%) como urgencias. (Tabla 1)

Tabla 1

Características demográficas de los pacientes atendidos

Variable		N	%
Sexo	Femenino	961	56.0
	Masculino	755	44.0
Edad (años)	Media, DE	42.1	15.2
Estancia en emergencia (horas)	Media, DE	4.07	2.62
Prioridad de atención	I	6	0.3
	II	32	1.9
	III	853	49.7
	IV	821	47.8
	V	4	0.2
Desenlace	Fallecidos	1	0.06
	Altas médicas	1665	97.03
	Referidos	1	0.06
	Retiro voluntario	15	0.87
	Hospitalizados	32	1.86
Destino de hospitalizados	Piso hospitalización	14	43.8
	Sala de operaciones	17	53.1
	Unidad de cuidados intensivos	1	3.1
Condición de egreso	Emergencia	41	2.4
	Urgencia	1675	97.6

*DE: desviación estándar

En relación con los tiempos de demora según la prioridad de atención, los pacientes clasificados como prioridad I tuvieron el menor tiempo medio de demora, que fue de 2.20 minutos. Por otro lado, aquellos con prioridad II tuvieron un tiempo medio de demora de 8.40 minutos. Los pacientes clasificados como prioridad III experimentaron una demora media de 22.70 minutos. Para los pacientes de prioridad IV, la demora media fue de 33.04 minutos. Finalmente, los pacientes con la clasificación de prioridad V enfrentaron el mayor tiempo medio de demora, que fue de 38.05 minutos. (Tabla 2)

Tabla 2

Prioridades de atención - Tiempos de demoras (min)

Variable			
Prioridad de atención (Media, DE)	I	2.20	1.10
	II	8.40	3.30
	III	22.70	7.08
	IV	33.04	11.09
	V	38.05	15.14

*DE: desviación estándar

Los cinco principales motivos de consulta en el servicio de emergencia fueron los síntomas respiratorios altos, dolor abdominal, diarrea, vértigo y síntomas urinarios. En particular, los síntomas respiratorios altos encabezaron la lista y constituyeron el 19.06% de todas las visitas. Le siguió el dolor abdominal, que representó el 13.34% de las consultas. La diarrea fue el tercer motivo más frecuente de consulta, abarcando el 11.66% de los

casos. El vértigo ocupó el cuarto lugar, con un 10.20% de las visitas. Finalmente, los síntomas urinarios cerraron la lista de las cinco principales razones, conformando el 8.28% de todas las consultas al servicio de emergencia. Estos cinco motivos principales de consulta en conjunto suman más del 60% de todas las visitas al servicio de emergencia. **(Tabla 3)**

Tabla 3
Motivo de consulta en el servicio de emergencia

Variable	N	%
Síntomas respiratorios altos	327	19.06
Dolor abdominal	229	13.34
Diarrea	200	11.66
Vértigo	175	10.20
Síntomas urinarios	142	8.28
Cefalea	90	5.24
Dolor lumbar	75	4.37
Traumatismo	69	4.02
Dolor torácico	68	3.96
Sincope	38	2.21
Cervicalgia	37	2.16
Exantemas	29	1.69
Fiebre	28	1.63
Crisis hipertensiva	24	1.40
Traumatismo craneoencefálico	24	1.40
Constipación	17	0.99
Dolor pélvico	16	0.93
Dolor articular	15	0.87
Mialgias	13	0.76
Palpitaciones	11	0.64
Herida en extremidades	10	0.58
Prurito	10	0.58
Disnea	9	0.52
Dorsalgia	7	0.41

