# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

# PREVALENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE ATENCIÓN EN USUARIOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA CAYETANO HEREDIA HUANCAYO 2018.

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

**SUSAN BETZY REMUZGO MEZA**

**AGUSTINA ALLPOCC ROMERO**

**Callao, 2018**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

**MIEMBROS DEL JURADO:**

- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ : PRESIDENTA
- Dr. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA : SECRETARIO
- Dr. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ : VOCAL

ASESORA : Mg. ADRIANA PONCE EYZAGUIRRE

Nº de Libro : 02
Nº de Folio : 311

Nº de Acta de Sustentación: 058 – 2018
Fecha de Aprobación de tesis
Bellavista, 21 de Septiembre del 2018

Resolución de Sustentación: Nº 1379-2018-D/FCS.- del 9 de Setiembre del 2018

## ÍNDICE


| | | Págs.: |
|---|---|---|
| **TABLAS DE CONTENIDO** | | **3** |
| **GRÁFICOS DE CONTENIDO** | | **4** |
| **RESUMEN** | | **5** |
| **ABSTRACT** | | **6** |
| **I.** | **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** | **7** |
| 1.1 | Identificación del problema | 7 |
| 1.2 | Formulación del problema | 8 |
| 1.3 | Objetivo de la investigación | 9 |
| 1.4 | Justificación | 9 |
| 1.5 | Importancia | 10 |
| **II.** | **MARCO TEÓRICO** | **11** |
| 2.1 | Antecedentes Internacionales y nacionales | 11 |
| 2.2 | Base científica | 16 |
| 2.3 | Base epistémica | 17 |
| 2.4 | Base cultural | 18 |
| 2.5 | Marco conceptual | 18 |
| 2.5.1 | Prevalencia de enfermedad e incidencia | 18 |
| 2.5.2 | Enfermedades más frecuentes | 22 |
| 2.5.3 | Prioridad de atención | 39 |
| 2.5.4 | Urgencia | 42 |
| 2.5.5 | Emergencia | 42 |
| 2.6 | Definición de términos básicos | 43 |
| **III.** | **VARIABLES E HIPOTESIS** | **44** |
| 3.1 | Variables de la Investigación | 44 |
| 3.2 | Hipótesis de la investigación | 44 |
| 3.3 | Operacionalización de variables | 44 |

**IV. METODOLOGIA** **47**
4.1 Tipo de Investigación 47
4.2 Diseño de la Investigación 47
4.3 Población y Muestra 47
4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 48
4.5 Procesamiento de datos 48

**V. RESULTADOS** **49**
**VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS** **54**
6.1 Discusión de la hipótesis con los resultados 54
6.2 Contrastación con otros estudios similares 54

**VII. CONCLUSIONES** **56**
**VIII. RECOMENDACIONES** **57**
**IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** **58**
**ANEXOS** **61**
Anexo 01 : Matriz de consistencia 62
Anexo 02 : Guía de análisis documental 63

## TABLAS DE CONTENIDO

**Págs.:**


| | | |
|---|---|---|
| Tabla Nº 5.1 | Prevalencia de enfermedades según prioridad de atención | 49 |
| Tabla Nº 5.2 | Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema | 50 |
| Tabla Nº 5.3 | Prioridad II Urgencia Mayor | 51 |
| Tabla Nº 5.4 | Prioridad III Urgencia Menor | 52 |
| Tabla Nº 5.5 | Prioridad IV Patología Aguda Común | 53 |

## GRÁFICOS DE CONTENIDO

**Págs.:**


| | | |
|---|---|---|
| Gráfico Nº 5.1 | Prevalencia de enfermedades según prioridad de atención | 49 |
| Gráfico Nº 5.2 | Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema | 50 |
| Gráfico Nº 5.3 | Prioridad II Urgencia Mayor | 51 |
| Gráfico Nº 5.4 | Prioridad III Urgencia Menor | 52 |
| Gráfico Nº 5.5 | Prioridad IV Patología Aguda Común | 53 |

## RESUMEN

El estudio de investigación tuvo por **OBJETIVO** Determinar la prevalencia de urgencia y emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018. **METODOLOGÍA** el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con una población de 2532 atenciones y una muestra de 334, la técnica se usó el análisis documental y como instrumento ficha de registro**,** Los datos fueron procesados en el programa SPSS y el programa EXCEL, encontrando como **RESULTADOS** el 42% prioridad II, 40% prioridad III, 18% prioridad IV y 1% prioridad I. **CONCLUYENDO** las atenciones de enfermedades en el servicio de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia son de prioridad II y prioridad III.



**Palabras Claves:** Prevalencia, Urgencia, Emergencias

## ABSTRACT

The research study was **DESIGNED** to determine the prevalence of emergency and emergency care in users of the emergency service of the clinic Cayetano Heredia, Huancayo 2018. **METHODOLOGY** The study was quantitative, descriptive, retrospective, with a population of 2532 attentions and a sample of 334, the technique was used documentary analysis and as an instrument registration form, the data were processed in the program SPSS and the EXCEL program, finding as **RESULTS** the 42% priority II, 40% priority III, 18% priority IV and 1% priority I. **CONCLUDING** the attention of diseases in the Emergency service of the clinic Cayetano Heredia are priority II and priority III.



**Key words:** Prevalence, Urgency, Emergencies

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Identificación del problema

El exceso de pacientes hacia los Servicios de Emergencia/Urgencias Hospitalarios (SEUH) a nivel mundial, ha sufrido un incremento desde el siglo pasado. Este exceso de pacientes conlleva a la sobrecarga de los SEUH generando una serie de consecuencias negativas tanto para los pacientes como para el servicio, como el retraso y la falta de calidad de atención de emergencias. Este incremento de usuarios se debe a que las personas que utilizan el SEUH de forma inadecuada, por lo que ha puesto de manifiesto, la necesidad de implantar Sistemas de Triaje estructurado, proyectos de cambio y estratégicas. (1)

Una investigación realizada en una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017, sobre la Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita. Se concluye que la prevalencia de pacientes del servicio de emergencia es de atenciones de prioridad III. Asimismo, esto conlleva a saturar el servicio de emergencias, afectando el tiempo de espera y la calidad de atención de las emergencias súbitas o urgencias mayores. (2)

La clínica Cayetano Heredia brinda servicios de atención médica básica y especializada con una infraestructura moderna y caracterizada por brindar un trato humanizado con calidad y calidez. En su mayoría acuden pacientes con los diferentes seguros privados y particulares. La demanda de pacientes va

incrementando día a día llegando a alcanzar en un promedio de 50 a más atenciones por día; lo cual repercute de manera positiva y a la vez negativamente. Las atenciones brindadas en su gran mayoría son de prioridad II y III los cuales exigen ser atendidos de manera inmediata; el problema aún continúa al momento de definir tipo de atención urgencia y/o emergencia, poniendo en conflicto entre paciente y personal de turno ya que exigen que se le considere como emergencia en una urgencia por motivos de cobertura con sus seguros, todo ello genera un mayor tiempo de espera para los pacientes, en el área de emergencia saturada, incremento de reclamos por parte de los paciente en cuanto al tiempo de espera, ambientes totalmente copados para pacientes críticos, congestión de familiares en los pasadizos no colaborando con movilidad del personal y poniendo en agravamiento de los pacientes con real situación de emergencia.

## 1.2 Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuál es la Prevalencia de urgencia y emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018?

### 1.2.2 Problemas específicos

a) ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades del servicio de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018?

b) ¿Cuál es la prioridad de atención del servicio de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018?

## 1.3 Objetivos de la investigación

### 1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de enfermedades según prioridad de atención del servicio de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018

### 1.3.2 Objetivos específicos

a) Identificar la prevalencia de enfermedades del servicio de emergencia.
b) Identificar la prioridad de atención del servicio de emergencia.

## 1.4 Justificación

### 1.4.1 Legal

Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, que tiene como finalidad mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en los servicios de emergencias de los establecimientos públicos y privados del sector salud. (3)

### 1.4.2 Teórica

Este estudio de investigación nos ofrece un aporte teórico estructurado, que fue elaborado con la revisión bibliográfica actualizada sobre las variables de estudio, con la finalidad de incrementar, desarrollar y profundizar conocimientos, así como promover nuevas investigaciones, servirá como fuente generadora de nuevas ideas.

### 1.4.3 Tecnológica o económica

El uso inapropiado de los servicios de emergencia hace que sea difícil el acceso a los casos de verdaderas emergencias, esto conlleva a un uso inadecuado de los servicios y del personal, lo cual a su vez eleva costos pero sobre todo sobrecarga y muchas veces satura estos servicios.

La demora en la atención y saturación de los servicios de emergencia son los problemas más expresado por los pacientes, esto debido a la alta demanda de usuarios que requieren atención inmediata de las urgencias.

## 1.5 Importancia

El presente trabajo de investigación servirá como dato estadístico frente a la alta demanda de atenciones en emergencias. Las prioridades de atención es una clasificación de la atención en los servicios de emergencia, la correcta clasificación de las patologías que se presentan en los servicios de emergencia evitara la sobrepoblación y un mayor control preventivo para con la población de parte del personal que labora en el área de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, lo que ayudaría es la sensibilización para el tipo de atención de prioridad II. Fomentar la educación vial, de salud y enfermedades respiratorias, entre otras; mediante los medios de comunicación (televisión, radio y periódico y/o revistas). El trabajo presentado servirá como antecedente para trabajos nuevos para investigadores quienes desean seguir el trabajo sobre prioridades de atención en los servicios de emergencias en los distintos establecimientos de salud donde uno pueda atenderse.

