

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL
LLERENA” 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

ALICIA NÉLIDA DELGADO MALLQUE
ISRAEL ISAAC VALLE ALEJOS

CALLAO – 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Lic. Esp. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GOMEZ

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 030

Fecha de Aprobación de la Tesis: 07/09/2018

Resolución Decanato N° 1354-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA:

A Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, y la esperanza en toda mi vida. A mi esposo por su apoyo desinteresado, su confianza y su inmenso amor que no dejaron que desmayara en conseguir mis objetivos. Y a mi hija por acompañarme siempre en todo el camino de esta bella profesión. Y por último a mis amigos que siempre me brindaron su apoyo incondicional.

Alicia

A Dios, a mis padres por acompañarme y aconsejarme siempre en este difícil camino de esta hermosa profesión y por último a mis amigos por ser la base que me empuja a mejorar día a día.

Israel

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, Sección de posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por incentivar la continuidad de estudios de posgrado en los profesionales de Enfermería.

A la Decana del Colegio de Enfermeros del Perú X Región Ayacucho Lic. en Enfermería Rosa María Muñoz Pizarro, por su gestión y apoyo en la superación de los profesionales de Enfermería.

A nuestra asesora Dra. Lindomira Castro Llaja, de manera especial por sus aportes y sugerencias en el desarrollo de la tesis.

A nuestros maestros, del posgrado de la Universidad Nacional del Callao por las enseñanzas y lecciones de vida que compartieron con nosotros a lo largo del camino.

Al señor director del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, por autorizar la ejecución de la presente tesis.

Al personal del Área de Estadística del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, por su disposición para participar en la investigación.

A todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible el presente estudio.

LOS AUTORES

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 Identificación del problema	6
1.2 Formulación de problemas	10
1.3 Objetivos de la investigación (general y específicos)	11
1.4 Justificación	12
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes del estudio	14
2.2 Base teórico	19
2.3 Marco conceptual	19
2.4 Definición de términos	25
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	26
3.1 Definición de las variables	26
3.2 Operacionalización de variables	27
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	28
IV. METODOLOGÍA	29
4.1 Tipo de investigación	29
4.2 Diseño de la investigación	29
4.3 Población y muestra	29
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30

4.5 Procedimiento y análisis de datos	30
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	31
V. RESULTADOS	32
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	38
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares	38
VII. CONCLUSIONES	44
VIII. RECOMENDACIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50
Matriz de consistencia	
Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 5.1 Grupo etario de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	32
Gráfico 5.2 Región de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	33
Gráfico 5.3 Condición de alta de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	34
Gráfico 5.4 Atenciones según meses de mayor demanda en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	35
Gráfico 5.5 Especialidad de mayor demanda en la atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	36
Gráfico 5.6 Días de estancia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.	37

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

Material y método: fue mediante un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, diseño no experimental, de corte transversa en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho.

Correspondiendo a 26336 atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención obteniendo información sobre sexo, edad, procedencia, ocupación, grado de instrucción, se aplicó el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

Resultados: referente al grupo etario nos muestra que el 51% fueron adultos, 18% pre escolares, 14% adolescentes, 9% escolares y 8% adulto mayor, atención por especialidad nos muestra que 28% por medicina, 25% cirugía 24% pediatría 18% obstetricia, 3% traumatología y 1% tanto ginecología como neonatología respectivamente, los días de hospitalización fue 26295 un día, y 41 pacientes estuvieron dos días de hospitalización.

PALABRAS CLAVES: Perfil Epidemiológico, enfermedad, mortalidad.

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the epidemiological profile of the patients attended in the emergency service of the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Angel Mariscal Llerena" 2017.

Material and method: it was through a descriptive, observational, retrospective, non-experimental design, cross-sectional study in patients attended in the emergency service of the Regional Hospital of Ayacucho.

Corresponding to 26336 patient care in the Emergency Service of the Regional Hospital of Ayacucho, registered in the care notebook obtaining information on sex, age, origin, occupation, degree of instruction, the statistical software SPSS was applied for the processing of the data.

Results: Regarding the age group shows us that 51% were adults, 18% pre-school, 14% adolescents, 9% school and 8% older adults, specialty care shows us that 28% by medicine, 25% surgery 24% pediatrics 18% obstetrics, 3% traumatology and 1% both gynecology and neonatology, respectively, the days of hospitalization was 26295 one day, and 41 patients were two days of hospitalization.

KEYWORDS: Epidemiological profile, disease, mortality.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

El Hospital Miguel Ángel Llerena es una institución con más de 50 años de historia que lo ha convertido en centro de referencia no solo de la región sino a nivel de otras regiones tales como Cuzco, Apurímac y Huancavelica, dada su capacidad de resolución y alto nivel científico.

Desde décadas pasadas se ha observado como la epidemiología ha cobrado mayor importancia en el ejercicio médico diario, pues no únicamente ayuda en la investigación y el estudio de los fenómenos estadísticos de salud y enfermedad, sino que además complementa la descripción del cuadro clínico y orienta los programas de salud y de la enseñanza médica.²² dentro de sus herramientas más completas se destacan los perfiles epidemiológicos, que corresponden al estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo⁶. Los perfiles epidemiológicos son útiles en los procesos de toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud, cuyo objetivo final es atender las necesidades de una población con instrumentos que permitan no solamente el determinar la morbimortalidad de un grupo humano, sino también el crear guías de tratamiento, seguimiento, manejo de recursos económicos, materiales y humanos, además de proveer de lineamientos para trabajar en prevención en salud.

Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr, no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas

y su distribución en la población objetivo.¹⁸ Por ello, entre el 2005-2010, el Dr. Álvaro Whittembury V. publica “El Perfil Epidemiológico y el Análisis de Situación del País” (Perú) en el que concluye que “el perfil de la morbilidad expresa además la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país los problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado y están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud”.²⁹

En los últimos años, los servicios de emergencias experimentan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como consecuencias la saturación de los servicios y largos tiempos de espera; ocasionando de esta manera malestar en el paciente como en el personal de salud que brinda dicha atención. Es así que un estudio señala que, en el 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos), el número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007. Por ello, el uso de las Emergencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo.¹³

Según Mock C. en la publicación “World Health Organization; 2004” nos dice que datos a nivel mundial, cada día 16.000 personas mueren por causas vinculadas a lesiones. Por cada persona que muere, otros miles se lesionan, terminando mucho de ellos con discapacidades severas o permanentes. Las lesiones suman el 16% de la carga mundial de enfermedad y de ello el 90% se concentra en países de medianos y bajos ingresos.¹⁵

Según Mello J., en Brasil las muertes por accidentes y violencias, más comúnmente llamadas “Causas Externas” (CE), ocupan la tercera causa de muerte en la población general y la primera en la población de 1 a 39 años, quedando por detrás de las enfermedades cardiovasculares y neoplasias, respectivamente.^{27,14}

La situación de violencia en la sociedad peruana en las últimas décadas se convirtió en un problema grave de salud pública en razón de su magnitud, gravedad, impacto social y capacidad para hacer vulnerable la salud individual y colectiva. Las causas externas que engloban las violencias y los accidentes constituyen una cuota importante como causa de mortalidad en la población general.

Según Fabián V. En Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013 (ASIS 2013). Generalmente la demanda en éstos siempre es más alta que la oferta. La atención al paciente es deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. La priorización y clasificación de los pacientes son clave para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia^{8,28}

Ardila, S., afirma que “la capacidad del departamento de emergencias de un hospital para brindar un servicio oportuno a los pacientes depende de varios factores, algunos de ellos provenientes de otras unidades del hospital y otros que vienen ligados al contexto de los servicios de salud local. La congestión en los servicios de urgencias es un problema al que

se deben enfrentar varios hospitales públicos y privados, sin embargo, cada hospital tiene un funcionamiento interno diferente, por lo tanto, no siempre una solución es adaptable de uno a otro hospital”³.

Los escenarios de la atención a las emergencias y urgencias en los servicios públicos en la región de Ayacucho tal vez no estén preparados o adaptados para la actual transición epidemiológica, a la que contribuyen substancialmente los casos de emergencia médica, además de afrontar muchas dificultades en cuanto a la estructura y a los recursos materiales y humanos. Se demanda mayor inversión del Estado para la atención adecuada de las víctimas de trauma, políticas públicas efectivas que puedan reducir los índices alarmantes y, consecuentemente, la morbimortalidad asociada.