Variable	N	%
Vómitos	7	0.41
Síndrome de ojo rojo	6	0.35
Dolor en miembro	5	0.29
Hiperglicemia	4	0.23
Alteración de la conciencia	3	0.17
Trastorno de ansiedad	3	0.17
Deshidratación	2	0.12
Cuerpo extraño residual en tejido blando	2	0.12
Lesiones cavidad oral	2	0.12
Otalgia	2	0.12
Sangrado digestivo	2	0.12
Epistaxis	2	0.12
Retención urinaria	2	0.12
Sobredosis de sustancias	1	0.06
Absceso partes blandas	1	0.06
Politraumatizado	1	0.06
Herida en cara	1	0.06
Contractura muscular	1	0.06
Evento adverso a vacuna	1	0.06
Parestesias	1	0.06
Cuerpo extraño en la faringe	1	0.06
Hematuria	1	0.06
Edema angioneurotico	1	0.06
Exposición a material biocontaminado	1	0.06

Discusión

El presente estudio se centró en describir las características demográficas y motivos de ingreso de los pacientes adultos atendidos en un servicio de emergencia. La atención en el servicio de emergencia es un tema importante en la salud pública, ya que es la puerta de entrada para muchos pacientes que necesitan atención médica urgente. En el estudio realizado, se encontró que la mayoría de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia eran mujeres, y la edad media de los pacientes atendidos fue de 42.1 años. Además, se registró un tiempo medio de estancia en el servicio de emergencia de 4.07 horas. En cuanto a la clasificación por prioridad de atención, la mayoría de los pacientes fueron categorizados como prioridad III y IV, lo que indica que sus condiciones no eran críticas. En cuanto a los desenlaces, la mayoría de los pacientes recibieron altas médicas, mientras que un pequeño porcentaje requirió hospitalización. Los cinco principales motivos de consulta en el servicio de emergencia fueron los síntomas respiratorios altos, dolor abdominal, diarrea, vértigo y síntomas urinarios.

La distribución por género mostró una frecuencia más alta de pacientes mujeres un hallazgo que es consistente con estudios internacionales⁶ y nacionales⁵ que muestran que las mujeres son más propensas a utilizar servicios de salud que los hombres. La edad media de los pacientes atendidos fue de 42.1 años, que es comparativamente más joven que los datos presentados en otros estudios, como el estudio mostrado por Taype-Huamaní donde compara las características de los pacientes atendidos en un servicio de emergencia, antes y después de implementar un triaje estructurado.⁷

Un estudio que evaluó el tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos con facilitadores mostró que tiempo de espera para primera atención fue de 35 minutos, mientras que la mediana del tiempo de permanencia en emergencia fue 2,9 horas.⁸ El tiempo medio de estancia y los tiempos de demora, que varían según la clasificación de prioridad, sugieren la necesidad de optimización en la gestión de pacientes para reducir los tiempos de espera,

especialmente para casos de prioridades más bajas. Vásquez-Alva destaca la importancia de un sistema de triaje eficiente en el manejo del flujo de pacientes en los servicios de urgencias, y cómo este puede impactar directamente en los tiempos de demora⁹. Los tiempos de demora en función de la prioridad, se observó que según la clasificación de prioridad se mantuvo tiempos de espera cortos para casos más urgentes, lo cual concuerda con las directrices establecidas.^{10,11}

Los síntomas respiratorios altos, que comprenden el 19.06% de las visitas, representan una área de interés considerable y podrían vincularse a condiciones ambientales, inclusive al contexto epidémico que aún afectaba a nuestro país durante los meses de atención de los pacientes, lo cual está en línea con investigaciones previas que subrayan la prevalencia de tales síntomas en los servicios de emergencia durante la pandemia COVID-19.¹² Es destacable el hallazgo de que más del 60% de todas las visitas al servicio de emergencia estuvieron relacionadas con solo cinco motivos de consulta. Este dato podría utilizarse para mejorar la asignación de recursos y plantear un programa de formación del personal médico para mejorar el abordaje de atención en estos problemas más frecuentes.

