



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO/A CIRUJANO/A**

**PERFIL DE MORBIMORTALIDAD PREVALENTE EN LOS
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y EMERGENCIAS DEL
HOSPITAL BÁSICO BACO, EN LA CIUDAD DE LATACUNGA,
EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016.**

AUTORES

**LIZETH VANESSA MOSQUERA MEZA
LIZBETH ESTEFANÍA RAMOS CÁRATE**

DIRECTOR

BUITRÓN RENÉ, MD, MPH, MSC. PHD(c).

QUITO, OCTUBRE 2016.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, quien me ha guiado toda la vida, me ha acompañado y puesto personas maravillosas en mi camino.

A mis padres Jaime y Piedad por su apoyo incondicional en cada paso que doy, por creer en mí y darme la mejor herencia que se le deja a un hijo, la educación.

Lizbeth E. Ramos C.

A mis padres Sony y Vlady, por su amor y paciencia infinita, por su dedicación y entrega hacia nuestra familia, y por hacer de mi hermana y de mi persona, mujeres de bien. A mi hermana Amandy quien ha luchado conmigo y con su cariño me ha levantado de cada caída. A mis abuelitos Carlitos, Naty, Yoly y Lucho, quienes fueron mi mayor ejemplo y mi más grande amor. Y a Leonardo, por tu apoyo incondicional y amor.

Les amo con todo mi corazón.

Lizeth Vanessa Mosquera Meza.

AGRADECIMIENTO

A nuestro tutor, el Doctor René Buitrón por su paciencia, dedicación y apoyo durante nuestra formación médica, especialmente durante éste proceso de titulación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina por ser la institución dónde cumplimos nuestro más grande sueño, el de ser médicos.

Lizeth Vanessa Mosquera Meza

Lizbeth Estefanía Ramos Cárate

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Páginas
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	15
1. MARCO TEÓRICO	15
1.1 HISTORIA DE LA EMERGENCIA	15
1.2 HISTORIA DE LA EMERGENCIA EN EL ECUADOR.....	17
1.3 DEFINICIONES	19
1.3.1 ATENCIONES EMERGENTES	19
1.3.2 ATENCIONES URGENTES.....	19
1.3.3 URGENCIA HOSPITALARIA	19
1.3.4 URGENCIA NO HOSPITALARIA	20
1.3.5 ATENCIONES NO URGENTES	20
1.3.6 OPORTUNIDADES PERDIDAS	20
1.3.7 EMERGENCIAS INNECESARIAS.....	20
1.4 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD	21
1.4.1 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL.....	21
1.4.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD EN EL ECUADOR.....	23
1.5 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO	25
1.5.1 REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA.....	28
1.6 SATURACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS	30
1.7 EL TRIAGE	33
1.8 FACTORES PARA LA SOBREUTILIZACIÓN DE LA EMERGENCIA	36
1.9 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL BÁSICO BACO.....	39
1.9.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN	39
1.9.2 MISIÓN.....	39
1.9.3 VISIÓN	40

1.9.4 SERVICIOS DEL HOSPITAL BÁSICO.....	40
1.9.5 PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA.....	41
CAPÍTULO II	42
2. METODOLOGÍA	42
2.1 JUSTIFICACIÓN	42
2.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	43
2.3 OBJETIVOS	43
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	43
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
2.4 TIPO DE ESTUDIO.....	44
2.5 MUESTRA.....	44
2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
2.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	45
2.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	48
2.10 ASPECTOS BIOÉTICOS	49
CAPÍTULO III.....	50
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	50
3.1.6. SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	56
3.1.7. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	65
3.1.8. OPORTUNIDADES PERDIDAS Y ATENCIONES DE EMERGENCIA INNECESARIAS	69
3.2. ANÁLISIS BIVARIADO	72
3.2.1. RELACIÓN ENTRE SERVICIO DE ATENCIÓN Y SEXO	72
3.2.2. RELACIÓN ENTRE SERVICIO DE ATENCIÓN Y GRUPO ETARIO.....	72
3.2.3. RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y HORA DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	72
CAPÍTULO IV.....	74
4. DISCUSIÓN	74
CAPÍTULO V	81
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
5.1. CONCLUSIONES	81
5.2. RECOMENDACIONES	82
ANEXO 1.....	83
ANEXO 2.....	84
ANEXO 3.....	86