En el año 2017 se realizaron 27567 atenciones en el servicio de emergencia del hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” según la información recopilada del Sistema Galenos

Las patologías más frecuentes atendidas en el servicio de emergencia son:

- Dolor abdominal
- Traumatismos superficiales múltiples no especificadas.
- Infecciones respiratorias
- Partos únicos
- Rinofaringitis aguda
- Aborto espontaneo incompleto
- Gastritis crónica no especificado
- Infecciones de vías urinarias
- Fiebre no especificada

1.2. Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?

Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el grupo etario de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?
- ¿Cuál es la procedencia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?
- ¿Cuál es la condición de alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?
- ¿Cuáles son los meses de mayor demanda de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?
- ¿Cuántos son los días de estancia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?
- ¿Clasificar las especialidades de mayor demanda en la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

1.3.2. Objetivo Específico:

- Identificar el grupo etario de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.
- Conocer la procedencia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.
- Describir la condición de alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.
- Identificar los meses de mayor demanda de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.
- Clasificar las especialidades de mayor demanda en la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.
- Determinar los días de estancia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

1.4. Justificación

El perfil epidemiológico es una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías y a la vez expresa la relación salud - enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas.

La importancia del perfil epidemiológico en una población es identificar el comportamiento de las enfermedades según la edad, el género y la región que afectan, la dinámica espacial y temporal de la enfermedad, considerada como un fenómeno social; además del impacto real y la calidad con lo que se prestan los servicios médicos, las formas más eficaces para promover la salud.

Es por ello que el presente estudio fue diseñado para extender los servicios médicos hospitalarios a la población, a través de la interacción de una compleja red de transportación, comunicación, recursos materiales y humanos, recursos económicos y participación pública. Estos sistemas fueron diseñados de distintas maneras, dependiendo de la disponibilidad, capacidad y calidad de recursos, y con base en las necesidades de la comunidad, de acuerdo con leyes y reglamentos establecidos²¹.

Los Servicios de Emergencia Hospitalaria, constituyen un medio de conexión con la Atención Especializada de los hospitales. Los Servicios de Emergencia Hospitalaria realizan labores médicas las 24 horas del día, Esta labor asistencial incluiría tanto la demanda urgente como la no urgente, que acude al hospital Regional de Ayacucho.

El tener una alta demanda de los servicios de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho justifico y motivo la realización de la presente investigación.

Desde el punto de vista económico es relevante ya que el perfil epidemiológico de las atenciones, permitiría la mejor distribución de los recursos con los que cuenta el hospital, así mismo permitiría identificar algunas necesidades tales como la permanente capacitación al personal, para que desarrollen una eficiente labor asistencial.

En el marco de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Epidemiología Ocupacional, o Epidemiología del Trabajo ha adquirido una significativa importancia, esta se ha definido como el estudio de los efectos de las exposiciones en el lugar de trabajo sobre la frecuencia y distribución de enfermedades y lesiones en la población. Por consiguiente, se trata de una disciplina orientada a la exposición, que mantiene vínculos con la epidemiología y con la higiene industrial (Checkoway y cols. 1989). Como tal, utiliza métodos similares a los empleados por la epidemiología en general. El principal objetivo de la epidemiología del trabajo es la prevención, mediante la identificación de las consecuencias para la salud, de las exposiciones en el lugar de trabajo.

Los estudios epidemiológicos ponen en evidencia la importancia de poseer una base estadística de la morbilidad más frecuente y como también se indica, este no estaría completo si no se valoran las variables socioeconómicas y demográficas de dicha población, que influyen sobre los eventos de morbilidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel internacional

MORILLO R. y otros (España 2007)¹⁶. “Perfil del paciente crítico en un servicio de Emergencias Prehospitalarias” Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal sobre todos los pacientes trasladados durante el año 2006 con un preaviso hospitalario en SAMUR-PC, considerados por tanto como críticos ya en el ámbito prehospitalario. Se valoraron las siguientes características: edad, sexo, patología y técnicas realizadas sobre ellos (vías, sondajes, etc.) Obtenidas mediante observación de los informes de asistencia. Resultados: Se valoraron 1043 pacientes de las 112032 activaciones realizadas siendo el 73.6% varones y el 23.7% mujeres, con una edad media de 49.8 años (47.58 para hombres y 55.6 para mujeres), la patología más observada ha sido la traumática (40.6%) dividida en TCE (12.3%), ortopédico (11.4%) y otros (16.9%). El siguiente grupo fue la patología neurológica con 18.3%, principalmente ACV, y el tercer gran grupo era la patología cardiológica con un 15.1%, siendo el SCA el 10.4%, los siguientes grupos fueron PCR recuperada (11.5%), intoxicaciones (2.9%), donante a corazón parado (2.6%), lesiones por agentes físicos 2.2%, y el resto de los grupos no superaban el 2% (digestivo, endocrino metabólicas, obstétricos, psiquiátricos, respiratorios, asfixia y sepsis).

GOMES A. y otros (Brasil 2014)⁹ “Perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por un servicio prehospitalario móvil de urgencia” Estudio que tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por un servicio de urgencia prehospitalaria móvil en el Nordeste de Brasil.

Métodos: Estudio documental y cuantitativo, realizado a partir de registros de asistencia de las urgencias entre enero y junio de 2014 y la muestra se compone de 1.960 fichas. Se utilizó un cuestionario estructurado para recopilación de datos y el análisis fue por estadística descriptiva. Resultados: Destacaron los Accidentes de Tráfico (AT) - 67,7%; caídas (17,1%); y perforación por armas de fuego (6,8%). La mayoría de los involucrados eran hombres (76,2%), encuadrados en el grupo de edad jóvenes adultos (46,6%) y el mayor número de ocurrencias fue el fin de semana (37,4%). De éstas, 58,1% tuvieron traumatismo leve y el 44,0% no sufrió politraumatismo. Se observó que hubo negligencia con respecto a la anotación de la escala de coma de Glasgow en 39,0% de los casos.

Conclusión: Entre las emergencias traumáticas atendidas, los AT ocurrieron en mayor proporción en domingo, involucrando adultos jóvenes de sexo masculino. Se destaca que las negligencias de los profesionales en cuanto a las anotaciones básicas en los registros de asistencia son responsables por generar dificultades para el desarrollo de la investigación.

SÁNCHEZ G. y otros (Uruguay 2006)²³ “Perfil epidemiológico de traumatizados graves en un hospital de agudos” estudio que tuvo como Objetivo: conocer las características epidemiológicas de la enfermedad traumática grave en el departamento de emergencia de un hospital de agudos de Montevideo. Material y método: se registraron 101 traumatizados graves que ingresaron a la emergencia en forma sucesiva en un período de 21 meses. Fueron incluidos en el estudio los pacientes que se catalogaron como traumatizados graves en base a criterios clínicos. Los enfermos fueron además categorizados en base a la escala fisiológica RTS (Revised Trauma Scale) y mediante el ISS (Injury Severity Score). Resultados: la edad media fue de 34,6 años. Predominó el sexo masculino (80%). El tipo más frecuente de traumatismo fue la colisión

vehicular: 46,5%. Llegaron a la emergencia dentro de los primeros 60 minutos 67,5% de ellos, y 91% fueron trasladados por unidades de emergencia móvil. La mortalidad global de la serie fue de 20%. De los traumatizados con Glasgow Coma Scale (GCS) menor a 9 por trauma encéfalo-craneano, 31% llegaron a la puerta de emergencia sin estabilización cervical. A ninguno de los traumatizados operados en shock se le aplicó cirugía de control de daños. Conclusiones: las características epidemiológicas de esta población son comparables a otras series en cuanto a edad, sexo y tipo de trauma. El ISS promedio para los pacientes vivos demostró un “sobre triaje” para la selección clínica. La falta de una normativa en la asistencia a traumatizados se hizo evidente, con fallas tanto a nivel de la asistencia prehospitalaria como hospitalaria.