# II. MARCO TEÓRICO

## 2.1 Antecedentes del estudio

### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**BURGOS Et Al.,** Realizaron el estudio titulado **"***Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados"* en Chile en el año 2014, tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a las consultas inapropiadas de los usuarios en el Sub-departamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia. Se realizó un estudio mixto de corte transversal de tipo exploratorio. La muestra perteneció a pacientes que consultaron en el Sub-departamento de Servicios de Urgencia del Hospital Base de Valdivia y a los SAPUS de la ciudad de Valdivia (n=832). Para la fase cuantitativa se realizó un análisis mediante estadística descriptiva, asociación de test como Fisher y para la fase cualitativa según el proceso Colaizzi. Los resultados fueron: 43,27% corresponden a demanda inapropiada en los servicios de urgencia de la ciudad de Valdivia). Siendo los factores asociados a la elección del servicio de urgencia hospitalario, la atención por especialistas (38,78%), la realización de estudios (20,73%), el horario de atención (4,39%), desconocer el uso de los SAPUS (4,39%), haber sido referido (3,66%), por ser más económico (3,41%), por ser el único servicio de urgencia disponible (2,44%) y porque el SPU no resolvió su problema de salud (0,98%). Respecto a aquellos que consultaron en SAPU, 29,38% lo hizo porque es el centro de urgencia que le correspondía por sector y por nivel de urgencia. Dentro de los motivos que compartieron los usuarios de ambos servicios de urgencia. (4)

**MARTIN M.,** Estudio del *Triaje en un servicio de Urgencias hospitalario" en el año 2013, este estudio se ha llevado a c*abo en un Servicio de Urgencias Hospitalario, entre el 21 y 27 de marzo de 2011, en horario de mañana y tarde de 8 a 22 horas. Es de tipo observacional descriptivo transversal y se ha obtenido una muestra de n=406 casos. Los objetivos de este estudio han sido determinar el número de pacientes que hace un uso inadecuado del SUH, así como valorar si se cumplen criterios de calidad en cuanto al tiempo de espera desde que los pacientes quedan registrados en Admisión, pasan al Servicio de Triaje y son atendidos por personal facultativo. Además también se recogieron otra serie de datos como sexo, edad, acceso por petición propia u orden facultativa, nivel de triaje y horas registradas en Admisión, Triaje y el informe médico. De los n= 406 casos, 218 son de sexo masculino (53,7 %) y 188 son de sexo femenino (46,3 %).n En cuanto a la edad, el grupo más frecuentador fue el de los mayores (mayor o igual de 65 años) con un porcentaje del 38%; seguidos estuvieron los adultos (30 a 64 años) siendo un 36% del total. El grupo de jóvenes (16 a 29 años), al igual que el de los niños (0 a 15 años) se encontraron cada uno con un porcentaje del 13%. La media de edad de todos los casos estudiados fue de 50,27 años. El día de la semana más frecuentado fue el lunes (con un total de 70 casos), seguido del martes, miércoles y viernes, no apreciándose una diferencia tan significativa entre ellos. Los menos frecuentados, por tanto, fueron sábado, domingo y jueves. De todos los pacientes que llegaron al SUH, 213 pacientes (52,5%) acudieron por petición propia y 193 (47,5%) lo hicieron por orden facultativa presentando un documento. (1)

**MALDONADO (2010)** de **"***Uso racional de un servicio de urgencias de un hospital nacional de segundo nivel"* México D.F tuvo como objetivo determinar las urgencias reales en el servicio de emergencia de un hospital de segundo nivel observamos que en el estudio realizado a 382 pacientes mayores de 16 años de edad que acudieron al servicio de urgencia adultos del AGZA venados entre el uno al 30 de enero del 2010 se aplicó un análisis de estadística descriptica obteniendo como resultado de emergencias un 82.2% y solo el 7.8% fue considerada real correspondiendo el 58.95% a mujeres y el 41.1 % a hombres .(5)

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

**RÍOS Y CONDE. "**Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel 2015", cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del rechazo de atención por triaje y sus factores relacionados en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel, utilizaron como material y métodos de estudio transversal con una muestra consecutiva de consultantes evaluados por el servicio de triaje que no ingresaron a emergencia del Hospital Regional Lambayeque durante el período Febrero-Abril 2015.obteniendo los resultados: la frecuencia de rechazo por triaje fue 64,68% (628/971). De estos, el 64,29% fueron mujeres, tuvieron un promedio de edad de 38,55 años (IC95 37,22-39,66), siendo la mayoría padres de los pacientes (37,26%). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (12,55%) y dolor abdominal (12,55%) un 44,02% no consideró su problema una cuestión de vida o muerte. De todos ellos el 16,00% fue atendido previamente en primer nivel de atención. El turno más visitado fue el de noche (42,86%) y el día más concurrido fue el sábado (16,22%). Conclusiones: la frecuencia de rechazo de

atención por triaje debido al uso inapropiado del servicio de emergencia es relativamente alta. (6)

**ROLANDO VA.,** Et Al. *"Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú"* cuyo Objetivo fue: Evaluar la demanda de atención médica en la última década en un servicio de un hospital terciario de seguridad social. Diseño. Retrospectivo. Lugar. Emergencia de adultos de hospital terciario de seguridad social. El 2015 se registraron 164 370 atenciones, edad promedio 57 años (DE 20), femenino (57,5%), que acudieron más por la mañana de los días laborables (predominantemente lunes), frecuencia similar todos los meses excepto en fiestas patrias y navidad. Los promedios diarios de atendidos, admitidos y amanecidos en salas de observación se incrementaron en 49%, 8% y 78%, respectivamente, durante la última década, disminuyendo el promedio de amanecidos en los últimos dos años. El área de atención inicial fue el tópico genitourinario y traumatismos menores. Se registraron 22 883 admisiones a salas de emergencia, edad promedio 65 años (DE 19), 58% tenía 65 años o más, sexo masculino (50,3%), más frecuentes martes entre las 8 y 11 horas y menos frecuente domingos. Los diagnósticos más frecuentes fueron insuficiencia respiratoria, enfermedad cerebrovascular y sepsis. El promedio general de estancia fue de 70 horas. Conclusiones. Sobredemanda de atención médica. (7)

**ZORAIDA K, Y COL.,** *Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017* El objetivo fue determinar la prevalencia de las consultas atendidas de urgencias y emergencias en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima, 2017. La metodología que se

utilizó es de tipo cuantitativo, descriptivo retrospectivo, diseño no experimental, transversal y el tipo de muestreo es no probabilístico censal. Se utilizó las historias clínicas de paciente que fueron atendidos entre el 1 y 7 de febrero del 2016, los cuales sumaron 2087 historias clínicas, que fueron revisadas teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita; la población predominante es de sexo femenino con un 61.4%, frente a un 38,6% de sexo masculino; por etapa de vida, se aprecia que la demanda mayoritaria con un 33,4% son adulto joven, 24,9% son adulto. Resalta en cuanto al tipo de seguro, corresponde el 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro. (2)

Concluyendo que la prevalencia de pacientes del servicio de emergencia se da por pacientes con patologías comunes y urgencias menores, las cuales pueden ser atendidas en consultorios descentralizados o ambulatorios. Asimismo, esto conlleva a saturar el servicio de emergencias, afectando el tiempo de espera y la calidad de atención de las emergencias súbitas o urgencias mayores. Por lo que podemos afirmar que según la prioridad de atención en el servicio de emergencia se está realizando un inadecuado uso del servicio. (2)

De medicina 36%, cirugía 21%, traumatología 14%, nefrología 7%, alivio 18% y shock-trauma 4%. Salió de alta 63% de los atendidos. Mortalidad de 0,8%. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron signos mal definidos (dolor abdominal, cefalea y fiebre), problemas(2)

## 2.2. Base científica

### 2.2.1 Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. (8)

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker: (8)

**Premisa 1.** "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras (os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes. (8)

**Premisa 2.** "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. Premisa 3. "El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermera que desea ser

genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. (8)

## 2.3. Base epistémica

El 12 de agosto de 1936 la Ley 8433 crea el Seguro Social Obrero Obligatorio y se inaugura en febrero de 1941. El Seguro Social del Empleado se crea según la Ley 10902 de noviembre de 1943, empezando a funcionar en noviembre de 1958. Los Servicios de Emergencia de estos hospitales prestan atención a los pacientes básicamente asegurados que requieran de sus servicios, proyectándose a la comunidad mediante la atención de urgencia ambulatoria domiciliaria y a la comunidad en general mediante la Unidad de Desastres (Hospitales de Campañas) en casos de siniestros. Brindando atención a pacientes evacuados de otras zonas del país. (9)

En vista que los hospitales no podían satisfacer la demanda de emergencia en la totalidad de criterios clínicos, legales y administrativos. Y a que en muchos casos la atención de un paciente compromete dos ó más hospitales, se originó un esquema de atención multilateral de Emergencia en el que un hospital coopera para resolver la imposibilidad de otro hospital. Este sistema se formaliza con la R.M: 597-86-SA-DM. Entre el año 1986-1988. Desde este enfoque, la atención de emergencia tiene dos variantes de desarrollo:

### 2.3.1 La línea de desarrollo funcional: Tiene tres líneas estratégicas de trabajo:

a) **La atención Pre hospitalaria del paciente**: Que tiene que ver con el Rescate, la Atención en Foco, el traslado asistido, la recepción activa y la atención Nosocomial Primaria. (9)

b) **Atención Hospitalaria Progresiva:** Valorando el riesgo del paciente y sus necesidades de atención, la emergencia comprende los siguientes niveles de intervención: Situaciones de riesgo extremo (Reanimación, Shock Trauma y cuidados intensivos); Cuidados intermedios; Cuidados mínimos y Asistencia Ambulatoria. c) Atención Integral de Emergencia: Prevención; Protección de grupos; Preparación para Desastres; Protección de los derechos del Individuo (Privacidad y respeto de su intimidad y protección de sus derechos legales y sociales). (9)

## 2.4 Base cultural

Las prioridades de atención es una clasificación de la atención en los servicios de emergencia, la correcta clasificación de las patologías que se presentan en los servicios de emergencia evitara la sobrepoblación y un mayor control preventivo para con la población de parte del personal que labora en el área de emergencia El trabajo presentado servirá como antecedente para trabajos nuevos para investigadores quienes desean seguir el trabajo sobre prioridades de atención en los servicios de emergencias en los distintos establecimientos de salud donde uno pueda atenderse.