6. BIBLIOGRAFÍA..... 87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1. BOX PLOT DE LA EDAD DE LOS PACIENTES.....	51
GRÁFICO N°2. BARRAS DE PERFIL DE MORBIMORTALIDAD.....	55
GRÁFICO N° 3. BARRAS DE LA HORA DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.....	61
GRAFICO N° 4. PASTEL DE EMERGENCIAS INNECESARIAS.....	69
GRAFICO N° 5. PASTEL DE OPORTUNIDADES PERDIDAS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. TABLA DE NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	27
TABLA 2. CLASIFICACIÓN DEL TIEMPO DE ATENCIÓN POR TRIAGE.....	34
TABLA 3. ETAPAS DE LA VIDA.....	52
TABLA 4. PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS	60
TABLA 5. PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	68
TABLA 6. RELACIÓN ENTRE HORA DE ATENCIÓN Y EDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD (2000-2012).....	22
FIGURA 2. CAUSAS DE MORTALIDAD EN ECUADOR (200-2009).....	24
FIGURA 3. EVOLUCIÓN CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA PAÍS SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO (2001-2008).....	31

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil de morbimortalidad prevalente en los pacientes que acuden a los Servicios de Emergencias y Consulta Externa del Hospital Básico BACO, estableciendo la presencia de oportunidades perdidas y atenciones en emergencia innecesarias. Obedece también a la necesidad sentida por las autoridades del Hospital Básico BACO, de determinar si las atenciones realizadas en la Emergencia son realmente urgentes o emergentes, de acuerdo a la definición de las mismas establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y si se han presentado casos de atenciones en el Servicio de Consulta Externa que debieron haber sido atendidos en la Emergencia, a lo que se denominará como oportunidades perdidas, en tanto que las atenciones innecesarias realizadas en el Servicio de Emergencias y que no ameritan ingresar por este servicio, se las catalogará como consultas de emergencia no necesarias.

Diseño: Cross Sectional Study

Análisis estadístico medidas de tendencia central, dispersión, medidas de significación para diferencia de promedios y porcentajes en el análisis bivariado, ANOVA en el análisis multivariado, y como medidas de asociación la V de Cramer y el coeficiente C de contingencia. Para esto se empleó el programa SPSS versión 23 con licencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Materiales y métodos: se analizó las atenciones realizadas en el primer semestre del año 2016; para lo cual se procedió a realizar una matriz de recolección de la información, utilizando: hojas 08, partes diarios, historias clínicas y base de datos proporcionada por el Hospital, obteniéndose información del universo de atenciones en los Servicios de Emergencias y Consulta Externa.

Resultados: La atención brindada por el Hospital Básico BACO, primordialmente es a jóvenes adultos del sexo masculino, pertenecientes a la Fuerza Aérea. En el Servicio de

Emergencias el porcentaje de emergencias innecesarias es del 60,8%, solo el 39,2% corresponden a una real emergencia. En el Servicio de Consulta Externa el porcentaje de oportunidades perdidas es del 11,3%. Las Enfermedades del sistema respiratorio fueron las más prevalentes tanto en Consulta Externa como en Emergencia.

Conclusiones: 4 de cada 10 atenciones realizadas en el Servicio de Emergencias, son a atenciones emergentes. En el Servicio de Consulta Externa, 2 de cada 10 consultas corresponden a atenciones emergentes. La hora de atención en la que se observa la mayor afluencia de pacientes en el Servicio de Emergencias, es a las 12 del día, no se tiene evidencia, pero se presume tiene relación con horarios de trabajo.

INTRODUCCIÓN

Durante la historia de la humanidad, han existido patologías agudas meritorias de una atención emergente, es decir, una asistencia que evite la muerte o la complicación del estado del paciente. En la práctica se ha menospreciado al Servicio de Emergencias, catalogándolo como un área, que no ameritaba de especialización por parte de los médicos que brindaban su atención en dicho Servicio. Las personas que acudían a este Servicio eran atendidas por el entendido en medicina, que ese día estaba de turno, sin importar si su cargo era de Interno de Medicina, Médico General o Especialista en cualquier rama de la medicina (J. Rocha, 2011). Ésta situación causó que por falta de conocimiento del personal de salud, se obvie hacer el proceso de triage y se atiende a cualquier paciente con patología aguda, aunque ésta no sea una verdadera emergencia.

