

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**“FACTORES ASOCIADOS AL USO INADECUADO DEL SERVICIO  
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL Dr. LUIS “CHICHO” FÁBREGA.  
MARZO A AGOSTO DE 2016”**

YANITZA G. ZERNAS JIMÉNEZ

cédula: 8- 360- 137

Tesis presentada para optar por el título de Maestría en Salud Pública

Profesor Asesor: Doctor Carlos Brandariz

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

Aprobado por:

Director de Tesis \_\_\_\_\_

Miembro del Jurado \_\_\_\_\_

Miembro del Jurado \_\_\_\_\_

Directora de Investigación  
y Postgrado Facultad de Medicina \_\_\_\_\_

Coordinador de la Maestría \_\_\_\_\_

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

DEDICATORIA

A Jesús Nazareno por ser el guía de mi vida.

A mi Mamá Gertrudis que siempre ha sido mi ejemplo de valores y fortalezas.

Mi padre, Alcibíades (QEPD), que siempre fue mi modelo de superación y apoyo en esta maestría. Igualmente, a mi hija Yanielka María, quien es mi fortaleza y que resistió el sacrificio del tiempo que dediqué a esta preparación profesional.

A mis hermanas y sobrinos que siempre estuvieron allí para respaldarme y animarme; como mi amiga Ligia que en todo momento me animaba a terminar y lograr mi meta.

**YANITZA**

## AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de seguir preparándome en mi vida profesional. Al Dr. Carlos Brandariz, mi asesor, por su tiempo, guía y recomendaciones para culminar este proyecto con éxito.

Agradezco al departamento de REGES del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, en especial a la Licenciada Elkis Soto, por su apoyo incondicional, guiándome en la búsqueda de la información necesaria en este trabajo.

A todos muchas gracias por su colaboración y bendiciones.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	v
Índice general	vii
Índice de tablas y figuras	x
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I. Marco Referencial	6
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Justificación	10
1.3 Propósito	14
Capítulo II. Marco Teórico	15
2.1 Atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH)	16
2.1.1. Definiciones	
2.2 Usos del servicio de urgencias hospitalarios	17
a. Factores asociados al uso del servicio de urgencias	19
b. Triage de los servicios de urgencias	20
c. Clasificación de patologías de urgencias	22
2.3 Uso inadecuado del servicio de urgencias	26
a. Conceptos	26
b. Causas del uso inadecuado del SUH	27
2.4 Variables	30
2.5 Formulación de Hipótesis	31

2.6 Objetivos	32
2.6.1 Objetivo general.	32
2.5.2 Objetivos específicos.	32
Capítulo III. Aspectos Metodológicos	33
3.1 Área de estudio	34
3.2 Tipo de estudio	35
3.3 Población	37
3.4 Selección y tamaño de la muestra	37
3.5 Definición de casos y controles	38
3.6 Criterios de Inclusión y criterios Exclusión	38
3.7 Definiciones conceptuales. Operacionales y flujo de variables	40
3.8.1 Definiciones Conceptuales	
3.8.2. Definiciones Operacionales	
3.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.9 Procedimientos para la recolección de los datos	42
3.10 Procedimiento para garantizar los aspectos éticos	43
3.11 Plan de tabulación y análisis de los resultados	44
Capítulo IV. Resultados y discusión	45
4.1 Análisis descriptivo de los datos	46
4.2 Análisis Bivariado	53
Conclusiones	67
Recomendaciones	69
Referencias bibliográficas	71
Anexos	75

**ÍNDICE DE TABLAS**

**Y**

**FIGURAS**

Número de tabla o figura	TÍTULO	Pág.
Tabla 1	Componentes fundamentales para utilizar los servicios de urgencias, según Andersen.	19
Tabla 2	Sexo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	46
Tabla 3	Distribución de grupos etarios de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	47
Tabla 4	Nivel educativo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	48
Tabla 5	Estado laboral de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	49
Tabla 6	Procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	50
Tabla 7	Hora de atención de los pacientes en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega Marzo a agosto de 2016.	51
Tabla 8	Antecedentes de enfermedades crónicas, no transmisibles, atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	52
Tabla 9	Asociación entre grupo etario y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega marzo a agosto de 2016.	54
Tabla 10	Estimación de riesgo para grupos etarios, según el uso inadecuado del SUH, por los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	54
Tabla 11	Asociación entre el sexo y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	55
Tabla 12	Asociación entre el nivel educativo y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalarias, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	56
Tabla 13	Asociación entre el estado laboral y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalarias, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	57

Tabla 14	Asociación entre el área de residencia y el uso inadecuado del SUH, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	58
Tabla 15	Estimación de riesgo para el área de residencia y el uso inadecuado del SUH, de los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	58
Tabla 16	Asociación entre horario de atención y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, de los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	59
Tabla 17	Asociación entre los antecedentes de ECNT y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, por los pacientes atendidos en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	60
Tabla 18	Estimación de Riesgo para antecedentes de enfermedades crónicas, no transmisibles, según el uso inadecuado del SUH, por los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega.	61
Tabla 19	Asociación entre factores sociodemográficos y de salud con el uso inadecuado del SUH, en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	62
Figura 1	Distribución % de grupo etario de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto 2016.	47
Figura 2	Nivel educativo de los pacientes atendidos en SUH del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	48
Figura 3	Estado laboral de los pacientes atendidos en SUH del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	49
Figura 4	Lugar de residencia de los pacientes atendidos en SUH del hospital Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.	50
Figura 5	Distribución del nivel educativo de los casos y controles, asociado al uso inadecuado del servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto 2016.	56

## RESUMEN

El aumento progresivo y constante del número de consultas en los servicios de urgencias hospitalarias, eleva la proporción del uso inadecuado de los mismos y la respuesta a la demanda ha adquirido una importante complejidad, tanto médica como administrativa.

Se realizó un estudio de casos y controles para determinar los factores asociados al uso inadecuado de los servicios de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, en el cual se incluyó a los pacientes que solicitaron consultas de urgencias, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y al 31 de agosto de 2016, para el análisis de factores de riesgo al uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalarias. Se aplicó un cuestionario a la muestra de las 377 historias clínicas (188 casos y 187 controles).

Los resultados indicaron diferencias significativas entre: La edad y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario con un  $\chi^2 = 9.276$ , un OR = 2.051 (1.286-3.270) y valor  $p = .002$ . El lugar de residencia y uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario con un  $\chi^2 = 6.026$ , un OR= 1.679 (1.109 -2.542)  $p = .014$ . En cuanto a la asociación de los antecedentes de enfermedades crónicas, no transmisibles, y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, encontramos diferencias significativas con un  $\chi^2 = 15.353$ , el OR= 0.38 (.238 - .626)  $p = .000$ . No se observaron diferencias significativas al investigar las variables sexo, nivel educativo, el estado laboral y la hora de atención, con el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalarias.

Los resultados apoyan la conclusión que, el tener menos de 50 años, vivir en área urbana, son factores de riesgo para el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario; además, con los resultados obtenidos en esta investigación, el padecer alguna enfermedad crónica, no transmisible, es un factor - protector al uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalarias.

Palabras claves: Servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH), uso inadecuado.

## ABSTRACT

Increasing progressive and constant number of queries in the hospital emergency department raises the proportion of the inappropriate use of them and the response to the demand has acquired an important both medical and administrative complexity.

A case-control study was conducted to determine the factors associated with the inappropriate use of emergency services of the Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega, which included patients who requested emergency consultations during the period between March 1 and August 31, 2016, for the analysis of risk factors to the inappropriate use of hospital emergency department. A questionnaire was applied to the sample of 377 records (188 cases and 187 controls).

The results indicated significant differences between: age and the inappropriate use of emergency hospital with a  $\chi^2 = 9.276$  an OR = 2.051 (1,286-3,270) and value  $p = .002$ , the place of residence and use inappropriate use of hospital emergency department with a  $\chi^2 = 6.026$  an OR = 1.679 (1.109-2,542)  $p = .014$  In terms of the Association's history of noncommunicable diseases and inappropriate use of the Emergency Department hospital significant differences with a  $\chi^2 = 15.353$  OR = 0.38 (.238 - .626)  $p = .000$  No significant difference when investigating the variables sex, educational level, employment status and time of attention with the inappropriate use of emergency hospitala River.

The results support the conclusion that having less than 50 years old, live in urban area are factors of irrigation for the inappropriate use of the Emergency Department hospital, with the results obtained in this research suffer from any chronic disease, not transmissible is a protective factor to the inappropriate use of hospital emergency department.

Keywords for this page: service of emergency hospital (SUH), inappropriate use.

## INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), son parte de la pirámide de los sistemas de atención médica de urgencia, que reciben pacientes atendidos en otras instalaciones, y son referidos para atención médica y personas que acuden por su propia decisión.

En el uso adecuado o inadecuado del servicio de urgencias de los hospitales hay una serie de factores relacionados al usuario, al equipo de trabajo (proveedor), a las estructuras y al funcionamiento de la organización, entre las que se pueden mencionar: las características sociodemográficas, la necesidad, según los estados de salud de la población, la accesibilidad temporal y administrativa de los servicios de urgencias versus los servicios de atención primaria, la atención que pueda brindar el profesional y, en este estudio, se investigan factores relacionados a los usuarios y que se asocian con el uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalarias(SUH).

En Panamá no encontré evidencias de estudios realizados sobre este tema, pero sí es indiscutible la permanente queja ciudadana. Estudios realizados en Chile, en cuanto a esta problemática, refleja un 43.3% de la población que utiliza el servicio de urgencias de manera inadecuada, comparada con el 23.6% que se identificaron en estudios realizados en Colombia (Burgos, E., Garcia, C.,Mayorga, D., 2014)

El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalarias, en el hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega de marzo a agosto del año 2016, a través de las historias clínicas electrónicas de los pacientes atendidos.

Se justifica, teórica y estadísticamente, que a nivel mundial se identifica cada vez más el aumento de las consultas inadecuadas en los servicios de urgencias, a pesar de las estrategias que los mismos han desarrollado.

La metodología usada para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados al uso inadecuado del servicio de urgencias del hospital Dr. Luis Fábrega, de marzo a agosto de 2016? Se desarrolló en un estudio de casos y controles, donde los primeros son los pacientes que, en su historia clínica, no registren diagnósticos de patologías incluidos en la atención de este servicio, y los controles son pacientes que, en su historia clínica, registren diagnósticos de patologías incluidos en la atención del SUH; a través de un estudio retrospectivo, cuyos datos se recolectaron en un cuestionario sobre la historia clínica electrónica del paciente. Se usó la prueba de Chi Cuadrado para establecer la significancia estadística y el OR para la determinación de la fuerza de asociación de las variables. Se establece que la  $p$  es estadísticamente significativa cuando  $p < .05$

Dentro del mismo encontramos limitaciones como la escasa o casi nula bibliografía a nivel nacional de este problema, A pesar de esta situación, es importante cumplir los objetivos y propósitos del estudio, como es el que sirva de base y fuente para que se planifiquen estrategias, por parte del Estado, en programas y educación dirigidos a la población, de tal forma, que tomen conciencia de la problemática que afecta a todos los usuarios de los servicios de urgencias y el establecimiento de planes de acción que ayuden a fortalecer el sistema de salud en todos los niveles, permitiendo en cada área la atenciones de forma adecuada.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO REFERENCIAL**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La demanda inadecuada de los servicios de urgencias, en los hospitales, ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años, convirtiéndose en uno de los mayores problemas de Salud Pública, a nivel mundial; sin importar el nivel socioeconómico de las áreas. La sobredemanda de los servicios constituye uno de los problemas prevalentes en los países desarrollados y en vías de desarrollo, a pesar de la aplicación de medidas en los servicios de atención primaria y urgencias extrahospitalarias; en España, por ejemplo, se estima que el uso de los servicios de urgencia fue de 17,9 millones en 1997 a 25,3 millones en 2006; lleva a un incremento constante de 4,6% anual (Espinel Vallejos, et al, 2011). Señalando la preocupación de que estos aumentos sean producto de la atención de casos inadecuados, cuyos porcentajes oscilan entre un 20-80% (Cano del Pozo, M.I., et al, 2008).

Teniendo en cuenta los niveles de organización sanitaria de la mayoría de los países del mundo, cabe destacar la diferencia en los planes de atención con respecto al financiamiento de la salud. En países como Francia, Dinamarca, Finlandia, Italia, Reino Unido, Canadá y España la atención es completamente gratuita y está asegurada para todas las personas sin considerar condición socioeconómica y edad. Igualmente, la demanda de los servicios de urgencia, en particular en el uso inadecuado de estos niveles hospitalarios, constituye un problema prevalente en la mayoría de ellos, observándose un aumento con el devenir de los años (Burgos, E., Garcia, C., Mayorga, D., 2014). Estudios en Nueva Zelanda y Australia también demuestran que, la utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios, es un problema cada día mayor.