PICÓN S. y otros (Colombia 2012)¹⁹ En su estudio Perfil epidemiológico del servicio de urgencias según motivo de consulta Hospital de San José Bogotá, septiembre 2011 a febrero 2012. Estudio que tuvo como objetivo establecer el perfil epidemiológico del servicio de urgencias de adultos con base en la información del software e-salud en un período de seis meses. Métodos: se obtuvieron 18.519 registros de septiembre 2011 a febrero 2012. Las variables consideradas fueron edad, género, responsable del pago de la atención, clasificación triaje, tiempo de espera para la atención y motivo de consulta; los datos fueron procesados con frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión en Stata 10. Resultados: la población atendida en su mayoría fue menor de 50 años (65%), 52.6% fueron hombres, la edad promedio 43 años, el principal pagador corresponde a la aseguradora (EPS 90.3%), los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor abdominal (61.2%), trauma (14.2%) y cefalea (10,2%). El tiempo de espera para la atención fue menor de quince minutos en el 85% de los casos. Conclusión: no existieron diferencias entre el perfil epidemiológico obtenido con la información arrojada por el sistema de registro e-Salud y el previo del personal de

facturación. Los hallazgos sugieren ajustar y ampliar las guías trazadoras del servicio.

ACOSTA H. y otros (Ecuador 2014)¹ En su estudio “Perfil epidemiológico de la consulta de emergencia del hospital “san francisco de quito” y del hospital general “Enrique Garcés” y su asociación con variables demográficas de las poblaciones de referencia en el año 2013”, Estudio con dos componentes uno descriptivo y un analítico exploratorio de corte transversal de evaluación de riesgos. RESULTADOS: Dentro de las 25 causas agrupadas hay varias que forman parte de las principales causas de muerte y egresos hospitalarios y muchas de ellas son altamente evitables. Hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos hospitales en casi todas variables estudiadas. En el análisis de factores de riesgo para las cinco principales causas de consulta de emergencia, se encontró asociaciones estadísticamente significativas para casi todas las variables socio demográficas. CONCLUSIÓN: Por la gran cantidad de no datos, existe un esfuerzo aparentemente excesivo en digitalizar los datos informativos, que posiblemente no está relacionado con el uso de dicha información. RECOMENDACIONES: Se debería diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica de emergencia, con metodología centinela por lugar (muestra de hospitales de segundo y tercer nivel) para obtener información completa, adecuada y con el menor error posible.

NOVELLI O. y otros (Brasil 2008)¹⁷ En su estudio “Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia” el cual tuvo como objetivo del estudio fue identificar el perfil sociodemográfico y las principales quejas de la población adulta atendida en la Unidad de Emergencia de Referencia (UER). El conocimiento de las características de la población que frecuenta un servicio de emergencia constituye una herramienta de planificación de las acciones en salud. Se trata de un estudio descriptivo/ retrospectivo desarrollado en la UER de un hospital

de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo. La muestra fue constituida por los boletines de atención (BAU) del período de enero a diciembre de 2.008. El instrumento utilizado fue estructurado con base en los datos del BAU. La búsqueda espontánea fue hecha por mujeres jóvenes (14 a 54 años) de los barrios próximos a la UER durante la semana y en el horario de las siete a las diecinueve horas. Las quejas más frecuentes fueron: cefalea, lumbago, dolores (abdominales, torácicos). Se concluye que el perfil de la muestra fue en su mayoría adulto y joven, en edad productiva, de sexo femenino, con demanda espontánea y en el período diurno en días útiles. Las atenciones apuntaron para quejas de baja complejidad.

A Nivel Nacional

CASTILLO F. (cusco 2015)⁴. “Perfil Clínico Epidemiológico de Pacientes Atendidos en el Servicio de Emergencia del Policlínico Santa Rosa PNP Cusco. Enero - Diciembre 2015” Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, con una población de 1534 historias clínicas y para la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas siendo de 248 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Policlínico Santa Rosa de la PNP Cusco. El Perfil Epidemiológico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Policlínico Santa Rosa de la PNP, fue el grupo etario frecuente jóvenes y adultos, nacidos en la provincia del Cusco, lugar habitual de residencia el Distrito de San Sebastián, el motivo de consulta fue por problemas en el sistema digestivo, aparato locomotor, sistema respiratorio, el tiempo de espera para recibir la atención fue menos de 30 minutos. Resultados: Según el análisis de los resultados, el 45% correspondió pacientes entre 25 a 60 años de edad, es decir jóvenes y adultos, nacidos en la provincia del Cusco 95% y 43 tuvieron como lugar habitual de residencia el distrito de

San Sebastián. El tiempo de espera de los pacientes hasta su atención, para el 26% fue menos de 30 minutos, 58% fueron atendidos con un tiempo de espera entre 31 a 120 minutos, las atenciones fueron por problemas de baja. El tipo de emergencia en el que fue catalogado el cuadro clínico del usuario el 64% comprendió a emergencias médicas, seguido de quirúrgicas con 20%, siendo el tiempo de permanencia del usuario en sala de observación 34% más de 240 minutos, 28% de 61-120 minutos, 3% menos de 60 minutos y finalmente la frecuencia con que consultaron el servicio de emergencia el 89% fue de 1 vez al mes.

2.2 Base Teórico

Teoría de enfermería: Modelo de Adaptación de Callista Roy

Quien define que la valoración inicial de enfermería comprende el primer paso que debe realizar el profesional en Enfermería en el proceso de atención al paciente, éste debe ser integral e individualizado para cada uno de ellos, la valoración comprende la búsqueda de información relacionada con aspectos fisiopatológicos y psicológicos del paciente, permitir al profesional en Enfermería identificar las alteraciones que comprometen la vida o el estado de salud del paciente, durante esta fase el profesional en Enfermería debe ser crítica y tratar de obtener datos objetivos más que subjetivos que le permitan establecer un cuidado de enfermería más asertivo y beneficioso para el paciente.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando las características geográficas, la población y el tiempo ⁶.

Constituye una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías a estudiarse y a la vez expresa la relación salud - enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas⁷.

Su elaboración se basa en el uso de técnicas epidemiológicas y el análisis de diversos datos demográficos y estadísticos, para identificar el comportamiento de las enfermedades según la edad, el género y la región que afectan. Al considerar a la enfermedad como un fenómeno social, se estudia también, la dinámica espacial y temporal de la misma⁷.

Es un instrumento que permite relacionar las variables demográficas con el impacto real y la calidad con la que se prestan los servicios médicos. Por lo que se lo considera como una herramienta útil en la determinación de las formas más eficaces para promover la salud y prevenir la enfermedad y analizar las relaciones entre costo, efectividad y beneficio de las acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud.

Actualmente, nadie niega que cada tipo de sociedad presenta un perfil específico de enfermedad y que este está ligado al volumen y la estructura de su población, su organización socioeconómica y su capacidad para atender la enfermedad entre sus miembros. Es por ello que la realización de perfiles epidemiológicos ha representado un papel protagónico al identificar las fases del cambio sanitario y la toma de decisiones en la asignación de recursos que promuevan la salud de cada sociedad con sus complejas variables demográficas.

Existen directrices y plantillas para ayudar a los estados, tribus, jurisdicciones, municipios, hospitales y otras entidades, en el desarrollo de sus perfiles epidemiológicos individuales. Pero, los enfoques para la evaluación, interpretación y presentación de los datos epidemiológicos y las implicaciones de estos datos pueden variar²⁴.

Del mismo modo, los datos epidemiológicos a menudo tienen características que requieren cuidado en su interpretación. Hay a menudo una serie de cuestiones técnicas y limitaciones potenciales encontrados al utilizar datos epidemiológicos²⁴; lo que puede generar obstáculos durante la realización de un perfil epidemiológico.

Los datos epidemiológicos y los resultados se pueden resumir e informar en una variedad de formas, hojas informativas, carteles y folletos, comunicados de prensa, reportes y dependiendo de las expectativas a cumplir, llegar a difundirlos por medio de reuniones y conferencias a la comunidad y a las autoridades que van a trabajar con los resultados.

Una vez que los datos han sido recogidos y analizados, se necesita que sean resumidos y presentados de manera efectiva a las partes interesadas, incluidos los miembros de la comunidad, patrocinadores, investigadores, planificadores y otros tomadores de decisiones.

Importancia y utilidad de los perfiles epidemiológicos.

La importancia del perfil epidemiológico radica en que este describe información del comportamiento de los eventos de interés en salud pública y contribuye a la planificación, programación, organización y gestión de los servicios de salud. Influye además en la toma de decisiones clínico-terapéuticas, así como de vigilancia y control epidemiológico y administrativo⁷, de manera que los servicios de salud tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población.