Conforme han pasado los años y tras desastres naturales ocurridos, se vio la necesidad de contar con personal capacitado en el Servicio de Emergencias; pues se necesita de un diagnóstico rápido, a la par de una toma de decisiones inmediatas bajo un ambiente de estrés; en el que se debe priorizar la atención de acuerdo a la gravedad que tenga cada uno (Sánchez López, A. E. Delgado Martín, H. Muñoz Beltrán, J. D. Luna del Castillo, J. J. Jiménez Moleón, 2005). Al ser una atención a un número indeterminado de pacientes, sin grupo etario definido, resulta un manejo difícil, que no todos están en la capacidad de conseguir (J. Rocha, 2011).

Es así que en la década de los años 60, la Universidad de Cincinnati en Estados Unidos, abre por primera vez el programa de formación médica en Emergencias, posterior a lo cual, en 1968 se forma el Colegio Americano de Médicos de Emergencia, y en el año de 1973 egresan los primeros graduados en dicha especialidad. Desde entonces hasta la década de los años 80, la Emergencia como una especialidad, ha logrado expandirse a

Canadá, Australia, Centro América y Sudamérica; finalmente llega a Ecuador en el año 1989, obteniendo en el año de 1993, la primera promoción de médicos en Emergencias (Echeverría, J., 2016).

El objetivo primordial de la medicina de Emergencias es proporcionar una atención médica especializada y personalizada, a pacientes que presentan afecciones funcionales o estructurales de un órgano, siendo éstas de gravedad (Águila, 2015).

Para poder tener una idea objetiva del estudio, se debe tener claro que es una emergencia y que es una urgencia. Según la OMS, una urgencia es definida como la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Está definida también como aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención, obligatoriamente debe ser en menos de 6 horas (Grupo CTO, 2011).

Por otro lado, una emergencia es cualquier situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano, en el que la falta de asistencia médica conduciría a la muerte en pocos minutos y en el que aplicar primeros auxilios es de suprema importancia (Grupo CTO, 2011).

El Servicio de Emergencias debería centrarse en patologías que comprometan la vida o el bienestar físico de una persona; para lograrlo se han desarrollado escalas de triage, reconocidas a nivel mundial, que establecen la categorización de las patologías en niveles de atención.

El triage está definido como una serie de parámetros que ayudan a clasificar una enfermedad según su gravedad y pronóstico de supervivencia, dependiendo de los signos y síntomas con los que acuda el paciente (Ahrq, 2012; Jiménez, 2003). Es utilizado

mediante distintas escalas, de modo que se tenga una herramienta eficaz en el momento de clasificar una patología como emergente o no (Iserson & Moskop, 2007; Vargas. & González., 2015; Soler, Gómez Muñoz, Bragulat, & Álvarez, 2010). De esta manera, se han desarrollado guías para manejo de enfermedades emergentes (Colombia, 2009; M.J. Vásquez lima, 2007) , prácticas y de fácil uso para los expertos.

A manera de ejemplo, un estudio realizado en el Servicio de Emergencias del Hospital de la Universidad del Norte Zelanda, en el que se atiende a 6005 pacientes, se encontró que del 94,1 % de personas atendidas, el 0,4 % se catalogaron como de atención inmediata, y un 44,2 % correspondían a sin urgencia; el resto de las atenciones fueron: un 26,9 % emergencias, 39,7 % urgencias, y el 32,9 % urgencias menores (Plesner et al., 2015). De esta manera se demuestra que las enfermedades atendidas en el Servicio de Emergencias en un gran porcentaje no requieren de éste servicio y se pueden atender en Consulta Externa.

En el presente estudio se analizarán las patologías por las que los pacientes acuden al Servicio de Emergencias, diferenciando las urgencias y emergencias, de aquellas que debieron ser derivadas al Servicio de Consulta Externa. A las atenciones de pacientes en el Servicio de Emergencias sin ameritarlo, las denominaremos como emergencias innecesarias, en el sentido de que, cabe la posibilidad que por atender una patología que no es meritoria de asistencia emergente, se descuide, retrase o no se atienda una verdadera emergencia o urgencia. Esto implica costos innecesarios, los mismos que no serán objeto de análisis; además de tiempo de los profesionales médicos en la atención y sobreutilización de laboratorio e imagen entre los efectos principales.

Por otro lado, cabe la posibilidad de encontrar oportunidades perdidas, esto es, atenciones demoradas en emergencia a pacientes que realmente necesitaban ser atendidos

en éste servicio, o atenciones en Consulta Externa de pacientes que debieron ser atendidos en Emergencias.