En América Latina, estudios realizados en Chile nos refleja esta problemática, con un 43.3% de población que utiliza el servicio de urgencias, de manera inadecuada; la cual es comparada con el 23,6%, que se identifica en estudios colombianos (Burgos, E., Garcia, C., Mayorga, D., 2014). Otros estudios realizados en Colombia, revelaron que el mal uso del servicio de urgencias es una constante en la ciudad de Medellín y en el país en general, acentuándose en el grupo de los pobres no afiliados, cuya cifra supera el 50% (Arango, M., et al, 2009). En México, en el Hospital General el 65.17% de las consultas se consideró inadecuado; 61.67% de las otorgadas a adultos y 75.20% de las otorgadas a niños. ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010).

Nuestro país no se escapa de esta realidad en la atención que se brindan en los cuartos de urgencias de los hospitales. Es así que, el Luis “Chicho” Fábrega, que brinda el servicio a toda la población de Veraguas y parte de las provincias de Herrera, Chiriquí y Comarca Ngäbe Bugle, no es ajeno a lo antes mencionado, solo en el año 2015, según datos estadísticos del departamento de Registros y Estadísticas en salud del hospital, se atendieron 38 080 urgencias, de las cuales el 35% fueron urgencias reales (13328 pacientes).

El concepto del uso inadecuado del Servicio de Urgencia Hospitalario (SUH), se considera como las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos que se encuentran al alcance del médico del Primer Nivel de Atención. Este elevado uso del Servicio de Urgencias Hospitalarias; de forma inadecuada, es preocupante debido a que las personas sustituyen la búsqueda de atención a su salud en la red primaria por las de los SUH, originando abandono en el control de sus tratamientos. La atención de estos

pacientes, no urgentes, puede poner en riesgo la vida del que sufre una situación de riesgo vital; los consecuentes aumentos en los costos, la falta de espacio en los hospitales y la necesidad de aumentar el recurso humano, que labora en este servicio y que puede producir errores y omisiones graves, presenta una elevada demanda de pruebas complementarias, dando lugar a sobrecarga en áreas como radiología y laboratorio. Este uso del servicio de urgencias hospitalaria podría presentarse por muchos factores como: los cambios socioculturales, demográficos y, en los patrones de morbilidad, problemas en la atención primaria de salud y otros problemas del sistema sanitario, así como una mayor accesibilidad a los servicios de urgencias hospitalarias (Burgos, E., Garcia, C., Mayorga, D., 2014). Situación que nos motivó a realizar este estudio para identificar los distintos factores que pueden incidir en el uso inadecuado del cuarto de urgencias. Por lo que planteo el problema de la siguiente manera:

***¿Cuáles son los factores asociados al uso inadecuado del servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “chicho” Fábrega, marzo a agosto de 2016?***

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH), constituyen la cúspide del sistema de atención médica urgente donde convergen, tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial sanitaria como aquellos que acuden por propia iniciativa.

La finalidad de este estudio es investigar si hay asociación de factores que están incidiendo en el uso inadecuado de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, y que se ha reflejado, en los últimos años, en la calidad de atención que se brindan en los cuartos de urgencias de los hospitales de nuestro país.

En España, el número de urgencias hospitalarias creció en un 23,2% entre 2001-2007, el 52,5 de los 5239,416 pacientes ingresados en el hospital en el 2007 fueron ingresos de urgencias. (Ministerio de sanidad y Política Social, 2010). Uno de cada 2 ciudadanos consulta una vez al año el servicio de urgencias y el 80%, de estas consultas, son debidas a decisiones de los pacientes. Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, con porcentajes de consultas inadecuadas, que pueden variar entre el 78.9% - 58.6% o incluso, cifras de estudios recientes como el 26.8%; en el mejor de los casos, la tercera parte de estas consultas pueden o deben evitarse. Entre todas las consultas a estos servicios, las enfermedades respiratorias representan, en algunos casos, hasta el 34% de los diagnósticos al alta (Domingo, C, Ortún, V, 2006). En estudio realizado en Manizales (2010), Colombia, se observó una consulta adecuada en un 76.4%, contraria a investigaciones mencionadas anteriormente, con los síntomas más comunes en patología gastrointestinal con un 14.4% del total de las consultas.

En el Hospital General Regional N° 25 (México), se consideraron inadecuadas el 65.17% de las mismas; el 61.67% otorgadas a adultos y 75.20%, a niños. ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010)

En el país no se ha realizado estudios que aborden, principalmente, los factores asociados al uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarias; sin embargo, en 1998, en el hospital José Domingo de Obaldía, se realizó una valoración del “Grado de utilización de los servicios de urgencias por población pediátrica, que acude al cuarto de urgencias del hospital José Domingo de Obaldía, durante los años 1994-1998, dando como resultados que la población maneja, por concepto de urgencias, cualquier padecimiento que tiene más de 48 horas de evolución, restando capacidad y recursos a la institución y limitando la atención del que realmente lo necesita.

A través de los años, el cuarto de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega ha funcionado como una unidad que ofrece servicios las 24 horas del día a toda la población de la provincia de Veraguas y áreas aledañas, desde el recién nacido hasta edad adulta, que amerite atención inmediata y especializada. Este servicio brinda atención a un promedio de 130 pacientes en 24 horas; según los datos de Registros Estadísticos en salud del hospital Luis Fábrega.

El Ministerio de Salud ha realizado esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de atención que se brindan a la población panameña, desarrolladas en las políticas de salud del Minsa 2016-2025 (N°3 y N° 9): Lograr el acceso a la salud y a la cobertura universal de salud con equidad y calidad, y su objetivo estratégico 3.1: Implementar la estrategia para el acceso a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria

en Salud (APS). La información será relevante para la planificación sanitaria con criterios que resulten en una mejor atención a la población que requiera de cuidados de emergencias. Un paso importante lo ha constituido la puesta en funcionamiento de centros de atención primaria de salud (Minsa - Capsi) en las diferentes regiones de salud del país; sin embargo, aunado a este esfuerzo es preciso garantizar que los recursos asignados por el Estado sean usados de forma que aseguren una respuesta efectiva a las necesidades de atención, sobre todo, en la red de atención primaria; permitiendo dirigir la atención hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las instalaciones, estableciendo objetivos que busquen el descenso en la prevalencia y costes presentados por el uso inadecuado de los servicios de urgencias en los hospitales. Porque la demanda sería la que, realmente, requiere de atención en estas instalaciones; ya que los costos, a nivel de hospital, aumentan de 2.5 a 3 veces el coste del tratamiento de una enfermedad atendida en un SUH, que en Atención Primaria en Salud. Así, el costo de una atención en el servicio de urgencias es, aproximadamente, de B/104.19 por paciente. Lo que nos permite observar, en el hospital Luis Fábrega, que el caso de las atenciones inadecuadas representó un 65% (24725 pacientes), que equivale en gastos a B/ 2, 576,097.75, suma que puede ser dirigida a otras atenciones especializadas o a la red de servicios primarios y generar resultados positivos a la promoción de la salud de la población y prevención de las enfermedades. El paciente asegurado o no asegurado, al buscar la atención del SUH, solo paga B/2.00 por su consulta.

Es alarmante la situación debido a todos los efectos negativos que pueden resultar del uso inadecuado del SUH y los pacientes que realmente acuden por situaciones de urgencias, que pudieran perder la vida por la gran demanda en los cuartos de urgencias con consultas que pueden ser tratadas en la red de Atención Primaria en Salud. Esto sin añadir los

elevados costos que se van generando en todos los departamentos de apoyo, la falta de estructura con capacidad para albergar a todos los usuarios que acuden a los mismos y la marcada insatisfacción del usuario por no encontrar una rápida respuesta a sus necesidades de salud, atención de mala calidad, falta de espacio y afectación del funcionamiento general del hospital; identificando, por parte de los profesionales, la situación de sobrecarga que les genera y atraso en las atenciones a urgencias reales. Es importante la revisión, actualización y aplicación de las guías de atención clínica de las patologías más prevalentes y adecuadas, según niveles de atención y grado de complejidad de los servicios de salud. (Ministerio de salud, 2016). El conocer los factores que llevan a los pacientes a acudir al hospital será de gran utilidad al buscar las intervenciones que nos permita, en esta área, mejorar o disminuir la búsqueda de atención de forma inadecuada, y dirigir a los centros de atención primaria en salud, donde es conocido que la atención es de menor costo para la población y el Estado. Asegurando así, la salud de la misma sin tener que buscar atención en los SUH. Además, permitirá, en la toma de decisiones en los hospitales y en la red de atención primaria, realizar las estimaciones presupuestarias en salud, teniendo en consideración las carteras de servicios y la equidad para beneficiar a toda la población del país.

### **1.3. PROPÓSITO**

Que los resultados obtenidos sean de utilidad en la formulación de estrategias que favorezcan el debido uso de los servicios de urgencias de los hospitales, permitiendo toma de decisiones que impulsen programas para mejorar las condiciones en la red de servicios de salud, y que las demandas insatisfechas, en otros niveles, sean corregidas; además, el uso del cuarto de urgencias sea adecuado, disminuyendo los costes de estas atenciones y mejorando la calidad de atención de la misma.

Que el conocimiento generado sirva de insumo a las autoridades del Ministerio de Salud y a otras investigaciones para que generen y permitan la ejecución de planes en todos los niveles de atención, que orienten la implementación de intervenciones en el comportamiento de la población que utiliza los servicios de urgencias hospitalarios y poder brindar las respuestas a las necesidades reales de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Además, que sirva de base a otros estudios y trabajos que a este tema se refiera.

Contribuir con el equipo del servicio de urgencias del hospital Luis “Chicho” Fábrega para puntualizar los factores que intervienen en el uso inadecuado del servicio de urgencias, por parte de la población que al hospital acude.

La divulgación de los resultados será por medio de presentaciones y reproducciones enviadas a las autoridades del Ministerio de Salud. También, publicarlo en revistas o artículos de salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

## **2.1 ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (SUH)**

- a. Definición de servicios de urgencias, urgencias y emergencias médicas, urgencia no hospitalaria.

La medicina de urgencias es más especializada, cuenta con el personal médico y de enfermería multidisciplinario, cuyo objetivo fundamental es responder a la demanda sanitaria urgente de la población. En un área específica que cumplen con las mejoras estructurales en cuanto a espacio y dotación; con cambios organizativos, aumento y especialización del recurso. (Sánchez, J., Bueno, A., 2005). Reflejándose en una mejora indiscutible de la oferta, en calidad y cantidad. Ocasionando una disminución de la atención que se requiere.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. También se define como la patología, cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal; pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores; ejemplo de esto son las infecciones menores como: garganta y oído, sinusitis, dolores musculares, entre otras.

Una emergencia médica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios, por cualquier persona, es de importancia vital. También se dice que, en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora. Ejemplos de ellos serían: Dificultad respiratoria marcada con inhabilidad para

realizar tareas, hemorragia, caídas mayores a 3 veces la altura de la persona, dolor de pecho, entre otras.

El médico de emergencia debe ser capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de emergencia y/o urgencia ya sea médica, clínica, quirúrgica o traumática, independientes de la edad, sexo, nivel socioeconómico del paciente.

## **2.2 USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA**

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias han llegado a ser, en la actualidad, los que primero contactan los pacientes con enfermedad aguda, urgencias o emergencia; por lo que son considerados una parte fundamental de los sistemas de salud y parte integral del sistema de vigilancia y control de epidemias. Brinda el servicio todo el año, las 24 horas del día que no presentan limitaciones para su acceso, y que atienden a los pacientes con patologías urgentes y no urgentes; las cuales pueden suponer, en algunos hospitales, más del 70% de las atenciones, con una demanda no esperada, que no se puede programar en fecha u horario a diferencia de otros servicios. Estas deben ser priorizadas y donde el factor tiempo es vital, en muchos casos.