El bajo porcentaje de hospitalizaciones y el alto porcentaje de altas médicas podrían reflejar una prevalencia de casos no críticos, corroborando el hallazgo de que la mayoría de los pacientes son clasificados como urgencias.¹³ Estudios previos han descrito características similares en pacientes con demanda no urgente en el departamento de emergencia.¹⁴ En un estudio realizado en Bolivia, se encontró que las visitas a los servicios de urgencias constituyen más del 85% de las atenciones médicas en los servicios hospitalarios.¹⁵

La primera y principal limitación del estudio se debe a que los datos utilizados fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes. Esta fuente de información puede presentar datos poco precisos en los registros de los tiempos de atención, lo que puede afectar la fiabilidad de los datos presentados. El sistema electrónico de historias clínicas, actualmente en uso, podría haber proporcionado mediciones más

certeras y precisas de las demoras de atención. Por otro lado, la falta de un sistema de triaje estructurado y estandarizado podría haber conducido a un sobretriaje, modificando así la asignación adecuada de prioridades.

Conclusión

En conclusión, se constató que las demoras de atención según prioridades asignadas en el triaje fueron acordes con las recomendaciones; se reconoció los principales motivos de consulta, información que será útil para implementar medidas de mejora en la calidad de atención como protocolos de atención o vías clínicas, programadas de educación médica continúa enfocando los problemas de mayor incidencia. Se requiere mejoras en el sistema de registro de historia clínica, la implementación del sistema electrónico podría ser una oportunidad para aumentar la precisión de registro de historia clínica en emergencia.

Bibliografía

1. Ugarte Taboada C. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. *Rev Med Hered* n.d.;11:97-106.
2. Ponce Varillas TI. Hacinamiento en los servicios de emergencia. *An Fac Med* 2017;78:115. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>.
3. Castelo Rivas WP, Castelo Rivas AF, Rodríguez Díaz JL. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Rev Cubana Enfermer* n.d.;32:335-42.
4. Sanchez López J, García Menéndez M, Delgado Martín A. Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario. *Circuitos de atención. Emergencias* 2005;17:52-61.
5. Vásquez Alva R, Amado Tineo J, Ramírez Calderón F, Velásquez Velásquez R, Huari Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac Med* 2016;77:379. <https://doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654>.
6. Moe J, O'Sullivan F, McGregor MJ, Schull MJ, Dong K, Holroyd BR, et al. Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: a retrospective analysis. *Cmajo* 2021;9:E134-41. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200168>.
7. Taype-Huamani WA, De-La-Cruz-Rojas LA, Amado-Tineo JP. Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Rev Cuerpo Med HNAAA* 2021;14:491-5. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1455>.
8. Taype-Huamani W, Chucas-Asencio L, De La Cruz-Rojas L, Amado-Tineo J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An Fac Med* 2019;80:438-42. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16705>.
9. El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. *RFMH* 2019;19:1-5. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1797>.
10. Azeredo TRM, Guedes HM, Rebelo De Almeida RA, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing* 2015;23:47-52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>.
11. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity. *Emerg Med J* 2017;34:703-10. <https://doi.org/10.1136/emermed-2016-206295>.
12. Stramandinoli A, Alvarado-Zúñiga J, Alvarado GF, Egúsqüiza-Zuzunaga G, Carreazo NY. Cambios comparativos en la asistencia de pacientes al servicio de emergencia durante la primera ola en el Hospital de Emergencias Pediátricas entre el 2019 y 2020. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2022;345-51. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.393.11245>.
13. Capcha Serna LE, Zamora-Chavez SC, Vasquez-Alva R. Factors associated with inadequate Hospitalizations of older adults in the Emergency Department of the Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017. *RFMH* 2022;22:297-307. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i2.4804>.
14. Taype-Huamani W, De La Cruz-Rojas L, Miranda-Soler D, Amado-Tineo J. Características de la demanda no urgente en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social en el Perú. *RFMH* 2020;20:20-6. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i1.2544>.
15. Barrios Flores JA, Quiroga Medienta L. Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz Bolivia. *Cuad - Hosp Clín* 2016;57:9-13

Financiamiento

El estudio no contó con financiamiento.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Correspondencia:

Ricardo Jonathan Ayala García
Av. Prolongación Iquitos 1542 Dpto 1503,
Lince, Lima - Perú.

E-mail: jag-mrng@hotmail.com