Al ser una herramienta epidemiológica compleja y completa, instituciones como el municipio colombiano de Plato, Río Magdalena, realizan cada año desde el 2009, un perfil epidemiológico de las zonas urbanas y

rurales de su territorio. Esto les permite tomar decisiones relativas a la asignación de recursos de salud, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr. Las autoridades consideran que dichas decisiones, no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo, de manera que se planifique hacia donde se dirigen los esfuerzos de prevención y los recursos¹⁸.

Un perfil epidemiológico hace uso de los indicadores de salud de comportamiento que miden los patrones de consumo, las consecuencias, los riesgos y factores de protección y otras características de la población clave con el fin de proporcionar una visión detallada de los problemas que afectan a una población en particular²⁴. De esta manera los planificadores y autoridades a cargo del análisis del mismo, pueden utilizar la información obtenida para realizar las siguientes actividades:

- Establecer prioridades entre las poblaciones que necesitan servicios y determinar necesidades de fondos y de otros recursos para hacer frente a los problemas de salud más frecuentes.
- Proporcionar una base para la determinación o la proyección de las necesidades futuras¹⁸.
- Aumentar el conocimiento general de una comunidad sobre problemas de salud más frecuentes determinados en el perfil²⁴.
- Difundir los datos para su uso por parte de los proveedores de prevención, para que estos sean conscientes de los problemas clave que enfrentan las poblaciones a las que sirven²⁴.
- Responder a las necesidades de la población de forma multidisciplinaria, procurando el trabajo conjunto de educadores, organismos de financiación, medios de comunicación, políticos y personal médico para no únicamente combatir la enfermedad, sino lograr prevenirla y aumentar la calidad de vida de una población.

Perfiles epidemiológicos en el mundo.

La necesidad de integrar y analizar la información a disposición sobre las enfermedades y sus factores de riesgo es reconocida a nivel mundial por su impacto sobre las políticas y acciones en materia de salud. Es esta una prioridad para cada gobierno y para instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o las Naciones Unidas, quienes a través de los años han ido presentando informes con el objetivo de describir y detallar los patrones de morbilidad y mortalidad por medio de un análisis de la situación de salud mundial.

El informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) del 2011, titulado “El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones” es una muy importante contribución de las Naciones Unidas para nuestra región. Fue elaborado para identificar los desafíos que enfrenta la región y proponer acciones que orienten la política pública⁵. Este define prioridades y propone tareas pendientes para los países que conforman el área, centradas en el análisis de las condiciones sociales y micro realidades que afectan cada país de manera individual, con el único objetivo de mejorar las condiciones de salud en la región.

Otros perfiles epidemiológicos realizados con mayor enfoque a patologías específicas como el Perfil de Adicciones de México en el 2010 ²⁵; o el de la Situación Nacional de Perú (4) son trascendentales para cada una de las sociedades. En México la finalidad fue crear un instrumento básico de consulta para los prestadores de servicios de salud, cuya actividad principal sea la de atender y apoyar a personas que presentan problemas de adicciones debido al consumo de sustancias ilegales y legales²⁵. Mientras que, en Perú, el perfil de la morbilidad expresó la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país. Por lo tanto los

problemas de salud que lo aquejan son propios de un país poco desarrollado y están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud²⁹. En ambas situaciones los perfiles epidemiológicos, han logrado identificar su problemática propia y sobre todo han logrado encaminar acciones de tratamiento y prevención de sus necesidades.

Perfiles de los servicios de emergencia.

Los servicios de emergencia son importantes centros de manejo de enfermedades agudas y traumas, sin embargo, aparecen generalmente congestionados por un incremento en la demanda de pacientes. Por ello, varios estudios han tratado de determinar los factores que parecen influir en la demanda de los servicios de emergencia y sus asociaciones con variables socio demográficas.

En este contexto en 2011, se publica “Demand for hospital emergency departments: a Conceptual Understanding” un estudio australiano, en el que concluyeron que las variables más influyentes podían categorizarse en aquellas que describen las necesidades de salud de los pacientes, aquellas que predisponen a los pacientes a buscar ayuda en los servicios de emergencia (edad, sexo, estado socioeconómico, etc.) y aquellas que se relacionan con el acceso a servicios de primer nivel y al estado de afiliación a seguros¹⁰.

Al culminar dicho estudio los autores consideran que la descripción de las variables incluidas en la investigación podría ayudar a aliviar la carga los servicios de emergencia de los hospitales públicos y mejorar el manejo agudo de los enfermos críticos en Australia¹⁰.

2.4.- Definiciones de términos básicos

Perfil epidemiológico: El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando las características geográficas, la población y el tiempo ⁶.

Servicio de emergencia: Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Riesgo: Se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Mortalidad: Es la tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las variables

3.1.1. Variable I: Perfil epidemiológico.

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando las características geográficas, la población y el tiempo⁶.

3.2.- Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Perfil epidemiológico	El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando las características geográficas, la población y el tiempo ² .	Características Sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Residencia
		Características de la consulta en el servicio de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidad de ingreso • Condición de alta • Días de estancia hospitalaria
		Uso del servicio de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda por meses • Demanda por días

3.3.- Hipótesis

Es univariable.

3.3.1 Hipótesis general

El presente estudio carece de una hipótesis por ser diseño descriptivo, observacional y retrospectivo (Hernández y Baptista 2014)¹¹.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo de investigación

Fue un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

4.2.- Diseño de la investigación

El estudio fue un diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal, cuyo esquema es:



DONDE:

m = Tamaño de muestra.

o = Observación

x = Perfil epidemiológico.

4.3.- Población y muestra

Población: La población estuvo constituida por todas las atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención durante el año 2017.

N = 26336 atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención.

Se trabajó con toda la población.

Criterios de inclusión

- Atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención.

Criterios de exclusión

- Atenciones de pacientes que ingresaron a los servicios de consultorios externos del Hospital.

4.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó en este estudio fue la revisión documentaria de 26336 atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención porque se revisó el cuaderno de atención del servicio de emergencia.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se aplicó la lista de chequeo o verificación, con la que se vació los datos registrados en el cuaderno de atención del servicio de emergencia.

4.5.- Procedimiento y análisis de datos

- Logro de la autorización: A través del trámite respectivo a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho, con el propósito de contar con la autorización necesaria para la recolección de datos y las facilidades que el caso requiera para el logro de los objetivos trazados.
- Recolección de datos: Se procedió a la identificación de las historias clínicas en el sistema informático GALENOS del Hospital Regional de Ayacucho; lográndose el filtro adecuado a través de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de estudio, previo a la recolección de datos.
- Aplicación de la lista de chequeo: Para el logro del objetivo se aplicó una lista de chequeo, la cual nos permitió la identificación de las

variables de interés registradas en el software informático GALENOS del Hospital Regional de Ayacucho. El formato recoge los principales elementos para establecer el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho.

- Almacén de datos: Recabada la información necesaria haciendo uso de las fichas de chequeo (material magnético), a las mismas que se les asignó codificación única para la elaboración e identificación en la base de datos haciendo uso del programa Excel versión 2007. La base de datos fue de entera disposición y manejo exclusivo de los responsables del estudio, garantizando de esta manera la confidencialidad de los datos obtenidos y almacenamiento de los mismos, para su posterior análisis respectivo
- Para el plan de análisis estadísticos de datos se aplicó la estadística descriptiva teniendo como parámetros los siguientes valores estadísticos: frecuencias y porcentajes, para lo cual se aplicó del software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