Se ha incrementado, con el pasar de los años, el número de consultas en los servicios de urgencias. Esto por razones como: el envejecimiento de la población, fácil accesibilidad a los servicios de urgencias, agilidad en la realización de procedimientos médicos y quirúrgicos, toma de exámenes y pruebas de laboratorio (Arango, M., et al, 2009). Se destaca también, características del paciente como: su nivel educativo, función de una consulta externa y la inconformidad con la atención recibida, definición de que tienen una verdadera urgencia, o usarla como fuente de alternativa de cuidados ambulatorios para

problemas no urgentes. Esto “aumenta la frecuencia de uso de los SUH, pero no lo hace el porcentaje de pacientes graves” (Bueno Cavanillas, A., Sanchez López J., 2005) De acuerdo con el sistema de informática del “Hospital General Regional N°25” en México, durante 2007 se otorgaron 71560 consultas de urgencias y de estas, únicamente en 26.30% requirió ingreso al servicio de observación, lo que indica que el resto, o buena parte, habría podido ser resuelta en el primer nivel de atención ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010). Núñez López, en estudio realizado en 2009 (Sevilla), encontró que los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario “Virgen del Rocío”, Sevilla, se distribuían en: 1.94 % de los casos, era de urgencia vital; el 8.43% de patología urgente 73.97% equivalían a urgencias relativas y 15.66% con soluciones extra-hospitalarias o no son urgencias.

En el servicio de urgencias se obtiene un diagnóstico y un tratamiento o plan de intervención para agilizar el proceso asistencial, logrando la salida de los que asisten en búsqueda de atención. La distribución de la demanda de urgencia, por especialidades, es variable según cada instalación; pero se destacan las consultas médicas (20 a 40%) y las traumatológicas (20-40%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y quirúrgicas ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010). Para lograr esto, se necesita de los recursos humanos competentes y en número adecuado; además de educación en salud para un buen uso de los servicios de urgencias por parte de la población.

Panamá, al igual que otros países, enfrenta la problemática de las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. Cuando esta situación no es reconocida y no se aplican soluciones apropiadas, el propio sistema genera formas

espontáneas de racionamiento como: las largas listas de espera, pobre accesibilidad por falta de infraestructuras y otras formas de deterioro de la calidad de los servicios que, al final, tienen efectos negativos en la eficiencia, equidad, efectividad y calidad de la atención.

a. Factores asociados al uso del servicio de urgencias.

Sánchez Ruiz (Granada/2005) expresa que los factores que influyen en el uso de los servicios de salud son numerosos y, en ocasiones, tienen cierto grado de interacción. Solo es posible comprender estos determinantes del uso a través de la multicausalidad y, para dar forma, se han propuesto una serie de modelos explicativos y en función del modelo elegido. Los factores se pueden clasificar de diferentes formas y cada una de ellos aporta aspectos más o menos parciales; por lo tanto, el efecto que sobre el uso se provoca tras la transformación de cualquiera de los tres factores del sistema, que se detallan en la Tabla N°1, no solo se produce por la modificación del factor inicial, también por la alteración de los otros dos factores.

**TABLA N°1: COMPONENTES FUNDAMENTALES PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, SEGÚN ANDERSEN.**

Factores del individuo o usuario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de Necesidad: Es el estado de salud percibido y la posible limitación de la actividad por problemas de salud. Quizás sea este último aspecto el que menos se adecúa al trasladar el esquema de Andersen, diseñado para explicar la utilización de servicios en general.</li> <li>• Factores Predisponentes: Predisposición para utilizar los servicios. Características demográficas: Edad, sexo, raza, etnia e inmigración. Educación, tamaño de la familia, actividad laboral, el nivel socioeconómico.</li> <li>• Factores facilitadores: Incluye características individuales (nivel de ingreso o tipo de seguro) y características poblacionales (disponibilidad y accesibilidad de servicios).             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En cuanto a accesibilidad temporal y administrativa: Los servicios de urgencia, en contraposición a los servicios AP, prestan atención continua las 24 horas del día.</li> </ul> </li> </ul>
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al aumentar la accesibilidad geográfica, con una ampliación del horario de la atención AP, disminuye la utilización de los SUH en el medio rural; aunque en el urbano impone la atracción preferente por el medio hospitalario.</li> <li>○ Accesibilidad cultural: La excesiva burocratización de la AP (España) ha desprestigiado la asistencia a ellos, prefiriendo los SUH; además, por los cuidados ambulatorios recibidos.</li> </ul>
Factores del profesional, proveedor	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Demanda inducida por el proveedor: Que ante una misma situación clínica, algunos médicos generarían más visitas que otros.</li> <li>● Características del profesional: Edad, sexo, experiencia y formación.</li> <li>● Satisfacción y estrés profesional: La satisfacción en el trabajo es la percepción del mayor o menor agrado de los trabajadores por la labor que realizan.</li> <li>● Estilos de prácticas clínica: Los médicos adoptan diferentes estilos de práctica clínica que son difíciles de definir y clasificar, al menos en tres de ellos: El médico influenciado por la industria farmacéutica, el rápido y el médico con déficit en habilidades comunicacionales.</li> </ul>
Factores de la estructura y funcionamiento de la organización:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Disponibilidad y accesibilidad de los cuidados, número de especialistas por habitantes y el de ingreso al hospital.</li> <li>● Continuidad de los cuidados.</li> <li>● Relaciones y derivaciones al segundo nivel: La relación entre niveles que podría aumentar la utilización, es el secuestro de pacientes, que desde las urgencias se auto-referencian a las consultas externas.</li> <li>● Trabajo en grupo/trabajo en equipo.</li> <li>● Satisfacción en el trabajo.</li> <li>● tamaño y estructuras del cupo.</li> <li>● Programas de salud y utilización previa.</li> <li>● normas administrativas, incentivos y sanciones.</li> </ul>

**Fuente:** (Mendez Sanchez, John., Gutierrez Salamanca, Edixon, 2014)

#### b. Triage en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

La afluencia discontinua y no programada, implica la coincidencia en el tiempo de diferentes pacientes que consultan simultáneamente. El Triage prioriza en cinco niveles según el grado de urgencia, en donde el más urgente es atendido primero y el resto, reevaluados hasta ser visto por un médico. Se considera esencial para la gestión de calidad

de la SUH, que disponga de un sistema de clasificación, ágil, reproducible y revisable (permitiendo auditorías).

La Unidad de Triage” es el área de un hospital, servicio de salud, cuarto de urgencias o de cualquier otro establecimiento de similares características, donde se atienda a pacientes, independientemente de su naturaleza de entidad pública o privada, en la que se realiza el Triage. (OPS/OMS, 2010). Aunque su estructuración, en los cuartos de urgencias, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de este tipo de sistema estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobresaturación o uso inadecuado de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen; ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de Triage, proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cuarto de urgencias en un momento dado. (Gómez, J., Ramón, P., Rúa, C., 2011). Este sistema debe disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias, ayudando a mejorar la calidad de la organización en la asistencia a las urgencias. La organización de este sistema ha mostrado ser efectiva para combatir la saturación y el uso inadecuado de los cuartos de urgencias.

Existen 5 niveles de Triage: nivel I a nivel V, de mayor a menor gravedad. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención médica; así, el tiempo de demora oscila entre la atención inmediata (nivel I) hasta 240 minutos (nivel V). La Australasian Triage scale (ATS), la Manchester Triage Scale (MTS) y la Canadian Triage

and acuity scale (CTAS) son sistemas de clasificación con algunas características comunes y que asignan a cada una de las cinco categorías un número, un color (rojo, naranja amarillo, verde, azul), un nombre (inmediato o emergencia, muy urgente, urgente, normal o menos urgente, y no urgente) y un objetivo de tiempo máximo para el primer contacto o la primera valoración por el médico.

El hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega tiene establecida la clasificación de emergencias (Triage de Manchester) de la siguiente forma:

- Nivel 1 o rojo: Resucitación, que precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- Nivel 2 o naranja: Emergencia que puede esperar un lapso de 10-15 minutos para atención médica.
- Nivel 3 o amarillo: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital: La atención por el medico puede demorarse hasta 60 minutos.
- nivel 4 o verde: Urgencia menor, cuya atención por el medico puede demorarse hasta por dos horas.
- nivel 5 o azul: Sin urgencia, la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas.

#### c. Clasificación de patologías de urgencias.

Las patologías que deben recibir la atención médica integral en el servicio de urgencias hospitalarias y que deben ser resueltas de forma inmediata, en base a los conocimientos científicos, calidad, evaluación clínica, diagnóstica y terapéutica aplicable a cada paciente,

son las patologías que se mencionan a continuación (Ministerio de Salud Panamá-ODI, 2008):

- Pérdida de la conciencia y/o coma
- Enfermedades respiratorias
- Edema pulmonar agudo
- Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas descompensado
- Crisis de asma
- Deshidratación severa
- Diabetes descompensada
- Anemia falciforme en crisis
- ingestión y presencia de cuerpo extraño
- Mordeduras y picaduras complicadas
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Infarto agudo de miocardio
- Crisis hipertensivas
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Arritmia cardiaca
- Trauma del miocardio
- Derrames del pericardio
- Nefropatías complicadas
- Reacciones alérgicas
- Con enfermedades crónicas complicadas (cáncer, leucemia, diabetes, asma)
- Con ahogamiento
- Con politraumatismos
- Trauma cráneo encefálico
- Heridas cortantes contusas
- Intoxicaciones
- Convulsiones
- Quemaduras
- Con fiebre alta en menores de dos (2) años
- Hemorragias digestivas y por las vías urinarias
- Con fracturas
- Dolor abdominal agudo

*Urgencias Ginecológicas:*

- Enfermedades Neuro-psiquiátricas y  
seculares
- Paciente con historia de violación  
carnal
- Con embarazo ectópico conservado o  
roto
- Quiste de ovario con pedículo torcido
- Quiste folicular roto
- Absceso tubo ovárico
- Aborto con sangrado activo
- Aborto séptico
- Retención de resto post parto o post  
legrado uterino.

*Urgencias Obstétricas (médico-quirúrgicas)*

- Amenaza de parto inmaduro
- Amenaza de parto prematuro
- Placenta previa
- Desprendimiento de placenta
- Sufrimiento fetal agudo y crónico
- Paciente con labor de parto
- Ruptura prematura de membrana
- Pre-eclampsia leve
- Pre-eclampsia severa
- Eclampsia
- Con óbito fetal
- Paciente con colecistopatía
- Atención médica y quirúrgica a  
pacientes obstétricas
- pacientes con enfermedades crónicas  
y agudas relacionadas con  
enfermedades ginecológicas y  
obstétricas.
- pacientes con hemorragias
- con mordedura de ofidio
- con quemaduras
- dificultad respiratoria
- dolor abdominal
- intoxicación

- deshidratación severa
- que ha recibido descarga eléctrica
- broncoespasmo severo
- embarazo y epilepsia
- con convulsiones
- con alergias
- politraumatismo
- alto riesgo por edad
- embarazo y cardiopatía
- embarazo y lupus eritematoso
- embarazo y Rh negativo
- embarazo y falcemia
- embarazo y trombocitopenia

## **2.3 USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA**

### **a. Concepto**

Se consideran inadecuadas las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico del primer nivel de atención. Según Loria –Castellanos (Mexico-2010) la frecuencia de consultas no adecuadas en el servicio de urgencias fluctúa entre 15 y 80%; aunque, en la mayoría de los informes, se identifica 20 a 25%. En los cuales se encontraron varios factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias: edad, sexo, estado civil, nivel escolar alto, multi-patologías, mala relación con los médicos de cabecera, la cercanía o accesibilidad geográfica al hospital, el bajo nivel sociocultural y el alcoholismo, la falta de recursos en atención primaria y de consulta previa al médico.

Sánchez y Bueno (España-2005) consideran que la frecuencia de consultas de urgencias, juzgadas como inadecuadas, puede ir desde menos del 15% hasta el 80% y estas valoraciones de la inadecuación se realizan, fundamentalmente, por medio de tres alternativas:

- Criterios subjetivos: Basados en el juicio clínico de uno o varios expertos. Los estudios basados en este tipo de criterios, generalmente retrospectivos, son los que proporcionan cifras de inadecuación más elevadas, entre el 35,5% y el 87%.
- Protocolos de Triage: Se utilizan como filtro que clasifican a los pacientes asignando prioridades, redistribuyendo las consultas y rechazando la atención a los pacientes que no presentan ninguna situación de emergencia. Los estudios que se basan en este

tipo de instrumentos encuentran los porcentajes de inadecuación más bajos, 15 a 20%.

- Criterios explícitos: Presentan señales que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas.

Según los datos obtenidos por Arango, M et al (Colombia-2008), el 23.6 % de los pacientes consultan inadecuadamente y son suficientes para saturar y aumentar el tiempo de espera.

b. Causas de uso inadecuado del SUH.