## 2.5 Marco conceptual

### 2.5.1 Prevalencia de enfermedades

**Prevalencia**

Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. (10)

**A) Tipos de prevalencia**

a. Prevalencia puntual: cuántas personas de un grupo definido están enfermas en un determinado momento. Ejemplo hipotético: 1% de los empleados están enfermos esta semana. (10)
b. Prevalencia de periodo: la proporción de personas que están o estarán enfermas en algún momento. Ejemplo hipotético: 10% de los habitantes de este pueblo tendrá un resfriado en algún momento durante su vida. (10)

La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento. (10)

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis exploratorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública. (10)

**B) Características de la prevalencia**

Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.

Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.

La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.

En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado. Podría considerarse como una tasa que cuantifica las personas que enfermarán en un periodo. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Es decir, que con la prevalencia puede saberse en un determinado momento cuantos enfermos hay. Una enfermedad de larga duración que se extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003. Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como por ejemplo el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela. (10)

La prevalencia de una enfermedad en una población determinada influye en la eficacia real de una prueba para diagnosticar dicha enfermedad en esa población concreta. Se trata de un parámetro que, junto con los valores de sensibilidad

y especificidad intrínsecos a esa prueba, permite obtener aplicando el teorema de Bayes los valores predictivos positivo y negativo, que son probabilidades de que la enfermedad esté realmente presente o no si el resultado de la prueba es positivo o negativo, respectivamente. En definitiva, se trata de que esas probabilidades de acierto por parte del test serán mayores en función no solo de la muestra sobre la que se realiza el estudio, sino también de la población de la que procede. Por ejemplo, si tratamos de detectar una enfermedad muy rara (con baja prevalencia)en una población A con una prueba de diagnóstico, la cantidad de falsos positivos que vamos a obtener va a ser mayor con respecto a los falsos positivos que obtendríamos usando esa misma prueba en otra población B donde la enfermedad es mucho más abundante (alta prevalencia), lo cual equivale a decir que en la población A la probabilidad de que una persona esté realmente enferma si la prueba da positivo es menor que en la población B. (10)

$$P = \frac{N^{o}\ eventos}{N^{o}\ individuos\ totales}$$

**Incidencia**

La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición. (11)

Se puede medir con dos índices: incidencia acumulada y densidad (o tasa) de incidencia. (11)

**<u>Incidencia acumulada</u>**

Es la proporción de individuos que desarrollan el evento durante el periodo de seguimiento. Se calcula

$$IA_{(\Delta t)} = \frac{N^{o}\ eventos\ nuevos}{N^{o}\ individuos\ suceptibles\ al\ comienzo}$$

**<u>Características</u>**

a) Una proporción no tiene dimensiones.
b) Su valor oscila entre 0 y 1, aunque también se suele expresar como porcentaje
c) Depende del tiempo de seguimiento
d) Se calcula sobre una cohorte fija, es decir no se permiten entradas de nuevos individuos durante el seguimiento. (11)

### 2.5.2 Enfermedades más frecuentes

**Dolor abdominal**

**a) Dolor abdominal agudo:** Clínicamente cursa con dolor Súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave. No debemos olvidar que el dolor abdominal agudo puede tener distintos orígenes: (12)

a. Origen ginecológico
b. Salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
c. Origen urinario
d. Absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólica nefrítica.
e. Origen vascular

f. Infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.

g. Origen abdominal

h. Apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.

i. El dolor abdominal agudo constituye una etapa evolutiva de múltiples procesos. Será fundamental distinguir entre:

**1. Dolor abdominal agudo quirúrgico**

La aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en la Historia Clínica. Los signos de Peritonitis (dolora la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la Historia clínica. Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad. (12)

**2. Dolor abdominal agudo no quirúrgico**

En este tipo de pacientes, la presencia de dolor a la palpación, localizado con defensa, evolución lenta (> 48 horas) y con historia de misma sintomatología anterior, sugiere estudio y seguimiento ambulatorio. Se puede realizar hemograma, radiografía de tórax y abdomen, sobre todo para comprobar su normalidad. En la fase inicial de la enfermedad péptica los antiácidos son muy eficaces. Pacientes ancianos o con enfermedades crónicas pueden. (12)

3. **Dolor abdominal crónico:**

Clínicamente cursa con dolor subagudo, no urgente, con poca sintomatología, no precisando actitud inmediata, permitiendo actuar con más tranquilidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Podemos distinguir: (12)

Es importante establecer una orientación diagnóstica provisional, probable, a partir de la historia clínica y la exploración física. El que exista un diagnóstico probable, ayuda a un diagnóstico dirigido y evita exploraciones complementarias que no se relacionen con dicha patología. (12)

4. **Dolor abdominal crónico idiopático:**

Este tipo de dolor constituye un gran reto para el clínico. Es habitual que estos pacientes:

a) Tengan rechazo hacia el Médico.
b) Hayan sido visitados por múltiples profesionales.
c) Dependencia a analgésicos

**Características del dolor:**

a) Constante: en general debemos pensar en aquellos procesos que se acompañan de irritación peritoneal
b) Colecistitis, pancreatitis, isquemia mesentérica. El dolor abdominal más intenso, que no cede con ninguna maniobra y que se acompaña de un estado general grave
c) Isquemia intestinal, disección aórtica o pancreatitis.
d) Cólico: pensaremos fundamentalmente en afectación de vísceras huecas
e) Trombosis mesentérica, obstrucción intestinal u otras patologías relacionadas con vísceras huecas. (12)

**Irradiación del dolor:**

a) Patología del tracto biliar
b) Escápula derecha.
c) Patología pancreática
d) Directamente a espalda “en cinturón”.
e) Patología hepatobiliar
f) Hombro derecho.
g) Patología renoureteral
h) Fosa ilíaca y genitales.

**Otros síntomas acompañantes**

a) Escalofríos, Peritonitis, colangitis.
b) Náuseas, vómitos, Colecistitis, pancreatitis, obstrucción intestinal,
c) Isquemia mesentérica, ulcus péptico.
d) Diarrea, Isquemia mesentérica, pseudo obstrucción intestinal.
e) Estreñimiento, Pseudoobstrucción intestinal.
f) Pérdida de peso, Trombosis mesentérica, ulcus péptico.
g) Cuadro confesional, Aneurisma, colecistitis, colangitis.
h) Disnea, tos y fiebre, Neumonía.
i) Fibrilación auricular, Trombosis mesentérica.
j) Síntomas miccionales, Cólico renoureteral, pielonefritis.
k) Flujo vaginal, Embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria. (12)

**Diagnóstico diferencial**

Entre las causas más frecuentes de dolor pélvico de origen ginecológico se encuentra la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Su etiología es poli microbiana y su diagnóstico resulta difícil por la poca especificidad y sensibilidad de la exploración clínica, por lo que se recurre a los llamados criterios de Hager: se considera

positivo por la presencia de todos los criterios mayores y al menos de una de los criterios menores. (12)

**Tratamiento**

Ante todo paciente que acude a un Servicio de Urgencias con un dolor abdominal agudo, debemos identificar primero los signos de gravedad y de compromiso vital, mediante la toma de constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y valorando el estado general del paciente. (12)

**Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)**

Se produce cuando el intercambio gaseoso no se realiza de forma correcta. Como consecuencia de ello. (13)

| | PaO2(mmHg) | SaO2 |
|---|---|---|
| Normal | 80 -100 | 95 100% |
| Hipoxemia | 60 - 79 | 90 94% |
| IRA | 41 -59 | 75 89% |
| IRA grave | <40 | <75% |

**Insuficiencia respiratoria aguda:**

Instauración rápida en horas o días y que condiciona una inadecuada oxigenación de la sangre arterial con o sin retención de CO2 asociada y una alteración en el equilibrio ácido base. (13)

a) IRA tipo1, parcial o hipoxémica: Implica fallo en la oxigenación por alteración en el intercambio gaseoso. En este caso sólo hay alteración de la PaO2 por debajo de 60 mmHg con normocapnia. (13)

b) IRA tipo 2, global o hipercapnia: Implica fallo en la ventilación (ya sea Primario o añadido a alteración pulmonar). En este **Insuficiencia respiratoria crónica**: Instauración progresiva y lenta que permite desarrollar mecanismos de compensación, fundamentalmente renales para corregir las alteraciones del equilibrio ácido base. (13)

**Manifestaciones clínicas**

a) **Síntomas neurológicos**: incoordinación motora, alteración de la conducta, confusión, irritabilidad, agitación, desorientación, somnolencia, obnubilación, coma.
b) **Síntomas cardiovasculares:** hipertensión, taquicardia, vaso dilatación periférica. Sil la disminución de la PaO2 se acentúa puede dar lugar a bradicardia, hipotensión, shock.
c) **Síntomas respiratorios**: disnea, taquipnea.
d) **Síntomas cutáneos:** cianosis, diaforesis.
e) **Síntomas generales:** desnutrición, pérdida de peso. (13)

**Exámenes complementarios**

a) **Gasometría arterial:** estándar para establecer el diagnóstico de IRA, conocer el estado ácido-base y monitorizar la respuesta al tratamiento.
b) **Pulsioximetría:** Método no invasivo para medir la saturación de oxígeno (SpO2).Una SpO2 del 90%◊PaO2 60 mmHg.
c) Menos fiable en casos de SpO2< 80%, hipo perfusión periférica hipotensión hipo volemia anemia coloración hipo perfusión periférica, hipotensión, hipovolemia, anemia, coloración oscura o aumento del grosor de la piel.
d) **Rx tórax:** Indicada para establecer posibles causas de IRA: neumonía, neumotórax o derrame pleural.
e) **Menos útil:** EPOC, asma, TEP o enfermedades neuromusculares.

f) **ECG:** Indicada para establecer o descartar patología cardiaca causante de la IRA: arritmias, isquemia miocárdica.

g) **Otras pruebas:** dímero D pro calcitonina, angiotem de tórax ecocardiograma. (13)

**Tratamiento**

a) Medidas generales de estabilización y tratamiento específico del proceso causal de la insuficiencia respiratoria.
b) Oxigenoterapia: Mejora los niveles de la PaO2 y es la base del tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda.
c) Ventilación mecánica no invasiva (VMNI): Soporte ventilatorio que hay que considerar en caso de evolución desfavorable, pero en situación de estabilidad hemodinámica y aceptable nivel de conciencia.
d) Ventilación mecánica invasiva (VMI): Soporte ventilatorio que hay que considerar en caso de evolución desfavorable, pero en situación de inestabilidad hemodinámica, claudicación de la musculatura respiratoria y empeoramiento del nivel de conciencia.
e) Sistemas administración de la oxigenoterapia:
f) Sistemas de alto flujo con rendimiento fijo: Mascarilla Ventimask.
g) Sistemas de bajo flujo con rendimiento variable: Gafas nasales y Mascarilla con reservorio. (13)

**Traumacraneocefalico**

El daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico se define como la afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo. (14)

**a) Mecanismo lesiónal Lesiones focales**

- Hemorragia epidural aguda
- Hematoma subdural agudo
- Contusión hemorrágica cerebral
- Hematoma intraparenquimatoso cerebral
- Lesiones difusas: Lesión axonal difusa.