4.6.- Procesamiento estadístico y análisis de datos

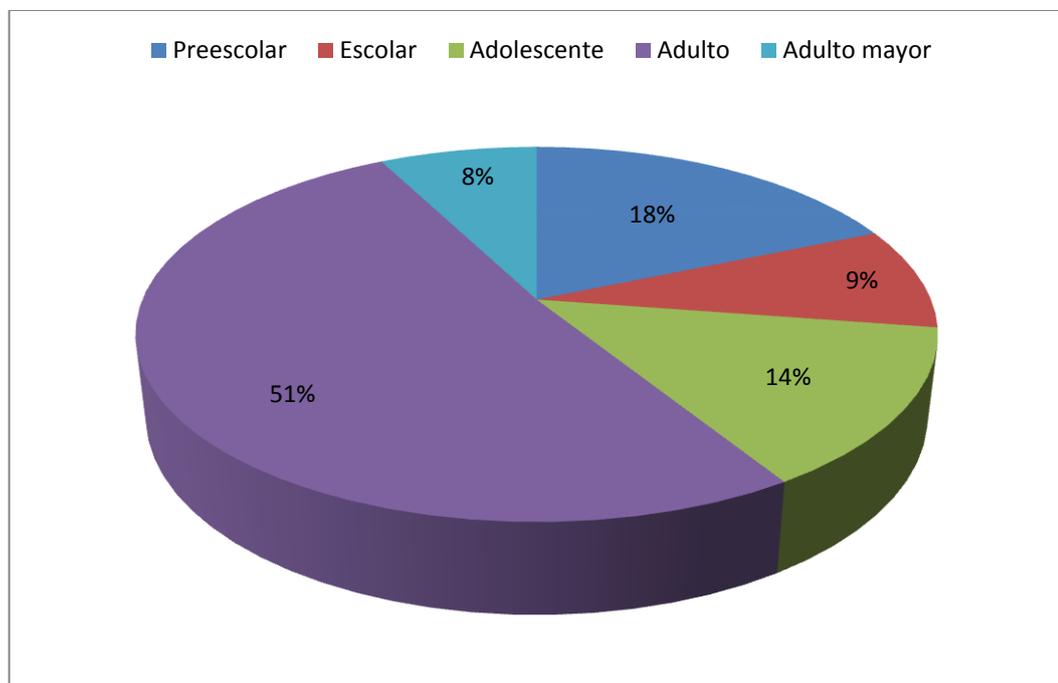
Para el plan de análisis estadísticos de datos se aplicó la estadística descriptiva teniendo como parámetros los siguientes valores estadísticos: frecuencias y porcentajes, para lo cual se aplicó el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Gráfico 5.1

Grupo etario de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

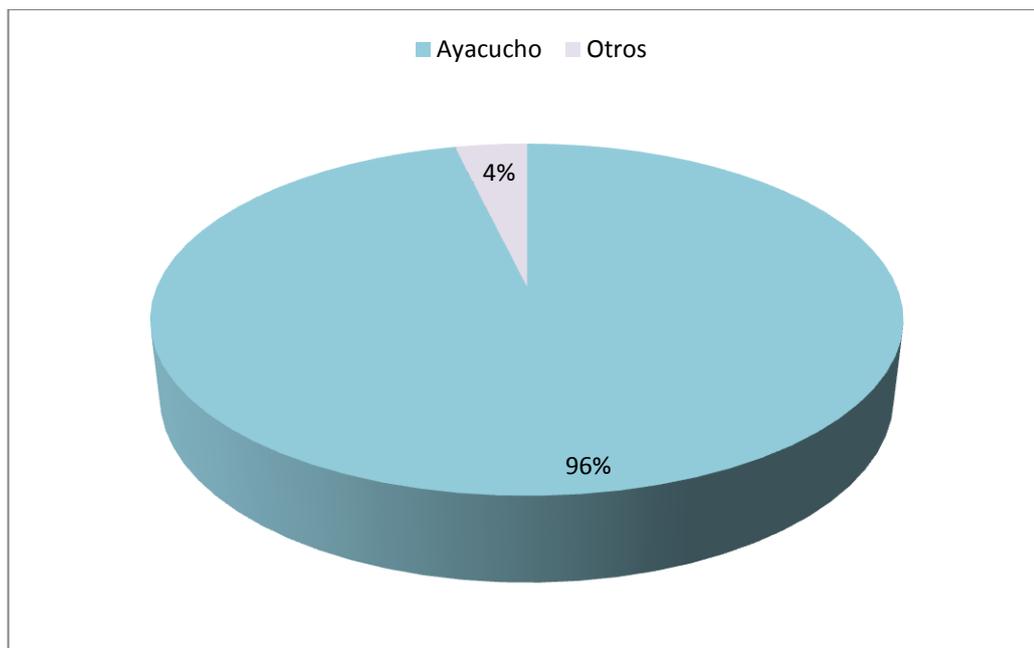


Fuente: Lista de chequeo 2017

Referente a la edad de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que el 51% fueron adultos, 18% pre escolares, 14% adolescentes, 9% escolares y 8% adulto mayores.

Gráfico 5.2

Región de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

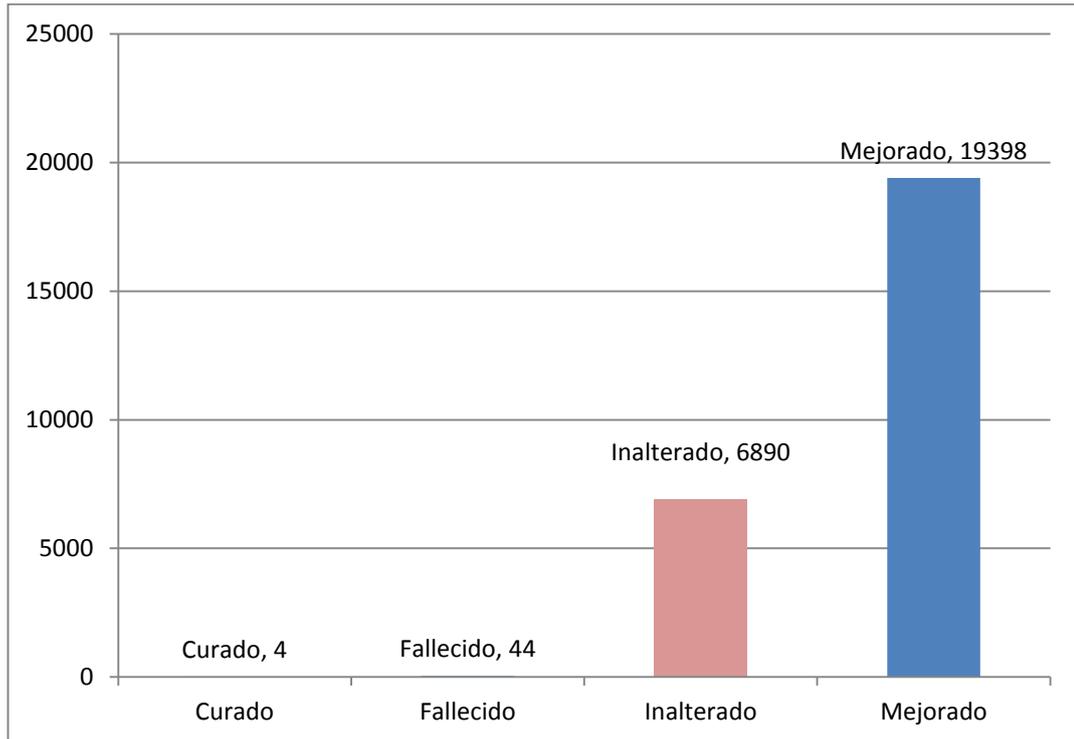


Fuente: Lista de chequeo 2017

Referente a la región de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que el 96% de los usuarios atendidos procedían de la región de Ayacucho, mientras que el 4% restante de otras regiones.

Gráfico 5.3

Condición de alta de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

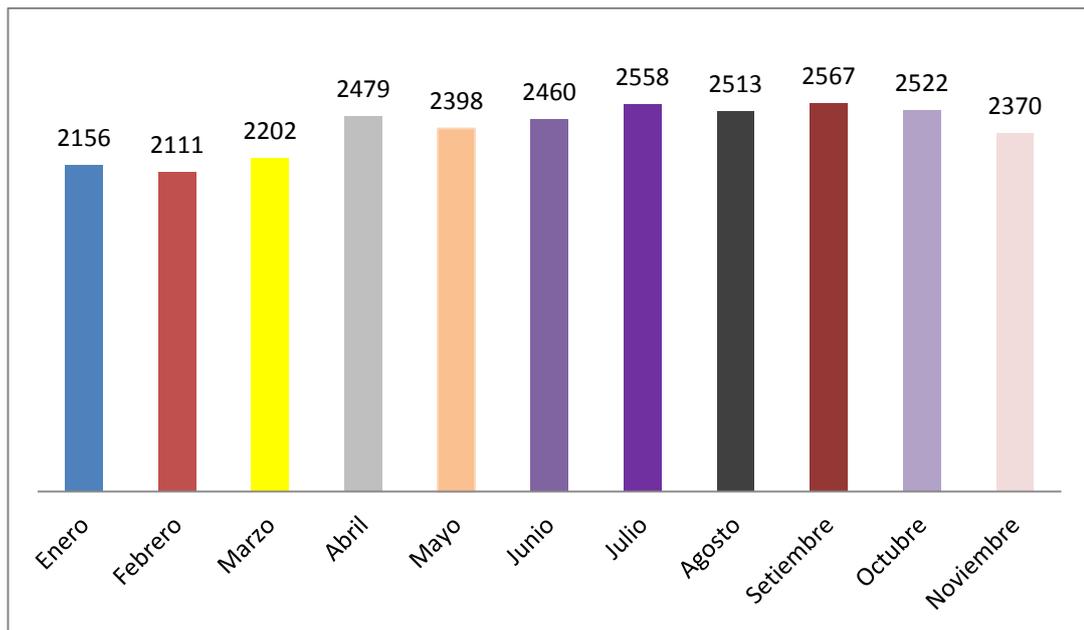


Fuente: Lista de chequeo 2017.