El incremento de esta demanda se atribuye al crecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas, envejecimiento progresivo de la población, falta de cultura sanitaria, nivel socioeconómico (Pérez-Ciordia I., Guillén Grima F, 2009). Esta situación provoca que los servicios de urgencias coordinen con los niveles de atención primaria, porque un número elevado de pacientes que acuden al servicio son por patologías que pueden ser tratadas en las instalaciones de red primaria. Esto ocasiona una presión asistencial cada vez mayor, que ocasiona una excesiva acumulación en las esperas, con el consiguiente deterioro en la calidad y la efectividad.

Sánchez-Bueno (España-2005) refiere que el uso frecuente de los SUH, por problemas no urgentes, supone una preocupación generalizada por dos razones:

- a. El uso del SUH, por condiciones que pueden resolverse desde la atención primaria (AP), revela problemas de acceso a estos servicios, en

la mayoría de las ocasiones. En los Estados Unidos se atribuye a problemas de accesibilidad económica; en España, la falta de accesibilidad cultural o administrativa, la suplen con el uso de los servicios de urgencias hospitalarias.

- b. Por el aumento en el costo para los sistemas sanitarios, con el tratamiento de problemas no urgentes en los SUH, utilizando recurso humano y tecnológico especializado; además de las aglomeraciones y prolongación en el tiempo de espera. Aunque el costo inicial de la atención, en el servicio de urgencias de un problema no urgente, podría considerarse mínimo, si el resultado final supera el gasto que se originaría de una atención en el primer nivel de atención.

Generalmente, los estudios realizados en los SUH tienden a buscar las carencias de la red primaria de atención. La AP defiende la idea de una atención más costosa, y de peor calidad, en el medio hospitalario motivada por variables complejas.

En cuanto a la edad, variados estudios coinciden en que los pacientes de edad avanzada realizan una utilización más frecuente e inadecuada de los servicios de urgencias. Burgos, E., García Mayorga, D (Chile-2014) presenta como resultado de su estudio que las consultas correspondieron a una población joven, cuya edad mediana fue de 31,4 años, contrario a lo esperado.

En el sexo, la mujer está más asociado con la mayor frecuencia de uso inadecuado 58.8% (Arango, M., et al, 2009); sin embargo, según Loria-Castellanos (2010), las consultas consideradas inadecuadas se presentaron en un 61.11% al sexo masculino.

Al referirse al nivel de Educación: Creció el uso inadecuado cuando aumentó el grado académico; Loria-Castellanos (Mexico-2010) nos presenta que el 20.72% eran pacientes con secundaria incompleta; seguida del 17.52% con primaria completa y solo el 2.99 % refirió nivel universitario o más. Rangos educativos más bajos 58%; la actividad laboral señala asociación entre ser trabajador activo o parado y el uso inadecuado, siendo un factor relevante que consultan, en mayor número, las personas que no laboran 65,6% (Arango, M., et al, 2009) El Nivel socioeconómico: El SUH se considera la red de seguridad que amortigua los peligros presentes a la falta de recursos para obtener atención.

Dentro de los factores asociados al estado de salud, la existencia de patologías asociadas, discapacidad física se asocian con mayor frecuencia al uso de SUH; pero con menor porcentaje de uso inadecuado. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles alcanza un 68.6% (Burgos, E., Garcia, C.,Mayorga, D., 2014)

La afluencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarias no es uniforme a lo largo del día. Durante el periodo nocturno existe baja afluencia, con un aumento a partir de las 8 horas, un nuevo aumento hacia las 11:00 pm, 12 am y a las 3:00pm, este comportamiento nos indica que los horarios de consulta están determinados, en su mayoría, no tanto por la presentación clínica de la urgencia, sino por ritmos sociales, como son el horario laboral y las comidas. Igual Sánchez, Bueno (2005) en su estudio nos refleja, en general, el porcentaje de uso inadecuado que disminuye por la noche y aumenta en horarios de la mañana y tarde. Otro estudio nos presenta que, la mayoría de los pacientes, acuden de lunes a viernes, disminuyendo los días domingos y que, el turno que más predominó fue el vespertino, con el otorgamiento de 50.64% de consultas ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010)

La mayor cantidad de estudios coinciden en que las consultas espontáneas presentan mayor frecuencia de uso inadecuado, que las que responden a una demanda inducida por un médico. Patel et al, en Ontario, consideraron adecuados el 75% de los pacientes derivados.

Todos estos datos nos inducen a pensar que no son los factores relacionados con la gravedad de los procesos, sino cuestiones ligadas con las preferencias de los ciudadanos, las que determinan los flujos de visitas a los SUH.

## **2.4 VARIABLES**

- **Uso inadecuado de Servicio de Urgencias Hospitalario:** Toda consulta realizada en el servicio de urgencias hospitalaria, cuyo diagnóstico no esté incluido entre las patologías que requieren atención de emergencia y pueden ser tratadas en la red de Atención Primaria.
- **Edad:** Tiempo transcurrido, en años, a partir del nacimiento de un individuo.
- **Sexo:** Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen en masculino y femenino.
- **Nivel educativo:** Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo.
- **Estado laboral:** Participación de una persona en el ámbito laboral de forma constante, al momento del estudio.
- **Lugar de residencia:** Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla, generalmente, sus actividades familiares, sociales y económicas.

- Hora de Consulta: Indicación del momento en que sucede o se da una atención, en relación con cada una de las veinticuatro horas en que se divide el día.
- Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): Toda persona que tenga o padezca alguna enfermedad crónica no transmisibile.

## **2.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

### Hipótesis Nula:

La edad mayor de 50 años, el sexo femenino, el tener un bajo nivel de educación, no estar empleado, residir en áreas urbanas, el horario de atención y el presentar antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, no está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalaria.

### Hipótesis de trabajo:

La edad mayor de 50 años, el sexo femenino, el tener un bajo nivel de educación, no estar empleado, residir en áreas urbanas, el horario de atención y el presentar antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalaria.

## 2.6 OBJETIVOS

### 2.6.1 Objetivo general:

Determinar los factores asociados al uso inadecuado de los servicios de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, durante los meses de marzo a agosto de 2016.

### 2.6.2 Objetivos específicos:

- a Determinar, si la edad mayor de 50 años está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- b Establecer, si el sexo femenino está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- c Establecer, si el tener un bajo nivel educativo está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- d Determinar, si el no estar empleado está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- e Determinar, si el residir en áreas urbanas está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- f Establecer, si el horario de atención está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- g Determinar, si el padecer enfermedades crónicas no transmisibles está asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario.

### CAPÍTULO III

#### ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 3.1 Área de estudio

El estudio se realizó en el servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, ubicado en el corregimiento de San Antonio -Vía interamericana, distrito de Atalaya, provincia de Veraguas.

Este centro hospitalario pertenece al Ministerio de Salud, clasificado, por su cartera, dentro de la red de servicios de salud como un hospital de segundo nivel de atención y el de mayor complejidad de atención en la provincia de Veraguas; siendo, este, referencia para hospitales de menor complejidad y nivel de atención (hospital Ezequiel Abadía de Soná, San Francisco Javier de Cañazas). Desde el año 1999, las instalaciones del hospital se encontraban en el distrito de Atalaya, pero por el tamaño e infraestructuras en mal estado, en el año 2011, se inició la construcción de las nuevas instalaciones, llevándose a cabo la inauguración e inicio de labores en estas nuevas estructuras a partir del 26 de junio 2015. Este nuevo centro hospitalario posee siete plantas, en las cuales encontramos las siguientes áreas: Hospitalización con 462 camas (salas de: Medicina, Neonatología, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Salud Mental, Salas de Especialidades (Neumología Y Gastro) ), Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Coronaria, Hemodiálisis, Consultas Externas, Radiología, Laboratorio y Banco de Sangre, Fisiatría y fisioterapia, Centro Oftalmológico Visión20-20, Docencia (con salones, aulas y biblioteca para capacitaciones), Farmacia, Clínica TARV de atención a pacientes con VIH/SIDA, Central de Esterilización, lavandería, almacenes, dietética y las Oficinas Administrativas, Dormitorios y El área del Cuarto de Urgencias (General y de obstetricia) y, en las viejas instalaciones, se encuentra Reintegra.

El Cuarto de Urgencias del hospital Luis Fábrega brinda atención las 24 horas del día, durante los 365 días del año a la población de Veraguas, que consta de 245 284 habitantes (INEC Panamá, 2016) y a personas de áreas próximas a la provincia como: El Oriente Chiricano, Área comarcal, entre otros. Se ofrecen los servicios de atención médica general y especializada, apoyado en los servicios de Radiología y Laboratorio, entre otros. El servicio de urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega está distribuido en diferentes áreas de trabajo: Sala de espera, Recepción, Sala de Triage (donde se clasifican los pacientes, según criterios de gravedad clínica con que acuden al SUH), Reanimación cardiopulmonar, Trauma y Choque, Trauma menor, Procedimientos menores, Área de consultorios, Rehidratación e inhaloterapias de adultos y niños, Salas de observación de niños (6 cunas), hombres y mujeres, Áreas de aislamientos para pacientes sintomáticos respiratorios de hombres y mujeres (8 camas) y el cuarto de urgencias de Ginecobstetricia, que permite una atención más expedita a las embarazadas y mujeres con alguna patología ginecológica de urgencias.

### **3.2 Tipo de estudio**

Estudio analítico de casos y controles retrospectivo, en el cual se busca determinar la asociación entre un grupo de variables independientes, asociadas con factores personales y socio-demográficos de pacientes que se presentaron al servicio de urgencias, en busca de atención y el uso inadecuado de estos en el centro hospitalario Dr. Luis “Chicho” Fábrega, atendidos en los meses de marzo a agosto del año 2016.

Para lograr los objetivos presentados, este estudio analítico compara el grupo de pacientes que acuden con patologías no indicadas para la atención en un servicio de urgencias hospitalarias - el cual queremos investigar - con el grupo control de pacientes que acuden con patologías indicadas para ser atendidas en el SUH. Se solicita al departamento de Registros y Estadísticas en salud del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, el listado de todos los pacientes que asistieron en el período comprendido entre el 1 de marzo al 31 de agosto de 2016.

Se identificaron 24162 expedientes de pacientes que asistieron al servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega; luego se calcula la muestra (377), posteriormente se inicia la recolección de la información de las patologías que identificaban al expediente, como caso o control dentro del estudio, edad, sexo, nivel educativo, estado laboral, lugar de residencia, hora de atención, y presencia o no de antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta investigación fue realizada por medio de muestreo Probabilístico Sistemático en los expedientes del Sistema Electrónica de Información En Salud (SEIS), establecidos en el hospital, a través del cuestionario elaborado.

La recolección de los datos fue realizada por la investigadora durante el periodo de marzo a abril de 2017, con las previas autorizaciones del director médico del hospital y jefes de departamentos.

### 3.3 Población

La población incluye la totalidad de los pacientes que acudieron en busca de atención al Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, en el período comprendido de 1 de marzo al 31 de agosto de 2016. (Universo 24162 paciente)

### 3.4 Selección y tamaño de la muestra

A partir de la base de datos del servicio de urgencias del hospital, correspondiente a los meses de marzo a agosto de 2016, se seleccionaron 377 historias clínicas.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula en base a un nivel de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ) y un nivel de error del 5%, de acuerdo a la demanda con una relación de un caso por un control. Se utilizó la fórmula para el cálculo de muestra basada:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N-1) e^2 + p * q Z^2} = \frac{(24162) (0.5) (0.5) (1.96)^2}{(24162-1) (0.05)^2 + 0.5 * 0.5 * (1.96)^2}$$

$$n = 377$$

n= tamaño de la muestra.

N= población total.

p= Proporción de individuos que poseen características. Desconocido  $p=q=0.5$

q= Proporción de individuos que no poseen las características  $q=1-p$

Z = Nivel de confianza (1.96)

e = límite aceptable de error muestral (0.05) 5%,

Luego de determinar el número de la muestra, se procedió a la selección de los expedientes a través de muestreo sistemático. Considerando los criterios de inclusión y exclusión de los casos y controles ya establecidos.

### **3.5 Definición de casos y controles**

Casos:

Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalaria del hospital Luis “Chicho” Fábrega, durante los meses de marzo y agosto del año 2016; que al momento de realizar el estudio, en su expediente clínico, no registre diagnósticos de patologías incluidos en la atención de este servicio.

Control:

Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalaria en los meses de marzo y agosto de 2016; que al momento de realizar el estudio, en su expediente clínico, registre diagnósticos de patología incluidos en listado de atención de este servicio.