**b) Mecanismo lesional secundario**

- Hiponatremia
- Ipernatremia

**c) Complicaciones respiratorias:**

- Hipoxia
- Neumonía
- Edema pulmonar
- Tromboembolismo pulmonar
- Hipotensión
- Hipertensión intracraneal
- Vaso espasmo cerebrales
- Convulsiones
- Edema cerebral
- Coagulopatías
- Infecciones (14)

**d) Clasificación del TCE:**

Se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la "Glasgow Coma (GCS). La GSC evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: ocular, verbal y motora. Se considera que un paciente está en coma cuando la puntuación resultante de la suma de las distintas respuestas es inferior a 9. Dificultades a la hora de evaluar al paciente este método serían el edema de párpados, afasia, incubación, sedición, etc. (14)

En función de esta escala diferenciamos:

- **TCE leves (GCS 14-15):**

La presencia de síntomas como pérdida de conciencia, amnesia, cefalea, vómitos incoercibles, agitación o alteración del estado mental, van a diferenciar un TCE leve de un impacto craneal sin importancia que permanecería asintomático tras el golpe y durante la asistencia médica. Los TCE leves deben permanecer bajo observación las 24 horas siguientes al golpe. Si existen antecedentes de toma de anticoagulantes o intervención microquirúrgica, GCS 14, > 60 años o crisis convulsiva tras el traumatismo, presentan mayor riesgo de lesión intracraneal. (14)

- **TCE moderados (GCS 13-9):**

Requieren realizar TAC y observación hospitalaria a pesar de TAC normal (14)

- **TCE graves (GCS < 9):**

Tras reanimación, TAC y neurocirugía si la precisara, requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Es importante descartar previamente aquellos casos en los existan factores que causen deterioro del nivel de conciencia como alcohol, drogas, shock, hipoxia severa o que haya permanecido con ese nivel de conciencia al menos durante 6 horas. Atendiendo a esta clasificación, los TCE moderados y graves deberían ser trasladados en un primer momento a centros hospitalarios en los que se disponga de servicio de neurocirugía, mientras que los leves sólo serían remitidos a estos centros en caso de que presentaran TAC seriados patológicos, fracturas de cráneo, heridas abiertas, o aquellos en los que la gravedad de las lesiones extracraneales dificulte seriamente el seguimiento neurológico del paciente. (14)

- **TEC potencialmente grave**

Se consideran TCE potencialmente graves, a todo impacto craneal aparentemente leve con probabilidad de deteriorarse neurológicamente en las primeras 48 horas pos traumatismo. Precisamente puede existir mayor mortalidad relacionada con este tipo de traumatismos, ya que existe una mayor probabilidad de que sean diagnosticados y tratados de forma inadecuada. Se definen unos marcadores de gravedad en este tipo de TCE, como serían: el mecanismo lesional (caídas, accidentes de tráfico...), la edad (al ser más frecuente en adultos sobre todo mayores de 60 años), pérdida transitoria de la conciencia, la amnesia de duración superior a 5 minutos, agitación, signos de focalidad neurológica, cefaleas y vómitos.(14)

**e) Examen clínico**

La vigilancia de la función neurológica se lleva a cabo repitiendo cada hora una exploración neurológica sencilla. Todo empeoramiento de la función neurológica debe obligar a una investigación de las causas tratables. Esto no suele ser fácil, ya que estos pacientes suelen encontrarse bajo el efecto de sedantes y bloqueantes neuromusculares que hacen imposible una adecuada valoración neurológica. (14)

**f) Control hemodinámico:**

En la fase inmediata del cuidado de la lesión craneal, la vigilancia hemodinámica debe incluir valoración de la presión arterial y medición detallada del ingreso y salida de líquidos. Cuando se administran dosis grandes repetidas de manitol puede ser necesario medir la presión arterial pulmonar para mantener una evaluación precisa del estado del volumen

extravascular frente a diuresis masiva y restitución consecuente de líquido. (14)

**g) Hipertermia:**

Se debe tratar de forma enérgica mediante la utilización de antiinflamatorios no esteroideos y medidas físicas. (14)

**h) Sedación:**

Preferentemente con midazolam a dosis de 0.1-0.4 mg/kg/h. También se puede utilizar propofol a dosis de 1.5-6 mg/kg/h.(14)

**i) Analgesia:**

Se deben evitar opiáceos para no interferir la evaluación neurológica y utilizar tramadol, dipirona magnésica, etc. Sin embargo en TCE graves si está permitido el uso de cloruro mórfico en perfusión continua. (14)

**j) Control de las convulsiones:**

Las convulsiones pueden agravar una lesión encefálica existente, por lo que hay que tratarlas lo antes posible. Los factores que aumentan el riesgo de epilepsia tardía incluyen: lesiones graves, hematomas intracraneales y la presencia de convulsiones tempranas tras la lesión. En estos casos se puede administrar fenitoína profiláctica durante 6-12 meses, Los anticonvulsivos profilácticos sólo han demostrado ser eficaces en el período postraumático inicial (14)

**k) Rehabilitación:**

Las necesidades de rehabilitación deben atenderse desde la admisión a la unidad de cuidados intensivos. En los primeros días tras el ingreso, esto consiste en la colocar al paciente en la posición adecuada, cambiarlo de postura con regularidad, cuidado de la piel y movimiento de las extremidades para evitar contracturas articulares y úlceras por decúbito, lo que

puede retrasar significativamente la recuperación. La rehabilitación más activa se realiza una vez que el paciente recupera la conciencia, momento en que los objetivos de la terapia de rehabilitación varían por completo, desde el mantenimiento de la postura y movimientos normales de la extremidad hasta reentrenamiento de actividades mentales y físicas sencillas y después progresivamente más complejas. Aunque en ese momento el individuo ya se encuentre fuera de la UCI, es importante que las medidas de rehabilitación se inicien en ella. (14)

**Infecciones del tracto urinario**

El tracto urinario produce y almacena la orina, uno de los productos de desecho líquidos del cuerpo. El tracto urinario incluye las siguientes partes: (15)

La orina normal no contiene bacterias (gérmenes). Algunas veces, sin embargo, las bacterias del exterior del cuerpo entran al tracto urinario, y causan infección e inflamación. Esto es una infección del tracto urinario. La infección puede involucrar a la uretra (una condición llamada uretritis), los riñones (una condición llamada pielonefritis) o la vejiga (una condición llamada cistitis). La cistitis es el tipo más común de infección del tracto urinario. **Riñones**, los cuales producen la orina al remover agua y los desechos de la sangre. **Uréteres**, los tubos que llevan la orina desde los riñones hacia la vejiga. **Vejiga**, el contenedor de forma de saco para almacenar la orina. **Uretra**, el tubo que lleva la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo (15).

**Síntomas**

La infección del tracto urinario causa que la cubierta interna del tracto urinario se torne rojiza e irritada, lo cual puede producir algunos de los siguientes síntomas: (15)

a) Dolor en el flanco (costado), abdomen o en el área pélvica
b) Presión en la pelvis inferior
c) Necesidad de orinar frecuentemente (frecuencia)
d) Dolor al orinar (disuria)
e) Necesidad urgente de orinar (urgencia)
f) Incontinencia (goteo de orina)
g) Necesidad de orinar durante la noche
h) Color anormal de la orina (orina turbia)
i) Sangre en la orina
j) Olor fuerte o fétido de la orina

**Otros síntomas que pueden estar asociados a la infección del tracto urinario incluyen:**

a) Dolor durante las relaciones sexuales
b) Dolor en el pene
c) Dolor en el flanco (costado del cuerpo)
d) Fatiga
e) Fiebre (temperatura superior a los 100o F)
f) Escalofríos
g) Vómitos
h) Confusión o cambios del estado mental. (15)

**Causa**

Las infecciones del tracto urinario las causan los microorganismos – usualmente bacterias – que entran en la uretra y la vejiga, causando inflamación e infección. Las bacterias pueden también subir hacia los uréteres e infectar

los riñones. Más del 90 por ciento de los casos de cistitis son causados por E.coli, una bacteria normalmente hallada en los intestinos. (15)

**Epidemiologia**

Las infecciones del tracto urinario son muy comunes, y ocurren en 1 de cada 5 mujeres en algún momento de sus vidas. Del uno al 2% de los niños desarrollan infecciones del tracto urinario. Cada año, de 8 millones a 10 millones de consultas médicas son por infecciones del tracto urinario. (15)

**Sexo que más predomina (ITU)**

Cualquiera puede adquirir una infección del tracto urinario, pero estas son más comunes en las mujeres. Esto es debido a que la uretra en las mujeres es más corta y cercana al ano, donde las bacterias E.coli son comunes. Los adultos mayores también tienen un riesgo mayor de desarrollar cistitis. Este incremento del riesgo puede ser debido al vaciamiento incompleto de la vejiga relacionado a varias condiciones médicas, incluyendo un agrandamiento de la próstata o el prolapso de vejiga (por ejemplo, caída o deslizamiento de la vejiga de su posición habitual). Si adquieres frecuentes infecciones del tracto urinario, tu médico puede solicitar pruebas para descartar otros problemas de salud – como la diabetes o un sistema urinario anormal – que pueden estar contribuyendo a tus infecciones. (15)

**Diagnostico**

Tu médico utilizará las siguientes pruebas para diagnosticar infecciones del tracto urinario:

1) **Urinálisis** - Examen de orina para buscar en la orina glóbulos rojos, glóbulos blancos y bacterias (El número de glóbulos blancos y rojos pueden indicar una infección.)