Referente a la condición de alta de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que el 19398 usuario su condición de alta médica fue mejorada 6890 inalterado 44 fallecidos y 4 curados respectivamente.

Gráfico 5.4

Atenciones según meses de mayor demanda en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

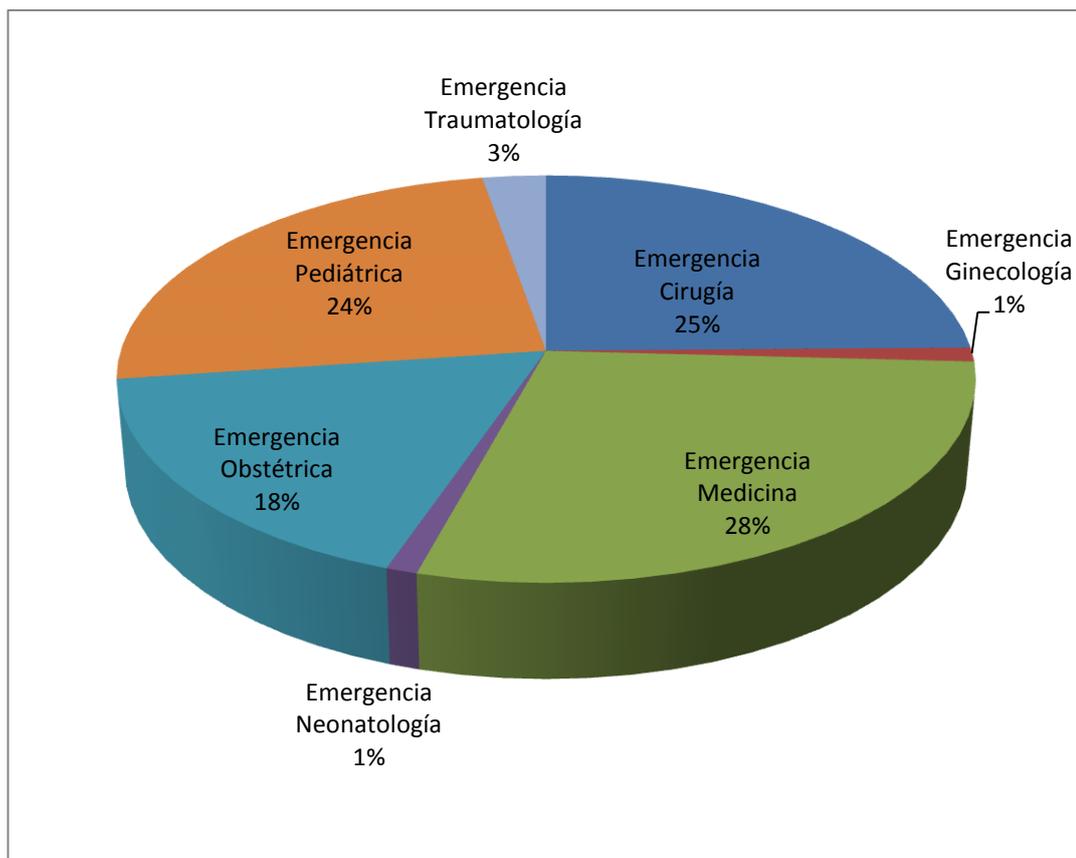


Fuente: Lista de chequeo 2017.

Referente a las atenciones según meses del año de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 2156 usuarios se atendieron en enero, 2111 en febrero, 2202 en marzo, 2479 en abril, 2398 en mayo, 2460 en junio, 2558 en julio, 2513 en agosto, 2567 en setiembre, 2522 en octubre y 2370 en noviembre respectivamente.

Gráfico 5.5

Especialidad de mayor demanda en la atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

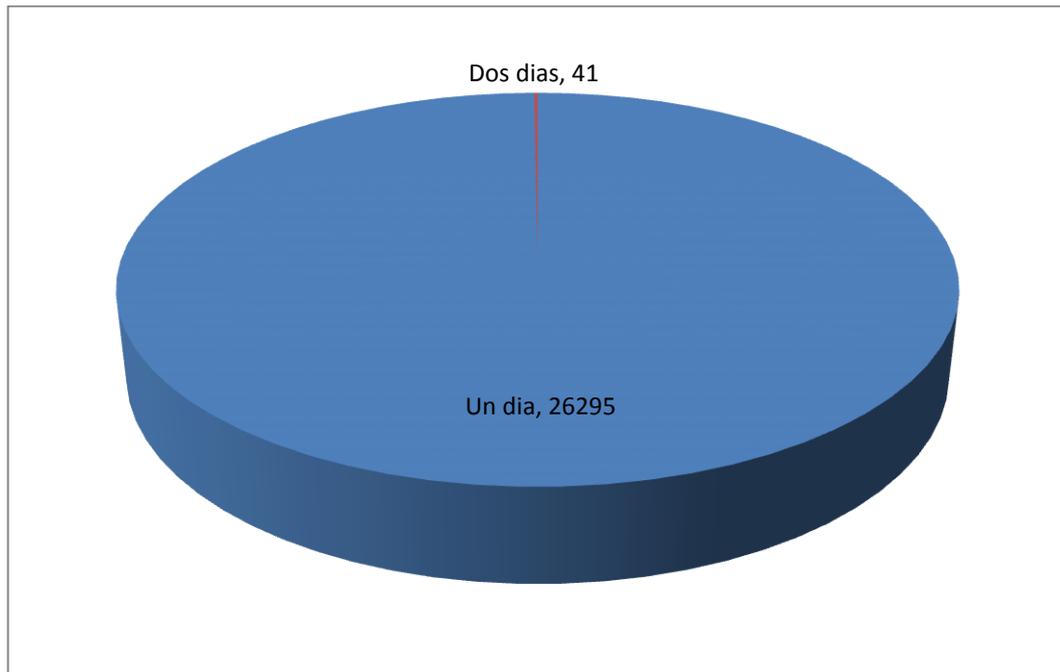


Fuente: Lista de chequeo 2017.

Referente a la especialidad de atención de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 28% fue por medicina, 25% cirugía 24% pediatría 18% obstetricia, 3% traumatología y 1% tanto ginecología como neonatología respectivamente.

Gráfico 5.6

Días de estancia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.



Fuente: Lista de chequeo 2017.

Referente a los días de hospitalización de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 26295 estuvieron en promedio un día de hospitalización, mientras que 41 pacientes estuvieron dos días de hospitalización respectivamente.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1.- Contrastación de la hipótesis con los resultados.

El presente estudio carece de hipótesis por ser invariado.

6.2.- Contrastación de resultados con otros estudios similares

En el **gráfico 5.1**, según el grupo etario nos muestra que el 51% fueron adultos, 18% pre escolares, 14% adolescentes, 9% escolares y 8% adulto mayor.