### **3.6 Criterios de inclusión y exclusión**

Casos:

- Criterio de inclusión de casos:
  - Paciente que no cumpla con los criterios de registros de diagnósticos de patologías, establecidos en la atención del Servicio de Urgencias Hospitalaria.

- Paciente que, al menos, tenga una atención en el Servicio de Urgencias Hospitalaria, en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2017.
- Paciente que tenga registrado en su historia clínica toda la información solicitada de las variables de estudio.
- Criterio de exclusión de casos:
  - Paciente que cumpla con los criterios de registros de diagnósticos de patologías, establecidos en la atención del Servicio de Urgencias Hospitalaria.
  - Pacientes que acuden a la atención del SUH, que no tengan registrados toda la información solicitada de las variables en estudio.
  - Paciente que acude a la consulta de SUH, cuyo domicilio este ubicado fuera de la provincia de Veraguas.

Controles:

- Criterio de inclusión de control:
  - Paciente que acude al SUH y cumpla con los criterios de diagnósticos establecidos para la atención de urgencias hospitalaria.
  - Paciente que, al menos, tenga una atención en el Servicio de Urgencias Hospitalaria, en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2017.
  - Paciente que tenga registrado, en su historia clínica, toda la información solicitada de las variables de estudio.

- Criterio de exclusión de control:
  - Paciente que registre, en su historia clínica, diagnósticos de patologías no establecidas en la atención de urgencias.
  - Paciente que asiste a la atención del SUH y que, en su expediente clínico, no tengan registrados toda la información solicitada de las variables de estudio.
  - Paciente que acude a la consulta de SUH, cuyo domicilio esté ubicado fuera de la provincia de Veraguas.

### 3.7 Definiciones conceptuales. Operacionales y flujo de variables.

Variable Dependiente	Escala de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Uso inadecuado de Servicio de Urgencias Hospitalaria	Cualitativa	Toda consulta realizada en el Servicio de Urgencias Hospitalaria, cuyo diagnóstico no esté incluido entre las patologías que requieren atención de emergencia y pueden ser tratadas en la red de Atención Primaria.	Se definirá como uso inadecuado la consulta en que el paciente evidencie, en su expediente clínico, diagnóstico no incluido en las patologías de atención de Servicios de Urgencias Hospitalaria.
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en años, a partir del nacimiento de un individuo.	Se clasificarán por grupos de edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 50 años.</li> <li>• Igual o mayor de 50 años.</li> </ul>
Sexo	Cualitativa	Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como masculino y femenino.	Paciente registrado como masculino o femenino en expediente clínico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino.</li> <li>• Femenino.</li> </ul>
Nivel educativo	Cualitativa	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo.	Se clasificarán en dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto nivel educativo (Secundaria y universidad)</li> <li>• Bajo nivel educativo (primaria o no asistió)</li> </ul>

Estado laboral	Cualitativa	Participación de una persona en el ámbito laboral, de forma constante al momento del estudio.	Según su estado laboral en el momento de la recolección de los datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupados.</li> <li>• No ocupados.</li> </ul>
Lugar de residencia	Cualitativa	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla, generalmente sus actividades familiares, sociales y económicas.	Se clasificará en dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural (población menor de 1500 personas)</li> <li>• Urbano (población mayor de 1500 personas)</li> </ul>
Hora de atención	Cuantitativa	Indicación del momento en que sucede o se da una atención, en relación con cada una de las veinticuatro horas en que se divide el día.	Se clasificarán en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas diurnas (6:00am a 5:59 pm)</li> <li>• Horas nocturnas (6:00pm a 5:59 am)</li> </ul>
Antecedentes de enfermedades crónicas, no Transmisibles (ECNT)	Cualitativa	Toda persona que tenga o padezca alguna enfermedad crónica no transmisible.	Se clasificarán dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona con diagnóstico de ECNT: Cáncer, enfermedades cardiovasculares (del corazón, ataque cerebral e hipertensión), enfermedad pulmonar crónica, neurológicas crónicas, hepáticas crónicas.</li> <li>• Persona que no presenta diagnósticos de ECNT: Cáncer, enfermedades cardiovasculares (del corazón, ataque cerebral e hipertensión), enfermedad pulmonar crónica, neurológicas crónicas, hepáticas crónicas.</li> </ul>

### 3.8 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método que utilizaremos es la observación de los expedientes clínicos en el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS) del servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, de los pacientes que asistieron en el periodo comprendido entre marzo y agosto del año 2016.

La fuente de información fue un cuestionario aplicado en las historias clínicas, que se confeccionó para esta investigación y resume las variables para determinar la asociación de las mismas con el uso inadecuado, aplicado en el protocolo; al cual se le realizó algunas adaptaciones que se consideraron necesarias para la recolección de los casos y controles de la investigación. (Anexo 1).

Se analizó, como variable dependiente, el uso inadecuado del servicio de urgencias y como variables independientes, cuatro relacionadas con factores sociodemográficos y dos con la atención.

### **3.9 Procedimiento para la recolección de los datos**

Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de la hoja de presentación de cada historia clínica para la recolección de los datos de edad, sexo, nivel educativo, estado laboral y lugar de residencia. Las otras variables de uso inadecuado, (patología de ingreso del paciente), hora de atención y antecedentes de presencia o no de enfermedades crónicas, se obtuvieron de la hoja de atención del paciente, confirmando que se cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión de caso y control. Esto, utilizando el cuestionario que resume las variables.

Los diagnósticos de las patologías se registraron, dependiendo de lo establecido para su atención en el servicio de urgencias del hospital (establecido a través del Triage) y de las patologías que se identifican como de atención inadecuada en el SUH, sin discutir los cuidados que fueron prestados por los médicos.

### **3.10 Procedimiento para garantizar los aspectos éticos**

Al obtener la información de las historias clínicas, no tuvimos contacto directo con los pacientes y no fue necesario el consentimiento informado. La identidad de los participantes fue manipulada por el investigador y resguardada en una base de datos sin nombres, al no ser necesario para el estudio; por lo que consideramos que este estudio es de bajo riesgo al no realizarse intervenciones que puedan afectar física, psicológica o moralmente a los pacientes, cuya historia clínica se encuestó.

Respetamos el compromiso de la reserva de los datos obtenidos de los expedientes clínicos y de cualquier otro método de recolección de datos y no divulgar ninguna información que permita identificar a los sujetos en estudio y cumplir con los principios éticos y morales que rigen toda investigación que involucra sujetos humanos como lo son: Declaración de Helsinki, Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos, Informe Belmont, Buenas prácticas Clínicas y las Normas y Criterios éticos establecidos en los códigos nacionales de ética y/o leyes vigentes.

Se solicitó autorización al Director Regional de Salud de Veraguas, Directora Médica Encargada y al área de Docencia del hospital, mediante nota para realizar la investigación. Se obtuvo, además, la autorización del Comité de Ética e investigación de la Universidad de Panamá. Las historias clínicas fueron revisadas en las computadoras asignadas al Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), ubicadas en las oficinas y salón de reunión del área de Registros y Estadísticas en salud, esto debido a lo establecido en la Ley 68 y aspectos éticos, en un horario de 7:00 am a 4:00 pm (horario de esta área).

### 3.11 Plan de tabulación y análisis de los resultados

Los datos se recopilaron en los cuestionarios, considerando las variables del estudio. Se procede a digitalizar, creando una base de datos electrónicos procesados y analizados con el paquete estadístico IBM SPSS 22 (Statistical Package for Social Science 22).

Se realizó un análisis bivariado para el establecimiento de la diferencia o no, estadísticamente significativa, entre variable independiente y dependiente. Se empleó el estadístico  $\chi^2$  de Pearson.

Para la determinación de la fuerza de asociación en las variables que presentaron significancia estadística, el OR (cociente de productos cruzados) con los intervalos de confianza de 95%, entre la variable dependiente (uso inadecuado del servicio de urgencias) y cada una de las variables independientes (edad, sexo, nivel escolar, estado laboral, lugar de residencia, horario de atención y antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles) establecidas en tablas tetracóricas.

CAPÍTULO IV  
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Análisis descriptivo de los datos

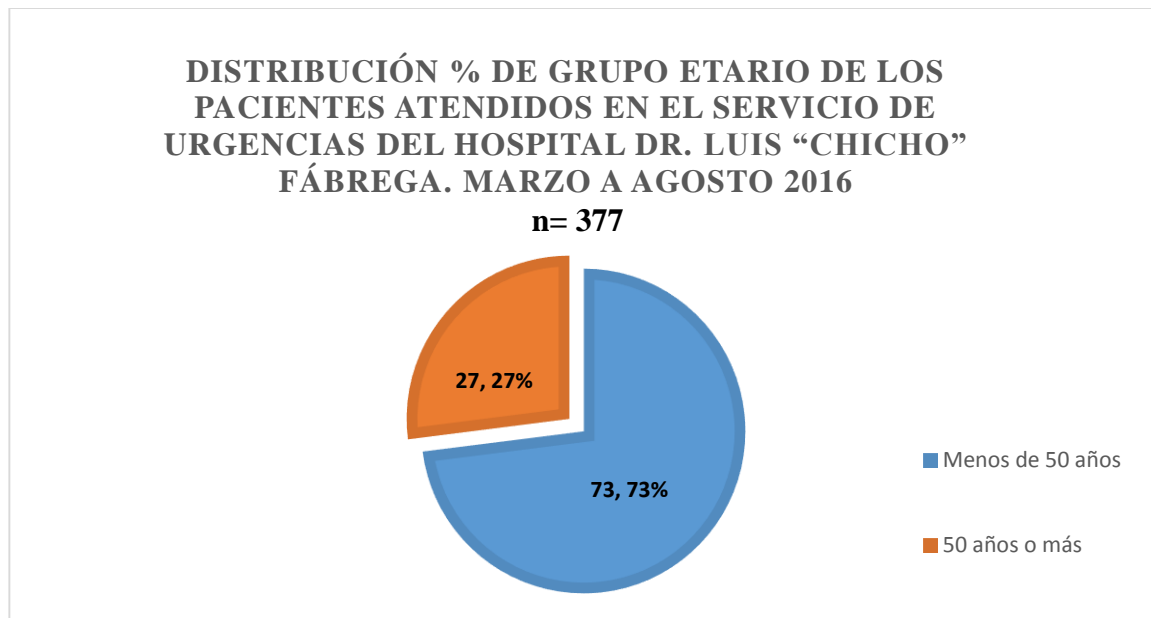
En esta sección se realiza una descripción de los individuos del estudio, basado en variables socio-demográficas y de atención de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, en el periodo de marzo a agosto de 2016. Durante este periodo se atendieron 24162 urgencias: 188 casos y 187 controles, cuya muestra fue calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

El estudio incluyó 377 historias clínicas, con una distribución por sexo muy similar entre la población femenina 190 (50.4%) y masculina 186 (49.3 %) (Tabla N°2). En cuanto a la edad, el 73% (275) de los sujetos de la muestra tienen menos de 50 años, con un rango de un año de vida y los 97 años; con la media de 33 años. Se observa que, en los menores de nueve años, se da la mayor frecuencia de uso del servicio de urgencias (86- 23%) (Gráfico N°1 y Tabla N°3)

**TABLA N° 2: SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	186	49.3
<b>Femenino</b>	190	50.4
<b>Sin Datos</b>	1	0.3
<b>Total</b>	377	100

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis Chicho Fábrega. Marzo a agosto de 2016

**FIGURA N°1**

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

**TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS ETARIOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>0-9</b>	86	23
<b>10-19</b>	47	12
<b>20-29</b>	60	16
<b>30-39</b>	41	11
<b>40-49</b>	41	11
<b>50-59</b>	33	9
<b>60-69</b>	29	8
<b>70-79</b>	21	6
<b>80 y más</b>	19	5
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016