(M.Damas, Urgencias, 2011) menciona que las patologías urgentes y emergencias que ameritan una actuación inmediata y que comprometen el bienestar físico y mental del paciente pueden ser: afectaciones neurológicas centrales o periféricas, neuromusculares, de estructuras torácicas, vías aéreas; sin embargo, en los Servicios de Emergencias las patologías comúnmente observadas son: heridas, signos y síntomas mal definidos, enfermedades del aparato digestivo, infecciosas, etc., que no ameritan acudir a estos Servicios.

Nuestro país no escapa a esta situación, ya que es común observar como los Servicios de Emergencias están totalmente copados, sobre todo en hospitales públicos, impidiendo así que se realice una atención adecuada a los pacientes cuya vida se encuentre en peligro inminente.

La preocupación por disminuir la saturación en los Servicios de Emergencias es un conflicto crítico a nivel mundial. Esto se evidenció en Ontario, Canadá (Ovens, 2010), en cuyo sistema de salud financiado públicamente, la saturación de los servicios de urgencias ha sido una problemática durante muchos años y se la ha señalado como la culpable de los retrasos en la atención y cuidados a los pacientes graves que acababan de llegar a urgencias.

Otro ejemplo constituye Arabia Saudita (Khalifa & Zabani, 2016), en dónde se han propuesto diferentes estrategias para poder disminuir la sobrepoblación de los distintos Servicios de Emergencias, ya que se observa que la saturación de las unidades especializadas en atención de emergencia es la mayor barrera para brindar un cuidado emergente a pacientes que en realidad la necesitan, ya que al haber un rebosamiento de ocupación de espacio y recursos, no existe la posibilidad de que se pueda brindar una

asistencia sanitaria de calidad, y se prolonguen las estancias hospitalarias (Sánchez-López & Bueno-Cavanillas, 2005).

Ante ésta situación, un adecuado triage contribuiría a reducir la saturación de los Servicios de Emergencias, racionalizaría su uso, permitiría una adecuada atención cuando el motivo de consulta es un evento realmente emergente, mantendría en permanente actualización al personal de salud entrenado para este tipo de atenciones al realizar acciones médicas para las cuales se preparó, todo lo cual, redundaría en una mejor atención a los pacientes que acuden a estos Servicios (Alpízar, 2014; Dueñas, General, Urgencias, Gutt, & Velandia, n.d.). Pero también es imprescindible y urgente, educar a la población en signos y síntomas de alarma que al identificarlos, acudan a un Servicio de Emergencias, y además conozcan cuando acudir al Servicio de Consulta Externa, porque ya conocerían que el problema que los aqueja debe ser solucionado en esa instancia.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 HISTORIA DE LA EMERGENCIA

La medicina de Emergencia es una especialidad relativamente nueva. Antes de que sea considerada como tal, los Servicios de Emergencias eran servicios desorganizados, abandonados, servicios que eran atendidos por internos rotativos, médicos residentes asistenciales e incluso por estudiantes de medicina. Éstos servicios eran considerados como un área de castigo para los médicos de las distintas instituciones de salud (J. M. Rocha, 2011). La medicina de Urgencias no era considerada como un área que requería de preparación distinta o especializada y seguramente esta apreciación tuvo su precio en vidas humanas.

Por todos estos factores, el personal médico empieza a comprender que un médico que trabaje en los Servicios de Emergencias debe ser un médico calificado, que posea distintas y múltiples destrezas, un médico con experiencia y con conocimiento en el manejo adecuado y oportuno de las patologías que en minutos ponen en riesgo la vida de un ser humano.

Es por esto que en la década de los años sesenta, un distinguido grupo de médicos en Estados Unidos, ve la necesidad de contar con especialistas que brinden una atención de calidad en los Servicios de Emergencias, y no es sino hasta el año 1968 que se crea el Colegio Americano de Médicos de Emergencias con el objetivo de crear una especialidad de Medicina de Urgencias; ésta es reconocida como especialidad en el año de 1979, y el primer examen de certificación se otorga en el año 1980. La medicina de Emergencias,

poco a poco ha ido expandiéndose a nivel mundial, hasta que en la actualidad es considerada como la especialidad médica número 23, y cuenta con más de 50 postgrados a nivel mundial. El primer postgrado en Emergencias es creado por la Universidad de Cincinnati en Estados Unidos (ACEP, 2016).

Se crea entonces la Federación Mundial de Medicina en Emergencia en el año 1991 para el apoyo de la especialidad y para su desarrollo (IFEM, 2016). Ésta federación en sus inicios representaba solamente a 5 países, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Australia y Nueva Zelanda y en la actualidad incluye a más de 50 países y se sigue expandiendo y dictando cursos de actualización a nivel mundial.