Al contrastarlo con el estudio de **MORILLO R. y otros** (España 2007)¹⁶. “Perfil del paciente crítico en un servicio de Emergencias Prehospitalarias” Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal sobre todos los pacientes trasladados durante el año 2006 con un preaviso hospitalario en SAMUR-PC, considerados por tanto como críticos ya en el ámbito prehospitalario. Se valoraron las siguientes características: edad, sexo, patología y técnicas realizadas sobre ellos (vías, sondajes, etc.) Obtenidas mediante observación de los informes de asistencia. Resultados: Se valoraron 1043 pacientes de las 112032 activaciones realizadas siendo el 73.6% varones y el 23.7% mujeres, con una edad media de 49.8 años (47.58 para hombres y 55.6 para mujeres), la patología más observada ha sido la traumática (40.6%) dividida en TCE (12.3%), ortopédico (11.4%) y otros (16.9%). El siguiente grupo fue la patología neurológica con 18.3%, principalmente ACV, y el tercer gran grupo era la patología cardiológica con un 15.1%, siendo el SCA el 10.4%, los siguientes grupos fueron PCR recuperada (11.5%), intoxicaciones (2.9%), donante a corazón parado (2.6%), lesiones por agentes físicos 2.2%, y el resto de los grupos no

superaban el 2% (digestivo, endocrino-metabólicas, obstétricos, psiquiátricos, respiratorios, asfixia y sepsis).

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por **MORILLO R. y otros**.

Gráfico 5.2; Referente a la región de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que el 96% de los usuarios atendidos procedían de la región de Ayacucho, mientras que el 4% restante de otras regiones.

Al contrastarlo con estudio del Sistema Integral de Salud²⁶ “Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de atenciones de emergencia a Nivel Nacional. 2010 - 2013” estudio transversal descriptivo que buscó caracterizar los datos más resaltantes de frecuencia absoluta y relativa entre las atenciones de emergencia financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS), reportadas por establecimientos de salud con cobertura nacional, y que figuren con fecha de producción entre el primero de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013. El universo estudiado estuvo constituido por el total de registros de prestaciones con código N° 062 (comprende a la atención brindada al paciente que ingresa en situación de emergencia y urgencia, según la normatividad vigente) y código N° 063 (comprende la atención por profesional médico en el Servicio de Emergencia y la observación de la evolución hasta 24 horas). Resultado: Según se puede apreciar en el Gráfico 18, la tendencia temporal de la frecuencia de atenciones de emergencia que fueron referidas fuera de su región de origen ha ido en ligero aumento. Así, en el año 2010 del total de atenciones de emergencia que ameritaron ser referidas a establecimientos de mayor complejidad, 84.81% provenía de establecimientos ubicados en la misma región, mientras que 15.2% provenía de establecimientos ubicados en otras regiones del país

(extrarregionales). En el año 2011, las referencias extrarregionales ascendieron a 17.8%, en el año 2012 fueron 21% del total y en el año 2013 disminuyeron muy levemente constituyendo el 20.2% del total de referencias a emergencia.

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio realizado por el Sistema Integral de Salud.

Gráfico 5.3; Condición de alta de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que el 19398 usuario su condición de alta médica fue mejorado 6890 inalterado 44 fallecidos y 4 curados respectivamente.

Al contrastarlo con el estudio de **SÁNCHEZ G. y otros (Uruguay 2006)**²³ “Perfil epidemiológico de traumatizados graves en un hospital de agudos” estudio que tuvo como Objetivo: conocer las características epidemiológicas de la enfermedad traumática grave en el departamento de emergencia de un hospital de agudos de Montevideo. Material y método: se registraron 101 traumatizados graves que ingresaron a la emergencia en forma sucesiva en un período de 21 meses. Fueron incluidos en el estudio los pacientes que se catalogaron como traumatizados graves en base a criterios clínicos. Los enfermos fueron además categorizados en base a la escala fisiológica RTS (Revised Trauma Scale) y mediante el ISS (Injury Severity Score). Resultados: la edad media fue de 34,6 años. Predominó el sexo masculino (80%). El tipo más frecuente de traumatismo fue la colisión vehicular: 46,5%. Llegaron a la emergencia dentro de los primeros 60 minutos 67,5% de ellos, y 91% fueron trasladados por unidades de emergencia móvil. La mortalidad global de la serie fue de 20%. De los traumatizados con Glasgow Coma Scale (GCS) menor a 9 por trauma encéfalo-craneano, 31% llegaron a la puerta de emergencia sin estabilización cervical. A ninguno de los

traumatizados operados en shock se le aplicó cirugía de control de daños. Conclusiones: las características epidemiológicas de esta población son comparables a otras series en cuanto a edad, sexo y tipo de trauma. El ISS promedio para los pacientes vivos demostró un “sobretriage” para la selección clínica. La falta de una normativa en la asistencia a traumatizados se hizo evidente, con fallas tanto a nivel de la asistencia prehospitalaria como hospitalaria.

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por **SÁNCHEZ G. y otros.**

Gráfico 5.4; Referente a las atenciones según meses del año de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 2156 usuarios se atendieron en enero, 2111 en febrero, 2202 en marzo, 2479 en abril, 2398 en mayo, 2460 en junio, 2558 en julio, 2513 en agosto, 2567 en setiembre, 2522 en octubre y 2370 en noviembre respectivamente.

Al contrastarlo con el estudio de **NOVELLI O. y otros (Brasil 2008)**¹⁷ En su estudio “Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia” el cual tuvo como objetivo del estudio fue identificar el perfil sociodemográfico y las principales quejas de la población adulta atendida en la Unidad de Emergencia de Referencia (UER). El conocimiento de las características de la población que frecuenta un servicio de emergencia constituye una herramienta de planificación de las acciones en salud. Se trata de un estudio descriptivo/ retrospectivo desarrollado en la UER de un hospital de enseñanza en el interior del estado de Sao Paulo. La muestra fue constituida por los boletines de atención (BAU) del período de enero a diciembre de 2.008. El instrumento utilizado fue estructurado con base en los datos del BAU. La búsqueda espontánea fue hecha por mujeres jóvenes (14 a 54 años) de los barrios próximos a la UER durante la semana y en el horario de las siete a las

diecinueve horas. Las quejas más frecuentes fueron: cefalea, lumbago, dolores (abdominales, torácicos). Se concluye que el perfil de la muestra fue en su mayoría adulto y joven, en edad productiva, de sexo femenino, con demanda espontánea y en el período diurno en días útiles. Las atenciones apuntaron para quejas de baja complejidad.

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por **NOVELLI O. y otros.**

Gráfico 5.5; Referente a la Especialidad de mayor demanda en la atención en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 28% fue por medicina, 25% cirugía 24% pediatría 18% obstetricia, 3% traumatología y 1% tanto ginecología como neonatología respectivamente.

Al contrastarlo con el estudio de **PINEDO Y. y otros (lima 2012)**²⁰. “ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2011 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL 2012” El presente documento se elaboró de acuerdo al modelo de la Norma Técnica de la Dirección General de epidemiología del Ministerio de Salud. Resultados: la distribución porcentual de las atenciones realizadas en emergencia, de las cuales el 31% corresponden a atenciones realizadas en medicina, seguidas de cirugía en un 26%, emergencia pediátrica con 20%, emergencia obstetricia con 11%, traumatología con 8% y ginecología con 5%.

Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por **PINEDO R. y otros.**

Gráfico 5.6; Referente a los días de estancia de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 26295 estuvieron en

promedio un día de hospitalización, mientras que 41 pacientes estuvieron dos días de hospitalización respectivamente.