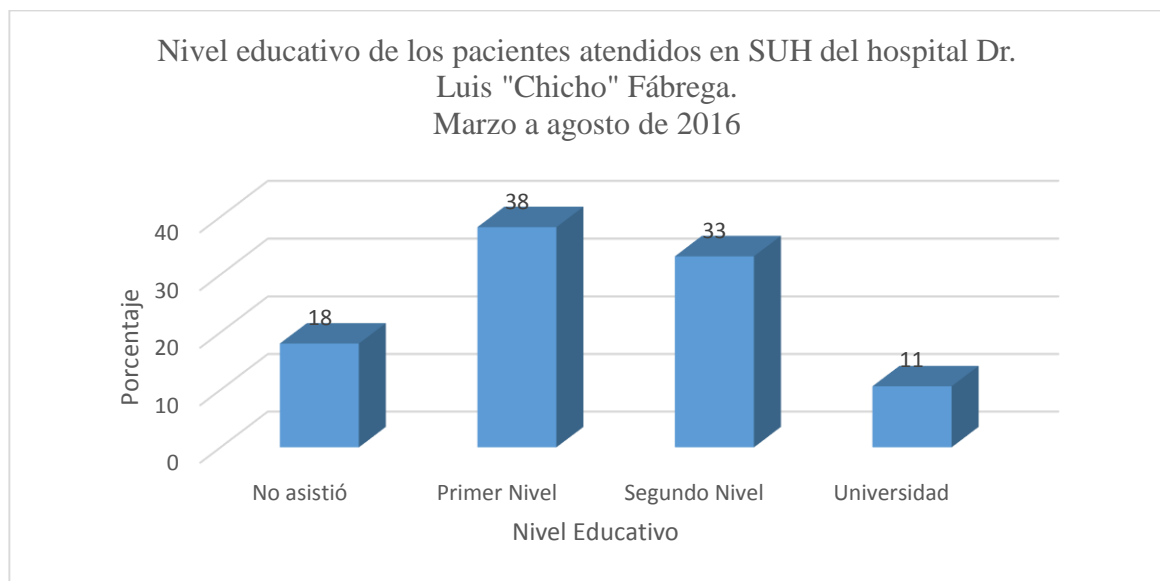
En relación con el nivel de escolaridad 144(38%) sujetos tenían estudios de primer nivel; 125 (33%) de segundo nivel; 40 (11%) con estudios universitarios y un 18% (68) sin estudios. Cincuenta y seis por ciento de la muestra tiene un bajo nivel de educación contra el 44% (165) con alto nivel educativo. La mayor parte de los pacientes atendidos 245 (65%) no trabajaban. (Tablas N° 4 y 5, Grafico N° 2 y 3)

**TABLA N° 4: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	212	56
<b>Alto</b>	165	44
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100</b>

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto 2016.

**FIGURA N° 2**



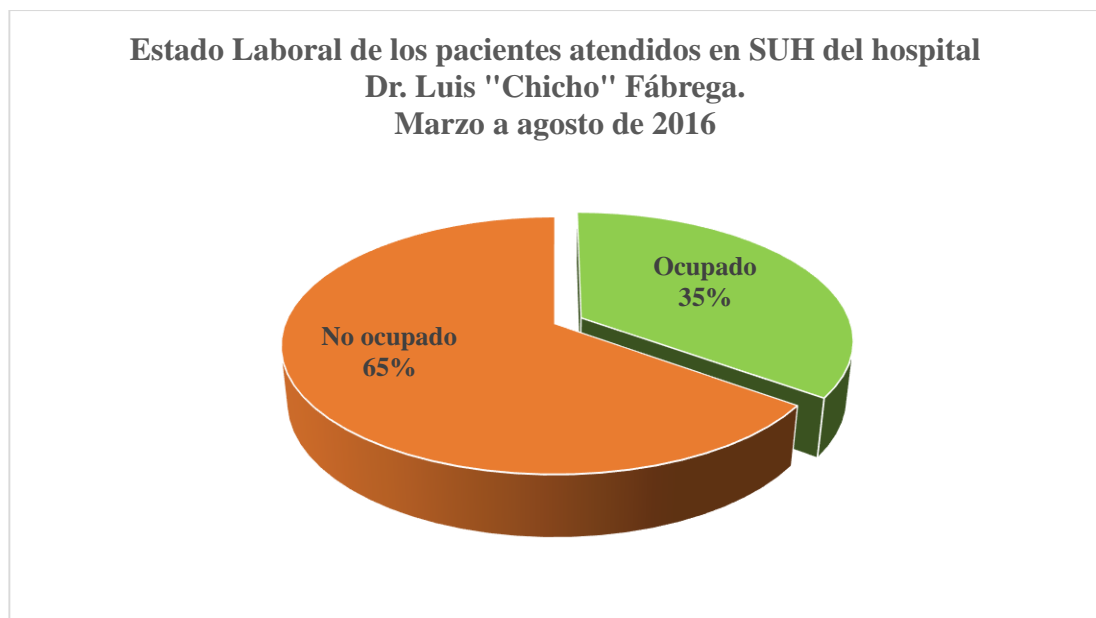
Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis Chicho Fábrega. Marzo a agosto de 2016

**TABLA N° 5 ESTADO LABORAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

<b>Estado laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ocupado</b>	132	35
<b>No ocupado</b>	245	65
<b>Total</b>	377	100

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

**FIGURA N° 3**



Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

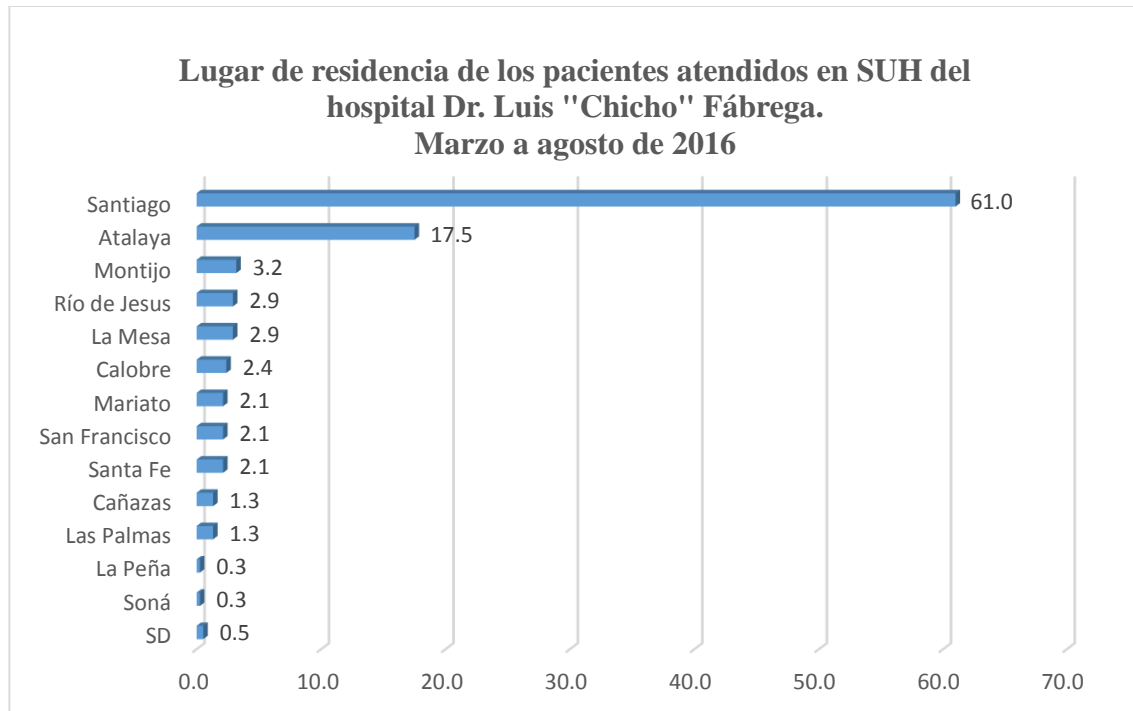
La procedencia de los pacientes atendidos corresponde, en un 59% (224), al área urbana contra un 41% (153) de áreas rurales. Proviene, principalmente, de los distritos de Santiago (61.0% -245), seguido del Distrito de Atalaya (17.5% - 66) y de otros distritos con valores inferiores al 3%. (Tabla N° 6 y Gráfico 4)

**TABLA N° 6: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS CHICHO FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Urbano o rural	Frecuencia	Porcentaje
<b>Urbano</b>	224	59
<b>Rural</b>	153	41
<b>Total</b>	377	100

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega. Marzo a agosto 2016

**FIGURA N° 4**



El turno (diurno) de 6:00 am a 5:59 pm, fue el que presentó el mayor porcentaje de consultas 71.3% (269) versus el 28.4% en el horario de 6:00 pm a 5:59 am (Tabla N°7)

**TABLA N° 7: HORA DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

<b>Hora de la atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>6:00 am-5:59 pm</b>	269	71.3
<b>6:00 pm-5:59 am</b>	107	28.4
<b>Sin datos</b>	1	0.3
<b>Total</b>	377	100

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

La mayor cantidad de pacientes atendidos (74% -280) no evidenciaron antecedentes de diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en sus historias clínicas y solo el 26 % (97) presentó alguno de estos diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles (Tabla N° 8)

**TABLA N°8: ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

<b>Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Con diagnóstico de ECNT</b>	97	26
<b>Sin diagnóstico de ECNT</b>	280	74
<b>Total</b>	377	100

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

#### 4.2 Análisis Bivariado:

Para determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y de atención del paciente, con el uso inadecuado del Servicio de Urgencias, se utilizó el estadístico Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y para la determinación de la fuerza de asociación se empleó el coeficiente Phi y la razón de Productos cruzados (OR); los cuales fueron calculados para las variables que presentaron significancia estadística.

En este estudio se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la edad y uso inadecuado del SUH ( $x^2 = 9.276$ , obteniéndose un  $OR=2.051$  (1.286 3.270),  $p= .002$ . Este resultado permite indicar que los sujetos menores de 50 años tienen el riesgo 2.051 veces mayor de usar los servicios de urgencias de forma inadecuada, que los pacientes de 50 años y más (Tabla N° 9)

Se encontró que el grupo mayor de 50 años, tiene menor probabilidad de hacer uso inadecuado del SUH ( $OR_{\text{mayor de 50 años}} = .591$ ), en su lugar el grupo de *menos de 50 años* presenta el mayor riesgo de hacer uso inadecuado del SUH ( $OR_{\text{menos de 50 años}} = 1.211$ ) (Tabla N° 10)

El resultado obtenido es diferente a lo que se esperaba, por lo tanto, se puede decir que en este estudio, el tener una edad mayor de 50 años se convierte en un factor protector al uso inadecuado del servicio de urgencias y el tener menos de 50 años, un factor de riesgo.

**TABLA N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Edad	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor p	OR
	casos	control			
Menos de 50 años	151	124	9.276	0.002	2.051
50 años o más	38	64			(1.286 3.270)
Total	189	187			

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto 2016

**TABLA N° 10: ESTIMACIÓN DE RIESGO PARA GRUPOS ETARIOS SEGÚN EL USO INADECUADO DEL SUH, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para uso inadecuado del SUH (Si / No)	2.051	1.286	3.270
Para cohorte grupos etarios = Menos de 50 años	1.211	1.069	1.373
Para cohorte grupos etarios = 50 años o más	.591	.417	.836
N° de casos válidos	377		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

En relación al sexo y el uso inadecuado del SUH, en este estudio no existen diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = .523$ ,  $p = .470$ ); por lo que el uso inadecuado del Servicios de Urgencias Hospitalarias no depende del sexo del paciente. Al no existir significancia estadística, los cálculos de OR, para medir la fuerza de asociación, no se calcula (Tabla N° 11)

**TABLA N°11: ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Sexo	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor P
	casos	control		
Hombres	97	89	.523	.47
Mujeres	92	98		
Total	189	187		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

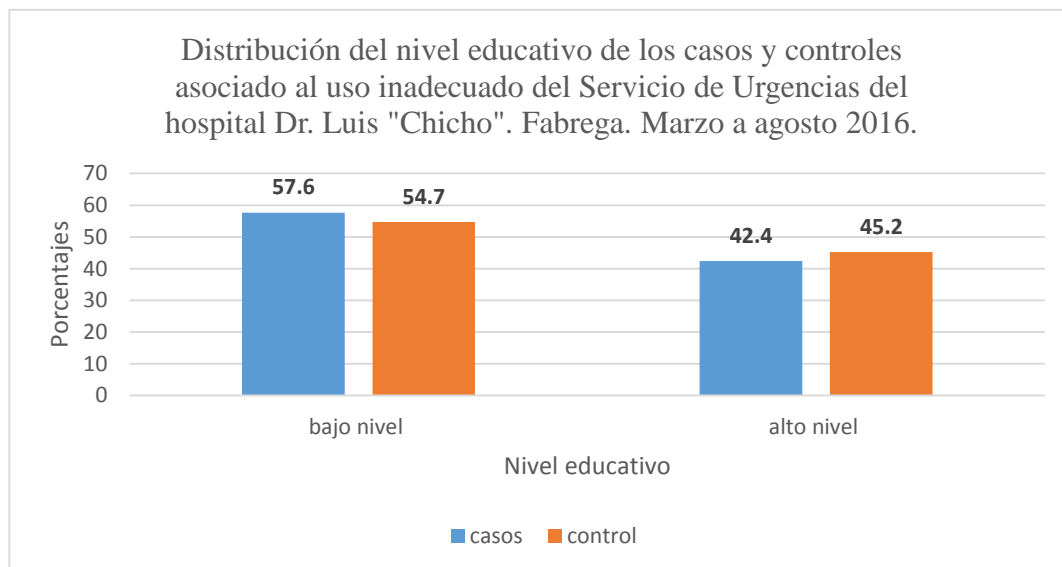
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable nivel educativo y el uso inadecuado SUH ( $\chi^2 = .319$ ,  $p = .572$ ) de los pacientes que acudieron por atención al servicio de urgencias del hospital Dr. Luis Chicho Fábrega, de marzo a agosto de 2016 (Tabla N°12 y grafico N° 5). Pero sí podemos observar que el mayor número de los casos y controles son pacientes que se encuentran con un bajo nivel de educación.