1.2 HISTORIA DE LA EMERGENCIA EN EL ECUADOR

En el Ecuador, la Emergencia es una especialidad que ha tomado fuerza durante los últimos años.

Las especialidades en nuestro país tuvieron su inicio en los años del liberalismo, lo que significó un gran avance en el Gobierno dirigido por Eloy Alfaro. El General tuvo la brillante idea de enviar a ciertos médicos becados a especializarse en Europa (Francia y Alemania), para que regresaran a implementar un pensum de estudio en la carrera de medicina, que cuente con distintas cátedras de mayor complejidad y de ésta forma educar especialistas dentro de nuestro país (Yépez, 1979). Entre ellos tenemos: el Doctor Manuel María Casares y Doctor Luis G. Dávila quienes estudiaron medicina Interna en Paris y fueron catedráticos formando médicos con más conocimientos; el Doctor Mario de la Torre, quien estudió procedimientos quirúrgicos Franceses y los introdujo en el país; el Doctor Isidro Ayora fue becado en Alemania, en donde estudió Obstetricia y Ginecología e implementó la escuela alemana dentro de la educación a los nuevos médicos; el Doctor Francisco Cousin quien trae un laboratorio particular, difundiendo sus conocimientos en bacteriología, al igual que el Doctor Francisco Corral; el Doctor Ricardo Villavicencio Ponce, quien trae conocimientos innovadores e importantes sobre cirugía general, ortopedia, dermatología y Sifilografía; y el Doctor Ángel P. Sáenz quien en Alemania estudió Otorrinolaringología y Oftalmología, siendo el único especialista en esa época (Paredes, 1963).

Al tener un panorama general de como la historia de la medicina en nuestro país ha tenido un progresivo auge, es posible darse cuenta que no existía un profesional dedicado a la medicina de Emergencia, y el motivo es que la medicina de Urgencias no

era considerada un área necesaria de conocimientos de complejidad, es decir no era una especialidad sino hasta la década de los años setenta.

Es así que en el Ecuador se instaura el postgrado de Medicina de Urgencias en el Hospital Carlos Andrade Marín, siendo el pionero a nivel nacional en el año de 1989. La Universidad Central gradúa sus primeros Médicos Emergenciólogos en el año 1993, posterior a la cual se crea el postgrado también en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para de ésta manera intentar satisfacer la demanda de atención en los distintos hospitales del país.

1.3 DEFINICIONES

1.3.1 ATENCIONES EMERGENTES

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como atenciones emergentes a las patologías que determinan una situación en la que la vida peligra de manera inminente, al punto en que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos, o a su vez en la que pudiera darse la pérdida total de la función de algún órgano. Es decir se precisa de una atención médica inmediata e impostergable (Grupo CTO, 2011, Jiménez, 2003).

1.3.2 ATENCIONES URGENTES

La OMS define como atenciones urgentes a las patologías agudas, pero cuya evolución se da de manera lenta en comparación con las emergentes y que no significan un compromiso mortal. Su atención no debe retrasarse más de seis horas, que transcurrirán entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo (Grupo CTO, 2011, Jiménez, 2003).

1.3.3 URGENCIA HOSPITALARIA

Según (Lapeña López de Armentia et al., 1996a) una urgencia hospitalaria trata de atenciones emergentes y atenciones urgentes que exijan la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos, de los cuales no se dispone en servicios de salud de atención primaria.

1.3.4 URGENCIA NO HOSPITALARIA

Según (Lapeña López de Armentia et al., 1996a) se tratan de atenciones urgentes que necesitan una atención médica inmediata, y que no pueda esperar a ser visto por un especialista de salud que atienda en el horario habitual de consulta.

1.3.5 ATENCIONES NO URGENTES

Se incluyen a todas las patologías o consultas médicas que no sean atenciones emergentes, atenciones urgentes y urgencias hospitalarias (Lapeña López de Armentia et al., 1996a).

1.3.6 OPORTUNIDADES PERDIDAS

Las oportunidades perdidas se definirán como aquellas enfermedades que necesitaban una atención emergente o urgente y se atendieron en el Servicio de Consulta Externa.

1.3.7 EMERGENCIAS INNECESARIAS

Las emergencias innecesarias se definirán como aquellas enfermedades que se atendieron en el Servicio de Emergencias, sin requerir una atención emergente o urgente, y que pudieron ser resueltas en un Servicio de salud de atención primaria o en una atención dentro de horarios de Consulta Externa.