Al contrastarlo con el estudio de **JIMÉNEZ Z. y otros** (lima 2017)¹² “Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017” 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 (Calero, 2000). 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 (Walker, 2000), a su vez es transversal/ retrospectivo porque se describe las situaciones en un momento dado durante un 58 periodo de tiempo (del 1 al 7 de febrero del 2016) 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 (Gonzales & Hernández, 2003). Resultados: El tiempo de estancia que permanecieron los pacientes en el servicio de emergencia, donde resalta que el 26.6% permanecieron un promedio de 1 a 2 horas, seguido por el 21.4% que permanecieron entre 31 minutos 1 hora, y el 19.7% permanecieron entre 02 a 04 horas; asimismo el tiempo máximo de permanencia representado por el 2.8% permanecieron entre 8 a 24 horas. Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados en el presente estudio por **JIMÉNEZ C. y otros**.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Se identificó que en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, el grupo etario con mayor porcentaje de atenciones es adulto con un 51% y obteniendo al adulto mayor con menos atenciones contando con un 8%.
- Se conoció que en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, un 96% de pacientes proceden de la misma localidad de Ayacucho y tan solo un 4% provienen de otras localidades como Apurímac, Cuzco y Huancavelica.
- Se logró identificar que en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, el mayor número de atenciones con condiciones de alta son el de pacientes mejorados con un total de 19398 y en su menor número tenemos la condición de alta de curado con 4 casos.
- Los meses de mayor demanda de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, fue el mes de setiembre con un total de 2567 usuarios atendidos.
- La especialidad de mayor demanda en la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, fue el servicio de emergencia medicina.
- El tipo de alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, 18200 fueron por indicación médica.
- Los días de estancia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017, nos muestra que 26295 estuvieron en promedio un día de hospitalización.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Promover la contrata de personal calificado, para una atención de calidad en el servicio de emergencia hospitalaria.
2. Capacitar al personal de salud sobre la importancia de los datos recolectados en la base de datos *GALENO* y registros de atención del servicio de emergencia, recalcando la importancia de detallar los datos clínicos de los pacientes.
3. Implementar mecanismos de investigación que promuevan técnicas y procedimientos seguros para los pacientes, a fin de reducir la morbi-mortalidad en base a los resultados obtenidos.
4. Este perfil delimita al grupo al que deben dirigirse las medidas de salud encaminadas a disminuir la morbi-mortalidad o por lo menos al grupo al que debe prestar más atención en relación a la frecuencia de consultas.
5. Capacitar al personal de salud, así como mejorar los mecanismos de supervisión en relación al diagnóstico y tratamiento de pacientes con diferentes diagnósticos clínicos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta H., Bolaños H. Perfil epidemiológico de la consulta de emergencia del hospital “san francisco de quito” y del hospital general “Enrique Garcés” y su asociación con variables demográficas de las poblaciones de referencia en el año 2013. Ecuador 2014.
2. Análisis de Situación de Salud Hospitalario Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental 2014. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hch_2014.pdf.
3. Ardila, S., Velazco, N., Jiménez, A., & Amaya, C. Revisión de Procesos para la Asignación de Camas a Pacientes Provenientes de Urgencias de un Hospital Privado de Bogotá. Bogotá, Colombia. 2008.
4. CASTILLO F. “Perfil Clínico Epidemiológico De Pacientes Atendidos En El Servicio De Emergencia Del Policlínico Santa Rosa PNP cusco .Enero-Diciembre 2015”, Cusco 2015.
5. Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Naciones Unidas. 2011 p. 63. <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction> [cited Consultado octubre 2017].
6. Coomeva. Área de Comunicaciones C. Situación de salud. 2010.
7. Espinoza C. Ensayo sobre la importancia del perfil epidemiológico como herramienta de toma de decisiones. Ensayos epidemiológicos. 2011. p. 5.
8. Fabián V. Saturación de las guardias de emergencia. Posibles soluciones. Rev Nob. [Internet].2014 [accedido noviembre 2017]; 2(2):1-13. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.0.pdf.

9. Gomes, A. Silva, M. Dantas, B. De Miranda, J. Melo, G. Dantas, R. Perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por un servicio prehospitalario móvil de urgencia. Brasil 2014.
10. He J, Hou X, Tool S, Patrick JR, Gerald GF. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. World J Emerg Med. 2011; 2(4):253–61.
11. Hernández, R. Fernández C. Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta edición. México. McGRAW-HILL 2014.
12. JIMÉNEZ Z. y otros “Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima 2017”.
13. María MG. Estudio del triaje en un servicio de emergencias hospitalario. Rev Enf. [Internet].2013 [accesado 2 Nov 2017]; 1(5). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
14. Mello J., Souza T., Andrade F., Castaneda L., Baptista A., Nunes K. Perfil epidemiológico de pacientes com lesão traumática do plexo braquial avaliados em um hospital universitário no Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Rev Bras Neurol [Internet]. 2012 [accesado noviembre 2017]; 48(3):5-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2012/v48n3/a3208.pdf>.
15. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization; 2004.
16. Morillo R. Rey P. Acevedo E. Loarces F. Verdu V. Perfil del paciente crítico en un servicio de Emergencias Prehospitalarias. España 2007.
17. Novelli O., Michele De Freitas N. Muglia A. Carvalho F. Perfil de la población atendida en una Unidad de Emergencia de Referencia. Brasil 2008

18. Peña J. Perfil epidemiológico Secretaria de Salud Social. 2011; I(3):51.
19. Picón S., Salgado H., Saavedra O. Perfil epidemiológico del servicio de urgencias según motivo de consulta Hospital de San José Bogotá dc. Colombia 2012
20. PINEDO Y. y otros (lima 2012). “ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2011 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL 2012”, Lima 2012.
21. Pinet M. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. Salud pública Méx 2005; Feb, 47(1): 64-71. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000160> (Revisado, agosto 2017).
22. Richet C. Importancia de la epidemiología. Rev Med Costa Rica. 1969
23. Sánchez G., Valsangiácomo P., Trostchansky J., Machado F. Perfil epidemiológico de traumatizados graves en un hospital de agudos. Uruguay 2006.
24. SAMHSA SA and MHSA. Epidemiological Profiles.S.F.
25. Secretaría de Salud DG de E. Perfil epidemiológico de las adicciones. México 2010. 2010 p. 221.
26. Sistema Integral de Salud “Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de atenciones de emergencia a Nivel Nacional. 2010 – 2013” lima, Perú 2013.
27. Soares R., Pereira A., Moraes RM. Vianna R. Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2012 [accedido noviembre 2017]; 21(4):589-600.

Available

from:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a08.pdf>.

28. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud. [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
29. Whittembury A. Análisis de la Situación de Salud / Perfil Epidemiológico del Perú. 2008 p. 1–27.

ANEXOS

**ANEXO 01:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
“MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” 2017.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017?	<p>Objetivo General: Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el grupo etario de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. • Conocer la procedencia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. • Describir la condición de alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho 	El presente estudio carece de una hipótesis por ser diseño descriptivo, observacional y retrospectivo (Hernández y Baptista 2014)	VARIABLE INDEPENDIENTE: Perfil epidemiológico	<p>TIPO DE ESTUDIO Descriptivo, observacional, retrospectivo.</p> <p>DISEÑO DEL ESTUDIO No experimental, descriptivo de corte transversal. m ← O → X</p> <p>TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS La técnica fue la revisión documentada y se aplicó una lista de chequeo.</p> <p>PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS Se aplicó la estadística descriptiva teniendo como parámetros Las frecuencias, para lo cual se usó el software</p>	<p>POBLACIÓN: Estará constituida por 26336 pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención durante el año 2017.</p> <p>MUESTRA: La muestra está constituida por 26336 registros de atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, registradas en el cuaderno de atención,</p>

	<p>“Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los meses de mayor demanda de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. • Clasificar las especialidades de mayor demanda en la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. • Describir el tipo de alta de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. • Determinar los días de estancia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017. 			estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.	es decir se trabajó con toda la población.
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

LISTA DE CHEQUEO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” 2017

Grupo etario:

Preescolar () Escolar () Adolescente () Adulto () Adulto mayor ()

Región de procedencia:

Ayacucho () otras Regiones ()

Condición de alta del servicio de emergencia:

Curado () Fallecido () inalterado () mejorado ()

Mes en el que fue atendido en el servicio de emergencia:

Enero () Febrero () Marzo () Abril () Mayo () Junio () Julio
() Agosto () Septiembre () Octubre () Noviembre () Diciembre ()

Especialidad de mayor demanda en el servicio de Emergencia:

Emergencia Pediátrica () Emergencia Obstétrica () Emergencia Neonatológica
() Emergencia de Medicina () Emergencia Ginecológica () Emergencia de
Cirugía () Emergencia de traumatología ()

Días de estancia en el servicio de emergencia:

Un día () Dos días ()

FUENTE: Elaboración propia (2017)

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que lleva a cabo por los Lic. Enf. Alicia Nélica Delgado Mallque y el Lic. Enf. Israel Isaac Valle Alejos, en conjunto con el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”. El objetivo del estudio fue identificar el perfil epidemiológico del servicio de emergencia del Hospital Regional De Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” 2017.

Con esta información, se podrá saber más claramente, cómo el equipo de salud puede ayudar y potenciar al personal tener claro el valor e importancia de su trabajo y cómo este contribuye al logro de los objetivos institucionales para bien de la comunidad.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del trabajador

Firma investigador

Firma del testigo