**TABLA N° 12: ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS "CHICHO" FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Nivel educativo	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor P
	casos	Control		
Bajo nivel	109	103	.319	.572
Alto nivel	80	85		
Total	189	188		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

**FIGURA N° 5**



En nuestro estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable del estado laboral y el uso inadecuado del SUH ( $\chi^2 = .001$ ,  $p = .970$ ). Esta variable se consideró, en este trabajo, al evidenciar la existencia de estudios que demostraban que el no estar ocupado se asociaba a mayor uso inadecuado del SUH. Siendo un factor de uso de los servicios según Andersen; pero, al no haber significancia, no se considera un factor de riesgo ni protector. (Tabla N° 13)

**TABLA N° 13: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO LABORAL Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Estado Laboral	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor P
	casos	control		
Ocupado	66	66	.001	.97
No ocupado	123	122		
Total	189	188		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

Al aplicar la prueba de hipótesis a la variable: lugar de residencia, área urbana o rural, se encontró una asociación al uso inadecuado del SUH ( $\chi^2= 6.026$ ,  $OR=1.679$  1.109 2.542,  $p=.014$ ). La mayor probabilidad del uso inadecuado se da en los pacientes que residen en lugares urbanos ( $OR_{urbano}=1.233$ ) (Tabla N°14 y 15)

**TABLA N° 14: ASOCIACIÓN ENTRE EL ÁREA DE RESIDENCIA Y EL USO INADECUADO DEL SUH, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Área de residencia	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor P	OR
	casos	control			
Urbano	124	100	6.026	.014	1.679
Rural	65	88			(1.109 2.542)
Total	189	188			

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016

**TABLA N° 15: ESTIMACIÓN DE RIESGO PARA EL ÁREA DE RESIDENCIA Y EL USO INADECUADO DEL SUH, DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para uso inadecuado del SUH (Si / No)	1.679	1.109	2.542
Para cohorte urbano o rural = Urbano	1.233	1.041	1.461
Para cohorte urbano o rural = Rural	.735	.573	.942
N° de casos válidos	377		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

En relación a la variable: hora de atención, el mayor número de casos (140 -75%) se presentan en el horario de atención diurna. En nuestro estudio no se observó asociación, estadísticamente significativa, entre la hora de atención con el uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalarias ( $\chi^2= 1.196$ ,  $p=0.274$ ); por lo tanto, la utilización inadecuada del SUH, no depende del horario de atención al que acuda el paciente. (Tabla N° 16).

**TABLA N° 16 : ASOCIACIÓN ENTRE HORARIO DE ATENCIÓN Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Horario de atención	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor p
	casos	control		
6:00 am a 5:59 pm	140	129	1.196	.274
6:00 pm a 5:59 am	49	58		
Total	189	187		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

En cuanto a la asociación de la variable antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y el uso inadecuado del SUH, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2= 15.353$ , OR=.38 .238 .626 p=.000) (Tabla N° 17)

Conviene subrayar que la asociación que se manifiesta en los sujetos que no presentaron antecedentes de enfermedades crónicas transmisibles (OR sin ECNT=1.27, 1.124 1.435) indica una mayor probabilidad de usar, de forma inadecuada, el SUH; considerándose un factor de riesgo, no así en los pacientes con antecedentes de patologías crónicas (OR con ECNT=.490, .338 .710), que se consideran como un factor protector en nuestro estudio. (Tabla N° 18)

**TABLA N° 17: ASOCIACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTES DE ECNT Y EL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

Antecedentes de ECNT	Uso inadecuado del SUH		$\chi^2$	Valor p	OR
	casos	control			
con diagnóstico de ECNT	32	65	15.353	.000	.38
sin diagnóstico de ECNT	157	123			
Total	189	188			

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

**TABLA N°18 ESTIMACIÓN DE RIESGO PARA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, SEGÚN EL USO INADECUADO DEL SUH, POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Uso inadecuado del SUH (Si / No)	.386	.238	.626
Para cohorte antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles = Con diagnóstico de ECNT	.490	.338	.710
Para cohorte antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles = Sin diagnóstico de ECNT	1.270	1.124	1.435
N° de casos válidos	377		

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

**TABLA N° 19: ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD CON EL USO INADECUADO DEL SUH, EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS “CHICHO” FÁBREGA. MARZO A AGOSTO DE 2016.**

<b>Variables de exposición</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>	<b>OR</b>
<b>Edad</b>	<b>9.276</b>	<b>0.002</b>	<b>2.051</b> <b>(1.286 3.270)</b>
<b>Sexo</b>	<b>0.523</b>	<b>0.470</b>	
<b>Nivel educativo</b>	<b>0.319</b>	<b>0.572</b>	
<b>Estado laboral</b>	<b>0.001</b>	<b>0.970</b>	
<b>Lugar de residencia</b>	<b>6.026</b>	<b>0.014</b>	<b>1.679</b> <b>(1.109 2.542)</b>
<b>Hora de atención</b>	<b>1.196</b>	<b>0.274</b>	
<b>Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)</b>	<b>15.353</b>	<b>0.000</b>	<b>.386</b> <b>(.238 .626)</b>

Fuente: Expedientes del Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Marzo a agosto de 2016.

## **DISCUSIÓN**

Los servicios de urgencias están establecidos para ofrecer la atención médica de forma inmediata y profesionalizada, con los recursos especiales a pacientes que tienen en riesgo perder alguna función, un órgano o la vida. Se encuentran siempre disponible las 24 horas del día, durante todo el año. Sin embargo, no toda la población hace uso adecuado de los mismos y, por definición, “Se consideran inadecuadas las consultas que podrían haberse resuelto con los recursos al alcance del médico del Primer Nivel de atención” ( Loria-Castellanos, J. et al, 2010, pág. 509)

Los resultados obtenidos en este trabajo nos indican que el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario se asocia a la edad, el lugar de residencia y los antecedentes de ECNT de los usuarios que acuden al hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega.

En relación a la edad de los pacientes que acudieron al Hospital, encontramos una mayor probabilidad de que los menores de 50 años usen el servicio de urgencias, de forma inadecuada ( $\chi^2=9.276$  OR=2.051 1.286 3.270). El resultado obtenido coincide con lo demostrado en investigaciones realizadas en España, donde las personas jóvenes usan mayormente el SUH, de forma inadecuada (Espinel Vallejos, et al, 2011). Esto puede deberse a la poca accesibilidad a la atención especializada de pediatría, en los niveles de atención primaria en el área, debido a que los especialistas están asignados a la atención a través de citas previas para evaluaciones de crecimiento y desarrollo del niño sano, en su mayoría. Igualmente, puede asociarse a que los pacientes realizan sus actividades laborales y escolares de forma diurna, obligándolos a asistir al servicio de urgencia por la accesibilidad temporal.

En esta investigación no encontré diferencias significativas entre el sexo y el uso inadecuado del SUH ( $\chi^2=.523$ ). Cantero Hinojosa et al (2001) demuestra un mayor uso inadecuado del SUH de las mujeres con respecto a los hombres (OR= 1.94,  $p=.023$ ). Igualmente, en estudios realizados en España, sus autores describen que las mujeres usan más, inadecuadamente el SUH que los hombres; pero en forma débil e inconsistente (Bueno Cavanillas, A., Sanchez López J., 2005).

En nuestro estudio no se encontró diferencias, estadísticamente significativas, entre el nivel de educación y el uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalaria ( $\chi^2=.319$   $p=.572$ )

En relación al estado laboral de la población y el uso inadecuado del servicio de urgencias hospitalario, no se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=.001$   $p=.97$ )

En nuestro estudio se encontró que existen diferencias, estadísticamente significativas, del paciente que reside en el área urbana ( $p=.014$ ) y su asistencia al servicio de urgencias hospitalaria de forma inadecuada; al igual que resultados encontrados en bibliografías consultadas (Reinoso Hermida, Santiago, et al, 2011). Este resultado podría deberse a diferencias geográficas o a la disponibilidad y oferta de los servicios de salud, en la atención primaria y los horarios que mantienen. Puesto que, en las áreas próximas al

hospital, las instalaciones proveen atención médica en horarios de 7:00 am a 3:00 pm y en las áreas más alejadas hasta las 7:00 pm, generando que el paciente del área urbana acuda al hospital en búsqueda de la solución a sus dolencias sin importar el grado de urgencias.

Al realizar el análisis bivariante, en nuestro estudio, no se presenta diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles ( $p > 0.005$ ). Sin embargo, en estudios revisados se observa el uso más frecuente de este servicio de urgencias en el horario diurno (71.3%) (Bueno Cavanillas, A., Sanchez López J., 2005), identificando la mayor probabilidad de que se visite el SUH y sea clasificada como inadecuada esta consulta, con respecto a los que acuden en horario nocturno.

Al realizar los análisis se presenta la asociación de la presencia o no de antecedentes de ECNT ( $p = .000$ ). Sin embargo, el resultado que se obtiene manifiesta que es la cohorte de los pacientes que no presentan antecedentes de ECNT, con la mayor probabilidad de usar, de forma inadecuada, el SUH. Siendo esto contrario a los resultados que se esperaban obtener al realizar esta investigación; ya que se consideró que el tener ECNT era un factor que predisponía al paciente a un uso inadecuado del SUH, y en el presente estudio, se encontró que es un factor protector ( $OR = .490$ ). Con este resultado se plantea que el no presentar antecedentes de ECNT es un factor de riesgo asociado al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalaria.

## **CONCLUSIONES**

Este trabajo se llevó a cabo para investigar qué factores pueden estar asociados al uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalario. Presentamos las siguientes conclusiones:

- La población que hace uso del servicio de urgencias, mayormente, según lo investigado, son los menores de 50 años y de esta cohorte, los pacientes de 0 a 9 años lo usan más de forma inadecuada. Esto demuestra que las edades menores de 50 años es un factor de riesgo al usar, de forma inadecuada, el Servicio de Urgencias Hospitalaria.
- Al investigar el factor sexo y el uso inadecuado del SUH, no se encuentran diferencias significativas para este estudio y no hay diferencias entre los hombres y mujeres, en el uso inadecuado de Servicio de Urgencias Hospitalaria.
- No se observa diferencia significativa entre el nivel educativo (alto o bajo) y el uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalaria.
- El hecho de vivir en área urbana aumenta el riesgo de usar, de forma inadecuada, el Servicio de Urgencias Hospitalaria, constituyéndose en un factor de riesgo.
- Hay que destacar que, contrario a lo esperado, el no padecer ECNT, es un factor de riesgo para el uso inadecuado de los Servicios de Urgencias Hospitalarias y el paciente que padece alguna enfermedad crónica no transmisible (ECNT), lo hace un factor protector al uso inadecuado del SUH, según resultados obtenidos en esta investigación.