2) **Cultivo de orina** para determinar el tipo de bacteria en la orina. Esto es importante para ayudar a determinar el tratamiento apropiado. (15)

Si tu infección no responde al tratamiento o si tienes infecciones repetidamente, tu médico puede utilizar las siguientes pruebas para buscar enfermedades o lesiones en tu tracto urinario: (15)

a. **Pielografía intravenosa (PIV)**, una serie de rayos-X de la vejiga, riñones y uréteres después de inyectar una sustancia de contraste especial. (La sustancia de contraste ayuda a mostrar mejor las estructuras en los rayos-X)
b. **Ultrasonido**, una prueba que utiliza ondas de sonido para formar imágenes de los órganos internos
c. **Cistoscopía**, una prueba que utiliza un instrumento especial compuesto por una lente y una fuente de luz (cistoscopio) para ver el interior de la vejiga desde la uretra.
d. **Tomografía computarizada (TC, CT por sus siglas en inglés)**, un tipo de rayos-X que toma secciones transversales del cuerpo (como rebanadas) – mucho más preciso que los típicos rayos-X
e. **Tratamiento de las infecciones del tracto urinario** Los antibióticos, medicinas que matan a las bacterias, se usan para tratar las infecciones del tracto urinario. Tu médico elegirá el medicamento que mejor trate la

bacteria causante de tu infección. Los antibióticos que se usan comúnmente incluyen: (15)

a) Nitrofurantoína
b) Sulfonamidas (medicamentos sulfas)
c) Amoxicilina
d) Cefalosporinas
e) Trimetoprim/sulfametoxazol (Bactrim®)
f) Doxiciclina
g) Quinolonas (como ciprofloxacino [Cipro®])

Es muy importante que sigas las instrucciones de tu médico para tomar las medicinas. No dejes de tomar el antibiótico porque tus síntomas hayan desaparecido y empieces a sentirte mejor. Si tienes historial de infecciones del tracto urinario frecuentes, podrías recibir una receta de antibióticos que tomarás a la primera aparición de los síntomas. Otros pacientes pueden recibir antibióticos para tomar todos los días, un día sí y otro no, o después de tener relaciones sexuales, para prevenir infecciones. Si la infección no se trata por completo con todo el curso de antibióticos, ésta puede volver. Complicaciones de la infección del tracto urinario. La infección del tracto urinario que no se trata puede llevar a una infección más seria de los riñones. **¿Pueden prevenirse las infecciones del tracto urinario?,** existen algunos pasos que tú puedes tomar para reducir tu riesgo de desarrollar infecciones del tracto urinario: Mantenga buenas prácticas de higiene del área genital (especialmente las mujeres). Luego de evacuar, los genitales deben de limpiarse de adelante hacia atrás para reducir la probabilidad de arrastrar bacterias E.coli desde el área rectal hacia la uretra. (15)

**Orina frecuentemente**. Esto barre las bacterias fuera de la vejiga y puede reducir el riesgo de cistitis en aquellos que están predispuestos a infecciones del tracto urinario. Beber abundantes líquidos promueve el orinar frecuentemente. Evita líquidos y alimentos que irritan la vejiga, como el alcohol, los jugos cítricos, bebidas que contienen cafeína y comidas muy condimentadas. También evita fumar durante ese tiempo. (15)

Orina inmediatamente antes y después de las relaciones sexuales. Esto puede ayudar a eliminar las bacterias que pueden haber sido introducidas durante las relaciones sexuales. Lávate el área genital con agua temperada antes de tener relaciones sexuales. (15)

Utiliza una crema vaginal que contenga estrógenos en mujeres post-menopáusicas para reducir el riesgo de infecciones del tracto urinario. Tu médico decidirá contigo si esto es algo que puede beneficiarte. La crema de estrógeno cambia en pH de tu vagina y la hace menos susceptible infecciones, por ello: (15)

a) Bebe al menos 6-8 vasos de agua al día.
b) No utilices duchas vaginales.
c) No utilices desodorantes femeninos en tu área genital
d) Cambia las compresas femeninas y tampones frecuentemente.
e) Utiliza un lubricante a base de agua durante las relaciones sexuales si tienes sequedad vaginal.
f) Consulta con tu médico si piensas que tu diafragma está causando la infección.
g) Utiliza ropa interior de algodón.
h) Toma duchas en lugar de baños.
i) Evita vestirte con ropas ceñidas y pantimedias. (15)

Emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

Normalmente estamos frente a una emergencia cuando: La persona afectada está inconsciente. Urgencia se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata el paciente no presenta riesgo de muerte. (15)

### 2.5.3 Prioridad de atención

Ventaja o preferencia que una persona o cosa tiene sobre otra.

**a) La norma técnica de servicio de emergencia clasifica de acuerdo a su prioridad. (3)**

a) Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema.
b) Prioridad II Urgencia Mayor.
c) Prioridad III Urgencia Menor.
d) Prioridad IV patología aguda común.

Mostramos a continuación la definición de cada prioridad y se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las Prioridades establecidas en el Triaje:

**a) Prioridad I.**

Paro cardio respiratorio, dolor torácico precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión, dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis), shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo), arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión, hemorragia profusa, obstrucción de vía respiratoria alta, inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva), paciente inconsciente que no responde a estímulos, paciente con trauma severo como: status convulsivo, sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria, ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos, signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica, signos y síntomas de embarazo ectópico roto, signos vitales anormales, suicidio frustro,

intento suicida, crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva. Problemas específicos en pacientes pediátricos: intoxicaciones por ingesta o contacto, períodos de apnea, cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil, deshidratación con shock: llenado capilar mayor de tres segundos, sangrado: hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa, quemaduras en cara o más del 10% de área corporal, quemaduras por fuego en ambiente cerrado, acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño, status convulsivo, status asmático, hipertermia maligna, trastornos de sensorio, politraumatismo, herida por arma de fuego, cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la sala de reanimación. (3)

**b) Prioridad II.**

Conocidas como urgencias menores, pueden ser: frecuencia respiratoria ≥ de 24 por minuto, crisis asmática con broncoespasmo moderado, diabetes mellitus descompensada, hemoptisis, signos y síntomas de abdomen agudo, convulsión reciente en paciente consciente, dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico, arritmias sin compromiso hemodinámico, sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables, paciente con trastornos en el sensorio, hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva, descompensación hepática, hernia umbilical o inguinal encarcelada, signos y síntomas de descompensación tiroidea, contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación, herida cortante que requiere sutura, injuria en ojos perforación, laceración, avulsión, desprendimiento de retina, fiebre y signos inflamatorios en articulaciones, síntomas y signos de cólera, deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica, hematuria macroscópica, reacción alérgica, sin compromiso respiratorio, síndrome febril o infección en paciente inmuno

suprimido (ejemplo: paciente diabético con infección urinaria). Problemas Específicos en pacientes Pediátricos: cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses, dolor abdominal, trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias, niños con fiebre y petequias o púrpura, niños menores de 3 meses con t° ≥ que 38° c, niños menores de 2 años con t° ≥ que 39° c, niños con síntomas de infección urinaria, convulsiones recientes, sincope o mareos, cefalea / epistaxis no controlada, quemaduras en menos del 10% de área corporal, trauma ocular no penetrante, laceración que requiere sutura con sangrado activo, niños que han sufrido agresión física, odontalgia, otalgia. Cualquier otro caso que a criterio del médico tratante considere necesario la atención en algún tópico de emergencia. (3)

**c) Prioridad III.**

Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables, herida que no requiere sutura, intoxicación alimentaria, trastornos de músculos y ligamentos, otitis media aguda, deshidratación hidroelectrolítica leve, osteocondropatia aguda, sinusitis aguda, hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico, urticaria, fiebre > de 39º sin síntomas asociados, síndrome vertiginoso y trastorno vascular, celulitis o absceso con fiebre, funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares, lumbalgia aguda, broncoespasmo leve, hipertensión arterial leve no controlada, signos y síntomas de depresión, crisis de ansiedad o disociativas, signos y síntomas de infección urinaria alta, pacientes con neurosis de ansiedad, pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica. Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención. (3)

**d) Prioridad IV.**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, faringitis aguda, amigdalitis aguda, enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos, absceso sin fiebre, sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables, fiebre sin síntomas asociados, resfrío común, dolor de oído leve, dolor de garganta sin disfagia, enfermedades crónicas no descompensadas. (3)

### 2.5.4 Urgencias

Son todas aquellas situaciones en las que, si bien “no existe riesgo inminente de muerte”, se requiere una rápida intervención Médica, ya sea para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores. Son ejemplos los traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc; así como también las Infecciones menores como garganta y oído, sinusitis, dolores musculares, etc. (18)

### 2.5.5 Emergencia

Se entiende por emergencia toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría. (18)

## 2.6 Definiciones de términos básicos.

a) **Prevalencia:** Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. (10)

b) **Prioridad de atención:** Del latín prior ("anterior"), la prioridad hace referencia a la anterioridad de algo respecto de otra cosa, ya que sea en tiempo o en orden. Aquel o aquello que tiene prioridad se encuentra primero en comparación con otras personas o cosas. (16)

c) **Soat:** Es un seguro obligatorio establecido por Ley con un fin netamente social. Su objetivo es asegurar la atención, de manera inmediata e incondicional, de las víctimas de accidentes de tránsito que sufren lesiones corporales y muerte. (17)

d) **Convenio:** Usuarios que cuentan con seguro particular y tienen convenio con la clínica.

e) **Particular:** Usuarios que no cuentan con ningún tipo de seguro

f) **Privado:** Usuarios que son referidos por médico tratante de consultorios particular para ser atendidos en la clínica

# III. VARIABLES E HIPOTESIS

## 3.1 Variables de la Investigación

a) **Prevalencia de urgencias:** Es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo en 6 horas.

b) **Prevalencia de emergencia:** Es aquel caso y en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

## 3.2 Hipótesis

Por ser estudio descriptivo simple no cuenta con la hipótesis.