## **RECOMENDACIONES**

Con estos resultados recomendamos lo siguiente:

- En estudios posteriores, realizar un análisis separado en las edades de los niños y los adultos para asociar la probabilidad del uso inadecuado, debido a sus perfiles epidemiológicos y necesidades de atención hospitalarias reales.
- Proporcionar los resultados obtenidos, en este estudio, al Ministerio de Salud como base para investigaciones futuras de los factores que influyen en el uso adecuado o inadecuado de los servicios de urgencias a nivel hospitalario y monitorear el recurso sanitario empleado.
- Continuar, en diferentes instituciones, la realización de estudios complementarios para el análisis de otros factores del usuario, del proveedor y de la organización que influyan en el uso inadecuado del Servicio de Urgencias Hospitalarias.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alvarez, María Belén et al. (January 2009). *Determinantes de la salud que condicionan el uso de un servicio de urgencias hospitalario: estudio de casos y controles.* . (E.-U. d. Oviedo, Ed.) Oviedo , España . Recuperado el 2017, de Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Arango, M., et al. (2009). *Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la Hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE.* en *Manizales.* 9(1), 25-34. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf>
- Bueno Cavanillas, A., Sánchez López J. (2005). *Factores asociados al uso inadecuado de un servicio. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias,* 17(3), 138-144. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/114766>
- Burgos, E., García, C., Mayorga, D. (2014). *Demanda Inapropiada a los servicios de Urgencia y Factores Asociados.* Valdivia, Chile. Recuperado el 2016, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmb957d/doc/fmb957d.pdf>
- Cano del Pozo, M.I., et al. (Diciembre de 2008). *Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario.* *ResearchGate/ Emergencias* , 20, 179-186. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/28221085\\_Estudio\\_de\\_la\\_frecuentación\\_de\\_un\\_servicio\\_de\\_urgencias\\_extrahospitalario](https://www.researchgate.net/publication/28221085_Estudio_de_la_frecuentación_de_un_servicio_de_urgencias_extrahospitalario)
- Espinel Vallejos, et al. (2011). *Utilización por cuenta propia de los Servicios de Urgencias Hospitalarias: razones que dan las personas con problemas de salud de baja complejidad para utilizar estos servicios.* *Revistas Científicas Complutenses. Política y Sociedad,* 48(2), 329-352. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/36640/35480>
- INEC Panamá. (2016). *Contraloría General de la República de Panamá.* Obtenido de [https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID\\_SUBCATEGORIA=10&ID\\_PUBLICACION=556&ID\\_IDIOMA=1&ID\\_CATEGORIA=3](https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=10&ID_PUBLICACION=556&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=3)
- J.St-Maurice et al. (2013). *Assesing Emergency Room Use with Primary care Data.* *Methods of Information in Medicine,* 52(1), 33-42. doi:<https://doi.org/10.3414/ME12-01-0012>
- Llanos, A. et al. (2009). *Factores Relacionados con la Utilización de servicios de salud en Costa Rica.* *Salud Pública,* 11(3), 323-335. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a02.pdf>
- Loria-Castellanos, J. et al. (Noviembre-Diciembre de 2010). *Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital.*

*Cirugía y Cirujanos*, 78(6), 508-514. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323008>

Marques Acosta, Aline; Dias da Silva, María. (2015). *Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 23(2), 337-44. doi:10.1590/0104-1169.0072.2560

Méndez Sánchez, John., Gutiérrez Salamanca, Edixon. (2014). *Análisis del Uso del Servicio de Urgencias del Hospital Naval de Cartagena por parte de sus usuarios durante el Segundo semestre del año 2013*. 41-42. Cartagena, Colombia. Obtenido de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2781/1/ANALISIS%20USO%20URGENCIAS%20HOSPITAL%20NAVAL.pdf>

Ministerio de salud. (2016). *Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2016-2025*. Panamá: Minsa. Obtenido de [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas\\_de\\_salud\\_del\\_minsa.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf)

Ministerio de Salud Panamá-ODI. (2008). *Manual de Funciones/Hospital Regional Luis "Chicho" Fábrega*. 126-130. Veraguas, Panamá.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones*. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Núñez Lopez, Raúl. et al. (Agosto de 2009). *Por qué acuden los pacientes a urgencias hospitalarias*. Revista Científica de la Sociedad Española de enfermería de Urgencias y Emergencias(8), 8. Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina8.html>

Pérez-Ciordia I., Guillén Grima F. (2009). *Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra: Razones que las motivan*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32(3), 371-384. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000500007&lng=es&tlng=es)

Reinoso Hermida, Santiago, et al. (Octubre de 2011). *Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalarias y pertinencia de la consulta*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(3), 205-210. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300004)

Rodríguez Acosta, S. (Junio de 2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Colombia: Universidad del Norte (Colombia). Obtenido de

[https://www.researchgate.net/publication/266447314\\_Barreras\\_y\\_Determinantes\\_del\\_Acceso\\_a\\_los\\_Servicios\\_de\\_Salud\\_en\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/266447314_Barreras_y_Determinantes_del_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_en_Colombia)

Sánchez Ruiz-Cabello, F. J. (Octubre de 2005). *Modelo causal en la Decisión de ir al médico y/o practicar autocuidados en la población Pediátrica*. Unniversidad de Granada. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/793/1/15768181.pdf>

Sánchez, M. (2004). *¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?* *Medicina Clínica*, 123(16), 619-620. Obtenido de [www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13068438-S30](http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13068438-S30)

Tudela, Pere; Modol, Josep. (2015). *La Saturación en los servicios de urgencias hospitalarias*. *Emergencias*(27), 113-120. Obtenido de <http://emergencias.portalsemes.org/.../la-saturación-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarias>

ANEXOS



Instructivo para llenado de la Encuesta:

1. Uso inadecuado del SUH: Se refiere a los expedientes que, al momento de identificar, tengan o no una patología identificada de atención en servicios de urgencias.
2. Edad: Anotar los años cumplidos a la fecha de captura de datos.
3. Sexo: Marca el sexo, al cual corresponde físicamente.
4. Nivel educativo: Se refiere al último año de estudio en los diferentes niveles educativos existentes.
5. Estado laboral: Si se encuentra laborando, se marca en casilla ocupado.
6. Lugar de residencia: Lugar donde vive los últimos 12 meses. Anotar poblado o barriada, corregimiento y distrito.
7. Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): Cáncer, enfermedades cardiovasculares (enfermedades del corazón, ataque cerebral e hipertensión), enfermedades pulmonares crónica, neurológicas crónicas, hepáticas crónicas.

## MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES ASOCIADOS AL USO INADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DR. LUIS "CHICHO" FÁBREGA, MARZO A AGOSTO 2016.**

Esta es una encuesta para recolectar información de los pacientes (historias clínicas) con atención en el Servicio de Urgencias del hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega

N° del Formulario

Fecha de  
Captura**Instrucciones: Marque la casilla que corresponda con una X****1. Uso inadecuado del SUH**

diagnóstico:

Si

No

**2. Edad en años****3. Sexo:**

Masculino

Femenino **4. Nivel educativo:**

No asistió

Primer Nivel 

Universidad

Segundo Nivel **5. Estado Laboral:**

Ocupado

No ocupado **6. Lugar de Residencia:**

Urbano

Rural **7. Hora de Atención**

6:00 am a 5:59 pm

6:00 pm a 5:59  
am **8. Antecedentes de enfermedades  
Crónicas no transmisibles (ECNT)**

Con diagnóstico ECNT

Sin diagnóstico  
ECNT 

Recolector de información:

**PRESUPUESTO**

<b>Rubro</b>	<b>Detalle (B/.)</b>	<b>Total (B/.)</b>
<b>Salarios</b>		
Investigador Principal		3600.00
<b>Transporte</b>		
Transporte y combustible		340.00
<b>Materiales y equipo</b>		
Gastos de impresión	175.00 (3)	525.00
Gastos de fotocopia	0,03 c/u	37.50
<b>Imprevistos</b>	400	400.00
<b>GRAN TOTAL</b>		<b>4902.5</b>



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado  
Dirección de Investigación

VIP-DI-2016-REG-CEPT-099  
29 de noviembre de 2016

Magister  
**Zilka I. Terrientes**  
Directora de Investigación y Postgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad de Panamá  
E. S. D.

Apreciada Directora:

Luego de ser revisada la propuesta de la Estudiante Yanitza G. Zernas Jiménez, se aprobó formalmente el proyecto de investigación titulado: "Factores asociados al uso inadecuado del servicio de Urgencia del Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega, marzo a agosto del 2016" identificado con el código CE-PT-327-15-01-16-57.

Este proyecto se enmarca dentro del área de investigación "Salud Pública, Ambiente y Sociedad" establecida por la Facultad de Medicina de la Universidad Panamá.

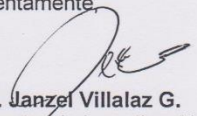
Le incluimos un ejemplar de los formularios DI-F-003 (Informe de Progreso) y DI-F-004 (Informe Final) con el propósito de que pueda mantenernos informados de los avances del proyecto, de modo que nuestros archivos se conserven debidamente actualizados.

El Informe de Progreso debe ser **revisado y tramitado** por la unidad académica; el Informe Final debe tener la **recomendación de aprobación** por la comisión de Investigación de su unidad académica (Artículos 35 y 36 del Reglamento del Sistema de Investigación).

El Informe Final deberá ser preparado en formato de la Revista Scientia o Societas y debe contener un resumen en español e inglés. Adicionalmente, se debe adjuntar dos copias del Informe Final en formato digital (CD).

Los resultados del trabajo deben publicarse en una revista nacional o internacional y la copia de la publicación debe enviarse a esta Vicerrectoría para su promoción.

Atentamente

  
**Dr. Jancel Villalaz G.**  
Director de Investigación

cc. Estudiante, Yanitza G. Zernas Jiménez, Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina.  
cc. Profesor, Carlos Brandariz, Asesor

/LR

2016 "Año de la Consolidación de la Democracia Universitaria"  
Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira  
Estafeta Universitaria. Panamá, República de Panamá  
Tel.: (507) 523-5322 / 523-5321. FAX: 523-2150  
e-mail: investigacionvip@hotmail.com



SGC-F-024



Rev.5



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
COMITÉ DE BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN (CBI-UP)  
CARTA DE APROBACIÓN

Nota CBIUP/015/2017  
Fecha 10 de enero de 2017

Licenciada  
Yanitz G. Zernas Jiménez  
E. S. M.

Estimada Licda. Zernas:

Reciba un cordial saludo.

El Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad, en su sesión del 5 de enero de 2017, aprobó el Protocolo "Factores asociados al uso inadecuado del servicio de urgencia del Hospital Dr. Luis Chicha Fábrega, marzo a agosto del 2015" código CE-PT-327-15-01-16-57, y todos los documentos anexos, recomendando cambiar la fecha "2015" a "2016".

Atentamente,

Dra. Claude Vergès  
Presidente del Comité de Bioética de Investigación  
de la Universidad de Panamá

cc.: Dr. Jaime Gutiérrez  
Vicerrector de Investigación y Postgrado

Santiago, 14 de octubre 2016.

Doctor  
HÉCTOR TORRES  
Director Regional  
Ministerio de Salud- Veraguas  
E. S. D.

*HT*  
*Héctor Torres*  
*26-10-16*  
Dr. Héctor Torres  
Médico General  
MINSA Veraguas  
Reg. 3554

Doctor Torres:

Cómo estudiante del IV cuatrimestre de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y con el propósito de contribuir a mejorar situaciones identificadas desarrollaré la investigación titulada "Factores asociados al uso inadecuado de los servicios de Urgencias Hospitalaria del Hospital Dr. Luis C. Fábrega, marzo-agosto 2016".

Motivo por el cual deseo solicitarle a usted me permita desarrollar mi investigación de Tesis en el Hospital Dr. Luis chicho Fábrega garantizando los aspectos éticos debidamente establecidos.

Requiero a usted, tenga a bien acceder a mi solicitud

Atentamente

  
D<sup>CA</sup> YANITZA G. ZERNAS JIMÉNEZ  
Ced. 8-360-137

Recibido por: *Isabel*  
Fecha: *26/10/2016*  
Hora: *1:36 pm.*  
MINSA VERAGUAS

Santiago, 23 de enero 2017

Doctora  
Mineth Guizado  
Directora Médica  
Hospital Dr. Luis Fábrega  
E. S. D.

*VB Mineth Guizado  
25/1/17*



Doctora Guizado:

Como estudiante del último cuatrimestre de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y con el propósito de contribuir a mejorar situaciones identificadas desarrollaré la investigación titulada *"Factores asociados al uso inadecuado de los servicios de Urgencias Hospitalaria del Hospital Dr. Luis C. Fábrega, marzo-agosto 2016"*.

Motivo por el cual le informo y solicito su visto bueno para continuar a partir del 1 de febrero del presente con la recolección de la información necesaria para el desarrollo de la investigación de mi Tesis en el hospital Dr. Luis Chicho Fábrega, garantizando los aspectos éticos debidamente establecidos y adjunto las notas de autorización ya recibidas al iniciar la elaboración del mismo.

Sin otro particular

Atentamente

*[Handwritten signature]*  
DRA. YANITZA G. ZERNAS JIMÉNEZ

*Estudiante de Maestría de salud Pública  
Facultad de Medicina- Universidad de Panamá  
Ced. 8-360-137*

25-ENE'17 11:02AM