## 3.3 Operacionalización de variables

| VARIABLE DE ESTUDIO | DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|---|---|
| **PREVALENCIA DE URGENCIA Y EMERGENCIA** | Prioridad I: Emergencia o Gravedad Súbita Extrema | 1. Paro Cardio Respiratorio |
| | | 2. Dificultad respiratoria (cianosis) |
| | | 3. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo) |
| | | 4. Traumatismo cráneo encefálico |
| | | 5. Quemaduras con extensión mayor del 10%. |
| | | 6. Fracturas abiertas |
| | | 7. Herida de bala o arma blanca. |
| | | 8. Amputación con sangrado no controlado. |
| | | 9. Status Convulsivo. |
| | | 10. Intoxicación |
| | | 11. Síndrome doloroso abdominal |
| | | 12. embarazo ectópico roto. |
| | | 13. Intento de suicidio. |
| | | 14. Status asmático |
| | | 15. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 16. aspiración u obstrucción con cuerpo extraño. |
| | | 17. Politraumatismo |
| | | 18. Accidente cerebro vascular |
| | | 19. Infarto de miocardio agudo |
| | Prioridad II Urgencia Mayor | 1. Crisis asmática con broncoespasmo moderado. |
| | | 2. Diabetes Mellitus Descompensada. |
| | | 3. Hemoptisis. |
| | | 4. Abdomen Agudo. |
| | | 5. Hemorragia Digestiva alta y baja |
| | | 6. Paciente con trastornos en el sensorio. |
| | | 7. Descompensación Hepática. |
| | | 8. Hernia umbilical o inguinal encarcelada. |
| | | 9. Herida cortante que requiere sutura. |
| | | 10. Fractura cerrada, luxación, esguinces |
| | | 11. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio. |
| | | 12. Cefalea con antecedentes de trauma craneal. |
| | | 13. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas. |
| | | 14. Retención urinaria. |
| | | 15. Cuerpos extraños en orificios corporales, en esófago y estómago. |
| | | 16. Pacientes con crisis de ansiedad. |
| | | 17. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis. |
| | | 18. Herpes Zoster ocular. |
| | | 19. Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto. |
| | | 20. Amenaza de parto prematuro. |
| | | 21. Sangrado post-parto. |
| | | 22. Eclamsia y preclamsia |
| | | 23. Odontalgia (pediátrico) |
| | | 24. Otalgia. (pediátrico) |
| | | 25. pielonefritis |
| | | 26.- Fiebre > de 39º sin síntomas asociados. |
| | Prioridad III Urgencia Menor | 1. Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea. |
| | | 2. Herida que no requiere sutura. |
| | | 3. Intoxicación alimentaria. |
| | | 4. Otitis Media Aguda. |
| | | 5. Deshidratación Hidroelectrolítica leve. |
| | | 6. Sinusitis aguda. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 7. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico. |
| | | 8. Urticaria. |
| | | |
| | | 9.- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular. |
| | | 10.- Celulitis o absceso con fiebre. |
| | | 11.. Lumbalgia aguda. |
| | | 12.- Broncoespasmo leve. |
| | | 13 Hipertensión arterial leve no controlada. |
| | | 1. Crisis de Ansiedad o Disociativas. |
| | | 16. Signos y síntomas de infección urinaria alta. |
| | | 17. Pacientes con neurosis de ansiedad. |
| | Prioridad IV patología aguda común. | 1. Faringitis aguda. |
| | | 2. Amigdalitis aguda. |
| | | 3. Enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos |
| | | 4. Absceso sin fiebre. |
| | | 5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables. |
| | | 6. Fiebre sin síntomas asociados. |
| | | 7. Resfrío común. |
| | | 8. Dolor de oído leve. |
| | | 9. Dolor de garganta sin disfagia. |
| | | 10. Enfermedades crónicas no descompensadas |

# IV. METODOLOGIA

## 4.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, que permitió describir la prevalencia de urgencia y emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018.

## 4.2 Diseño de la Investigación

Es de tipo no experimental descriptivo transversal por que las investigadoras no intervinieron ni modificaron de alguna manera el trabajo, a su vez transversal y retrospectivo porque describieron las situaciones en un momento dado.

## 4.3 Población y Muestra

**a) Población.**

La población estará constituida por 2532 las atenciones en el servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia desde abril – junio del 2018.

**b) Muestra.**

Se considerará 334 pacientes atendidos desde abril – junio del 2018.

**c) Fórmula de muestreo aleatorio.**

**N = 2532**

**Z = 1.96**

**e = 0.05**

**P = 0.5**

**q = 0.5**

$$n_o = \frac{Z^2 \times P \times q}{e^2} \qquad n^l = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

$$n_o = 384 \qquad n^l = 334 = \text{muestra}$$

## 4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se usará el análisis documental y como instrumento ficha de registro, para poder hacer un mejor de orden, paloteo y procesar los datos de manera adecuada y correcta.

## 4.5 Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa SPSS versión 22 y el programa EXCEL, los cuales nos facilitarán en la elaboración de las tablas y de los gráficos estadísticos.

## V. RESULTADOS

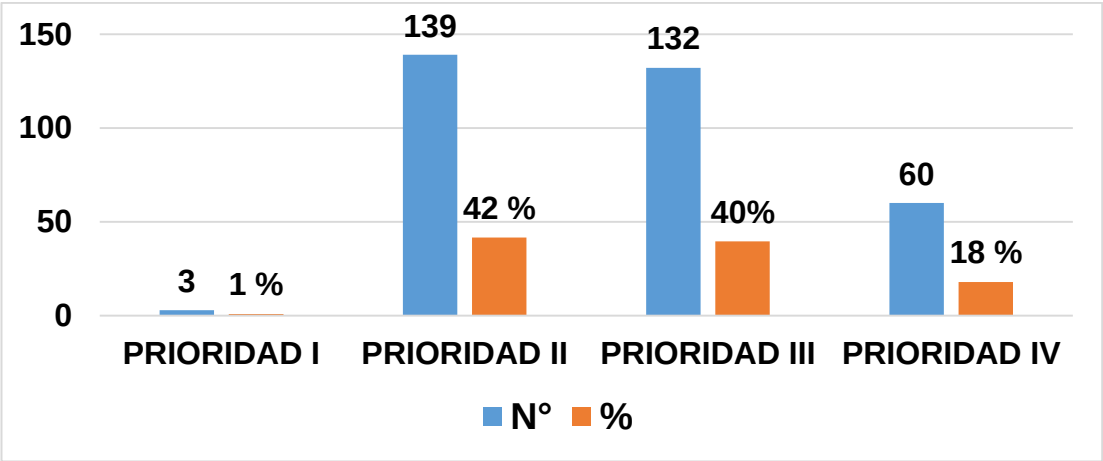
### TABLA N° 5.1

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCION

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| PRIORIDAD I - EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA EXTREMA | 3 | 1% |
| PRIORIDAD II URGENCIA MAYOR | 139 | 42% |
| PRIORIDAD III - URGENCIA MENOR | 132 | 40% |
| PRIORIDAD IV - PATOLOGÍA AGUDA COMÚN | 60 | 18% |
| **TOTAL** | **334** | **100%** |

### GRAFICO N° 5.1

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCION




**FUENTE:** Ficha de registro

En la tabla N° 5.1 se observa que, en la prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, se obtuvo un 42% prioridad II, 40% prioridad III, 18% prioridad IV y 1% prioridad I, con un total de 334 atenciones.

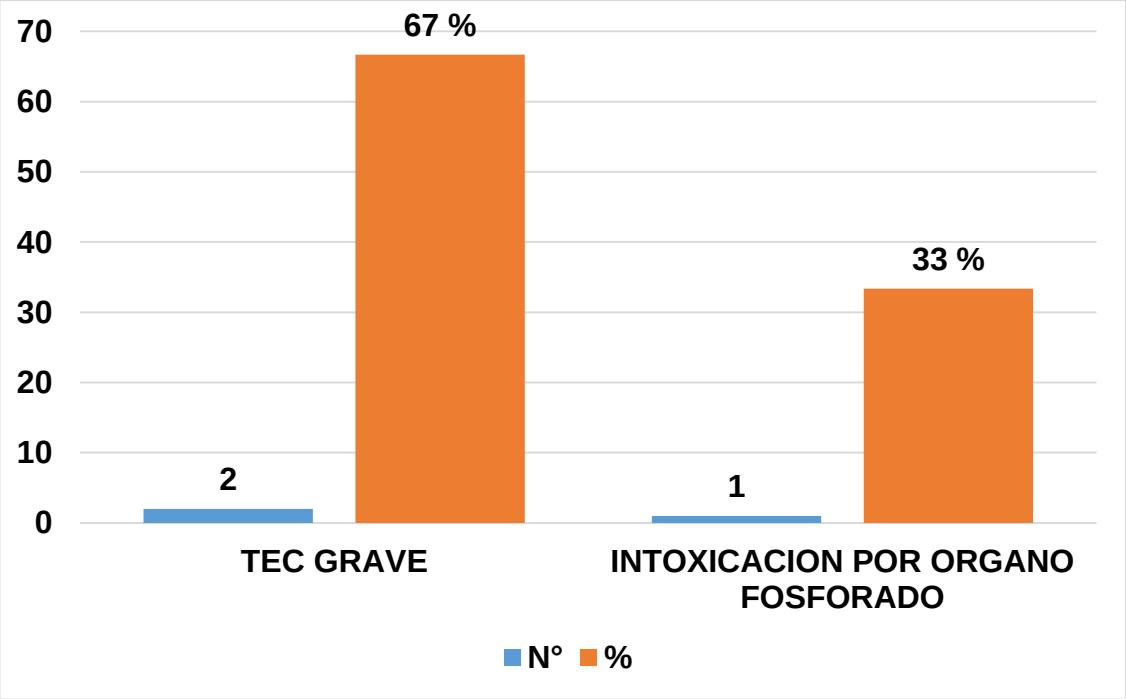
**TABLA N° 5.2**

**PRIORIDAD I - EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA EXTREMA**

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| TEC GRAVE | 2 | 67% |
| INTOXICACION POR ORGANO FOSFORADO | 1 | 33% |
| **TOTAL** | **3** | **100%** |

**GRAFICO N° 5.2**

**PRIORIDAD I - EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA EXTREMA**




**FUENTE:** Ficha de registro

En la tabla N° 5.2 se observa que en la Prioridad I - Emergencia o Gravedad Súbita Extrema, se obtuvo un 67% de atenciones correspondiente a TEC grave y el 33% a intoxicación por órgano fosforado, con un total de 3 atenciones.

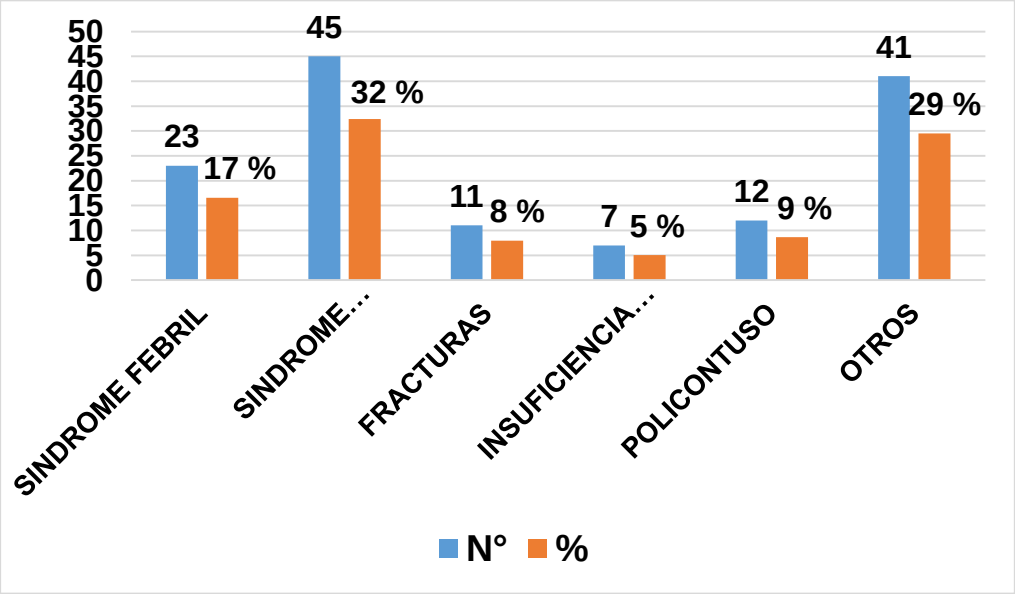
**TABLA N° 5.3**

**PRIORIDAD II URGENCIA MAYOR**

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| SINDROME FEBRIL | 23 | 17% |
| SINDROME DOLOROSO ABDOMINA | 45 | 32% |
| FRACTURAS | 11 | 8% |
| INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 7 | 5% |
| POLICONTUSO | 12 | 9% |
| OTROS | 41 | 29% |
| **TOTAL** | **139** | **100%** |

**GRAFICO N° 5.3**

**PRIORIDAD II URGENCIA MAYOR**




**FUENTE:** Ficha de registro

En la tabla N° 5.3 se observa que en la Prioridad II – Urgencia mayor, se obtuvo un 32% de atenciones correspondiente a síndrome doloroso abdominal, 29% de otros tipos de enfermedades (apendicitis, hemorragia digestiva alta, neumonía, obstrucción intestinal, otros), 17% síndrome febril, 9% policontuso, 8% fracturas, 5% insuficiencia respiratoria aguda, con un total de 139 atenciones.

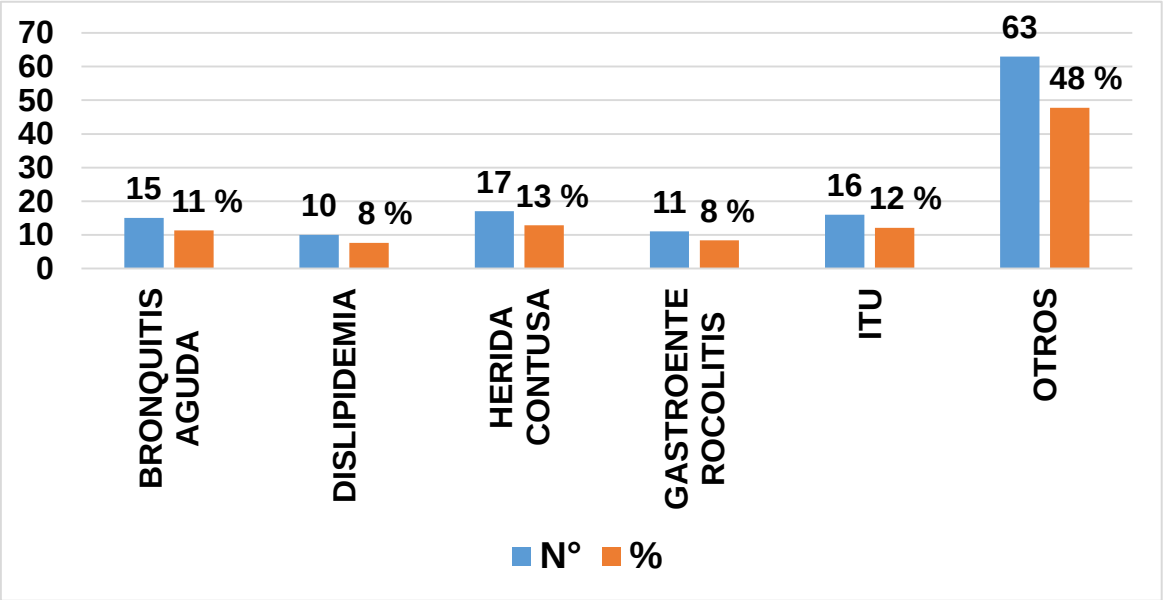
**TABLA N° 5.4**

**PRIORIDAD III - URGENCIA MENOR**

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| BRONQUITIS AGUDA | 15 | 11% |
| DISLIPIDEMIA | 10 | 8% |
| HERIDA CONTUSA | 17 | 13% |
| GASTROENTEROCOLITIS | 11 | 8% |
| ITU | 16 | 12% |
| OTROS | 63 | 48% |
| **TOTAL** | **132** | **100%** |

**GRÁFICO N° 5.4**

**PRIORIDAD III - URGENCIA MENOR**




**FUENTE:** Ficha de registro

En la tabla N° 5.4 se observa que en la Prioridad III – Urgencia menor, se obtuvo un 48% de atenciones otros tipos de enfermedades (alergias cutáneas, artritis reumatoidea, cefalea, contusiones, gastritis, urticaria), 13% heridas contusas, 12% infecciones del tracto urinario, 11% bronquitis aguda, 8% dislipidemia, 8% gastroenterocolitis, con un total de 132 atenciones.

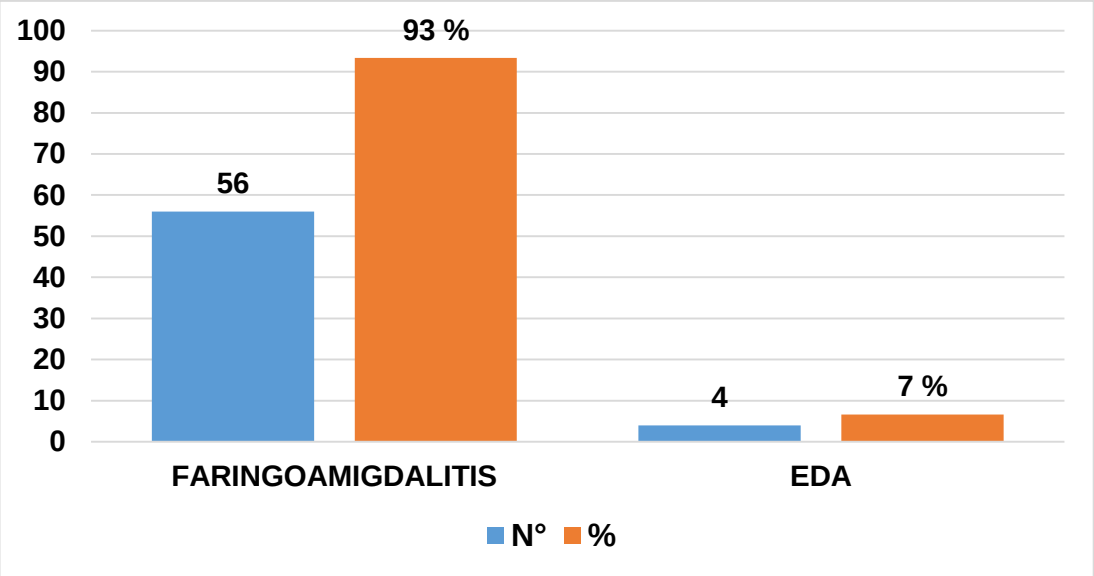
**TABLA N° 5.5**

**PRIORIDAD IV - PATOLOGÍA AGUDA COMÚN**

| ENFERMEDADES | N° | % |
|---|---|---|
| FARINGOAMIGDALITIS | 56 | 93% |
| EDA | 4 | 7% |
| **TOTAL** | **60** | **100%** |

**GRAFICO N° 5.5**

**PRIORIDAD IV - PATOLOGÍA AGUDA COMÚN**




**FUENTE:** Ficha de registro

En la tabla N° 5.5 se observa que en la Prioridad IV - Patología aguda común, se obtuvo un 56% de atenciones por faringoamigdalitis y un 7% de enfermedad diarreica aguda, con un total de 60 atenciones.

# VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

## 6.1 Contrastación de la hipótesis con los resultados

Por ser un estudio descriptivo simple no cuenta con hipótesis.

## 6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

En el estudio de Zoraida K, y Col., Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017, en el resultado con mayor porcentaje la prioridad III, haciendo un total de 38.7% que es una urgencia menor dado que en el estudio de la población acudía al establecimiento con problemas menores como son: Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables, herida que no requiere sutura, intoxicación alimentaria, trastornos de músculos y ligamentos, otitis media aguda, deshidratación hidroelectrolítica leve, osteocondropatia aguda, sinusitis aguda, hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico, urticaria, fiebre > de 39º sin síntomas asociados. (2)

Podemos asociar que la asistencia de los pacientes a la clínica privada de lima del estudio referencial es no muy significativa por el mismo estudio que realizado en sus resultados muestran ello, puede ser que fueron más preventivas. Mientras tanto en los resultados de la investigación: Prevalencia De Enfermedades Según Prioridad De Atención Del Servicio De Emergencia De La Clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018. El resultado es de un 42% para la prioridad II – Urgencia mayor donde hace mención las siguientes enfermedades: fracturas, policontuso, síndrome febril, apendicitis, contractura muscular, diabetes mellitus descompensada, herida contusa, hipertensión, insuficiencia

respiratoria aguda, neumonía, obstrucción intestinal síndrome doloroso abdominal y 40% Prioridad III - Urgencia menor donde se presentaron las siguientes enfermedades: Alergia cutánea, anemia, artritis reumatoidea, bronquitis aguda, cefalea, celulitis, contractura muscular, contusiones, dislipidemia, gastroenterocolitis, infección de tracto urinario, urticaria.

A comparación de la tesis de (Zoraida K, y Col.,) las urgencias en la ciudad de Huancayo son de urgencias mayor. Pongo en hincapié que las urgencias son muy distintas entre la ciudad de Lima con la de Huancayo, por lo cual la gran diferencia es la de prevención y de la cantidad de clínicas existentes en dichas ciudades, la calidad del trato, el trato del personal, el tiempo de respuesta de las urgencias, entre otros.

## VII. CONCLUSIONES

a. La prevalencia de enfermedades según prioridad de atención, se obtuvo un 42% prioridad II, 40% prioridad III, 18% prioridad IV y 1% prioridad I, con un total de 334 atenciones.

b. La Prioridad I - Emergencia o Gravedad Súbita Extrema, se obtuvo un 67% de atenciones correspondiente a TEC grave y el 33% a intoxicación por órgano fosforado, con un total de 3 atenciones.

c. La Prioridad II – Urgencia mayor, se obtuvo un 32% de atenciones correspondiente a síndrome doloroso abdominal, 29% de otros tipos de enfermedades (apendicitis, hemorragia digestiva alta, neumonía, obstrucción intestinal, otros), 17% síndrome febril, 9% policontuso, 8% fracturas, 5% insuficiencia respiratoria aguda, con un total de 139 atenciones.

d. La Prioridad III – Urgencia menor, se obtuvo un 48% de atenciones otros tipos de enfermedades (alergias cutáneas, artritis reumatoidea, cefalea, contusiones, gastritis, urticaria), 13% heridas contusas, 12% infecciones del tracto urinario, 11% bronquitis aguda, 8% dislipidemia, 8% gastroenterocolitis, con un total de 132 atenciones.

e. La Prioridad IV - Patología aguda común, se obtuvo un 56% de atenciones por faringoamigdalitis y un 7% de enfermedad diarreica aguda, con un total de 60 atenciones.

## VIII. RECOMENDACIONES

a. Un mayor control preventivo para con la población de parte del personal que labora en el área de emergencia de la Clínica Cayetano Heredia, lo que ayudaría es la sensibilización para el tipo de atención de prioridad II.
b. Se debe realizar un mejor Triaje antes de las atenciones en emergencia para poder evitar la sobrepoblación.
c. La correcta priorización optimizara y mejorara las atenciones en los servicios de emergencia.
d. El trabajo presentado servirá como antecedente para trabajos nuevos para investigadores quienes desean seguir el trabajo sobre prioridades de atención en los servicios de emergencias en los distintos establecimientos de salud donde uno pueda atenderse.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


1. María Martín García. Estudio del Triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Revista enfermería C y L. Vol.05. (n°1): 42 [consultado 2018 mayo, 28] Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/69 México. 2013.
2. Zoraida J., Castillo R., Karla Yennifer L., Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017, Tesis de grado. Perú. Universidad Peruana Unión. 2017.
3. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia NT N° 42-MINSA/DGSP-V01, Lima-Perú, 2007.
4. Evelyn B., Camila G., Daniela M., Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados, Tesis de grado. Chile. Universidad Austral de Chile. 2014.
5. Eneida Pastrana Maldonado, Uso racional de un servicio de urgencias de un hospital nacional de segundo nivel, tesis de grado. México DF. Instituto Politécnico Nacional. 2010.
6. Aldo R., Adolfo B., Roger M., Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel 2015, tesis de grado. Chiclayo – Perú. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. 2017.
7. Rolando V., José T., Fanny R., Rafael V., Roberto H., Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú, Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
8. En Colombia, Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, Disponible en:

https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/ articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.

9. Scielo Perú, Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao, Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000300005 articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
10. Sant Joan de Déu, Barcelona Hospital. Prevalencia, comorbilidad e incidencia de una enfermedad Disponible en: https://www.rarecommons.org/es/actualidad/prevalencia-comorbilidad-incidencia-enfermedad articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
11. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Material docente de la Unidad de Bioestadística Clínica, Disponible en: http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
12. Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga, Residentes Medicina Familiar y Comunitaria. Dolor abdominal en urgencias, Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
13. María del Carmen García García FEA Neumología Servicio de Urgencias. CHU Infanta Cristina. Manejo de la insuficiencia respiratoria en respiratoria en urgencias. agudización de la EPOC, Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/epoc.pdf articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
14. María del Mar Luque Fernández: R-3 de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario de Málaga. Traumatismo Craneoencefalico, Disponible en:

http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/traucra.pdf articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.

15. Cleveland Clinic, Infecciones del Tracto Urinario (ITU), Disponible en: http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s9135.asp articulo web. Consultada el 28 de mayo del 2018.
16. Definición de, Prioridad, Disponible en: https://definicion.de/prioridad/ articulo web. Consultada el 29 de mayo del 2018.
17. SOAT, Todo sobre SOAT, Disponible en: http://www.soat.com.pe/sobreelsoat.html articulo web. Consultada el 29 de mayo del 2018.
18. Oficina General de Tecnologías de la Información OGTI MINSA Criterios para la crítica y codificación de emergencias Disponible en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/Sistema_Integrado_de_Egresos_y_Emergencias/Sistema%20SEEM_2016/0_Guia%20de%20uso/05_Manual%20Critica%20Emergencias_2016.pdf articulo web. Consultada el 29 de mayo del 2018.

# ANEXO

**ANEXO Nº 01**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

## PREVALENCIA DE ENFERMEDADES SEGÚN PRIORIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA CAYETANO HEREDIA, HUANCAYO 2018

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|---|---|---|---|---|
| **Problema general:**<br>¿Cuál es la prevalencia de urgencia y emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018? | **Objetivo general:**<br>Determinar la prevalencia de urgencia y emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018 | Por ser un estudio descriptivo simple no cuenta con hipótesis | **Variables**<br>**PREVALENCIA DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE ATENCIÓN** | **Tipo de investigación:**<br>Cuantitativo<br>**Diseño de investigación:**<br>M ——— V1<br>M = Prevalencia de urgencia.<br>V1 = Prevalencia de emergencia.<br>**Población**<br>Estará constituida por 2532 pacientes que son atendidos del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia entre los meses abril y junio 2018<br>**Muestra.**<br>Se considerará 334 pacientes atendidos desde abril – junio del 2018.<br>**Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**<br>La tecina que se usará el análisis documental y como instrumento ficha de registro, a fin de ordenar, palotear y procesar los datos de manera adecuada y correcta.<br>**Plan de análisis estadísticos de datos.**<br>Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa SPSS versión 22 y el programa EXCEL, los cuales nos facilitarán en la elaboración de las tablas y de los gráficos estadísticos. |
| **Problemas específicos**<br>**a)** ¿Cuál es la prevalencia de urgencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018?<br>**b)** ¿Cuál es la prevalencia de emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia de la clínica Cayetano Heredia, Huancayo 2018? | **Objetivos específicos:**<br>**a)** Identificar la prevalencia de urgencia de atención en usuarios del servicio de emergencia.<br>**b)** Identificar la prevalencia de emergencia de atención en usuarios del servicio de emergencia. | | | |

**ANEXO Nº 02**

**GUIA DE ANALISIS DOCUMENTAL**

| HCL | EDAD | DIAGNOSTICO | PRIORIDAD |
|---|---|---|---|
| | 0 - 11 | | PRIORIDAD I - EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA EXTREMA |
| | 12 – 18 | | PRIORIDAD II URGENCIA MAYOR |
| | 19 – 39 | | PRIORIDAD III - URGENCIA MENOR |
| | 40 – 64 | | PRIORIDAD IV - PATOLOGÍA AGUDA COMÚN |
| | 65 - + | | |