1.4 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

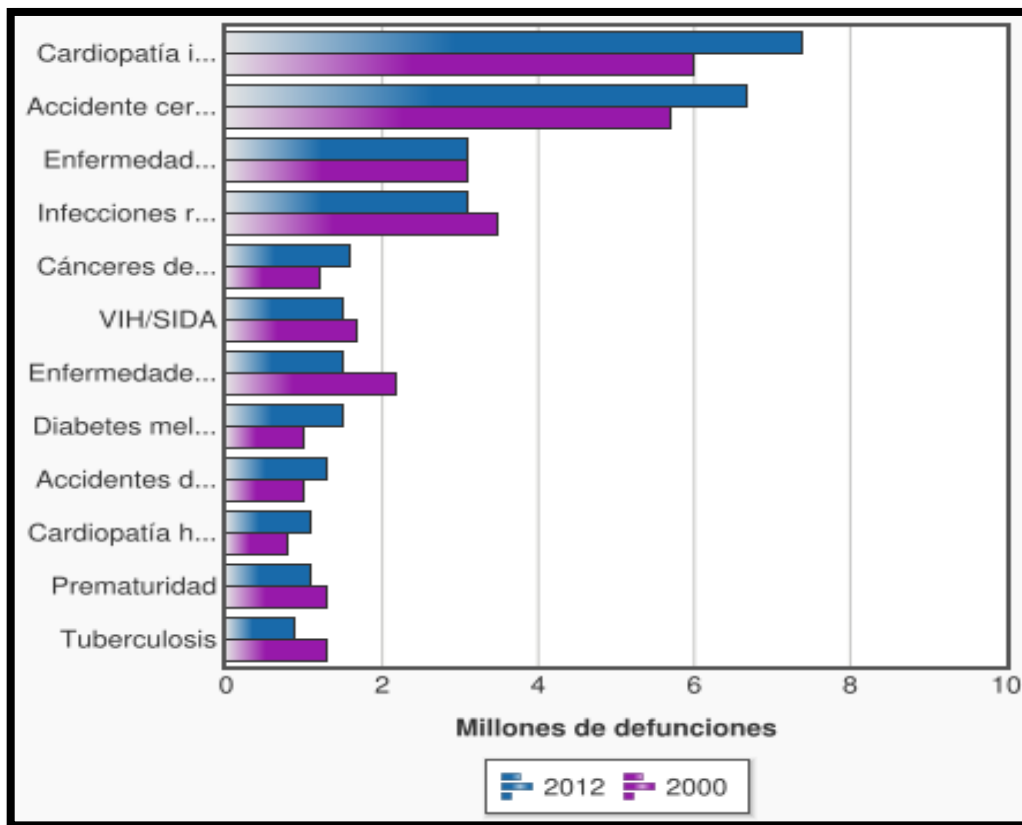
La morbilidad y la mortalidad son indicadores epidemiológicos del desarrollo de un país, ya que dentro de los factores que los cambian se encuentran: nivel socioeconómico, grupos etarios, concentración urbana o rural de la población y sobre todo los factores higiénico-sanitarios que con el tiempo han ido cambiando y mejorando el estilo de vida, erradicando enfermedades, instalando programas de prevención, brindan mejores condiciones de vida con la mayor cobertura de los servicios básicos. Para fines del estudio a continuación se dará a conocer la situación que a nivel mundial y en nuestro país Ecuador, se vive.

1.4.1 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL

La morbilidad y la mortalidad son dos condiciones epidemiológicas que van de la mano, pues la morbilidad si no es identificada y resuelta a tiempo, tendrá como consecuencia a largo plazo la muerte.

A partir del año 2000 las enfermedades crónicas han encabezado la morbilidad, entre ellas tenemos las enfermedades cardiovasculares que han causado 17,5 millones de muertes en el año 2012, de estas 7,4 millones son cardiopatía isquémica, y 6,7 millones corresponden a accidentes cerebrovasculares; la diabetes con sus complicaciones causó 1 millón de defunciones representando el 1,9%; en el año de 2012 se incrementó y causó un total de 1,5 millones de defunciones, es decir, el 2,7% de la mortalidad a nivel mundial. En la **Figura 1** podemos observar la evolución de las principales causas de morbimortalidad en el mundo (OMS, 2014).

FIGURA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD (2000-2012).



FUENTE Y ELABORACIÓN: (“OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo,” 2014).

En la actualidad según el último reporte de la OMS del año 2014 señala que las tres primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las infecciones del tracto respiratorio inferior (neumonía) y los eventos cerebrovasculares (OMS, 2014).

1.4.2 PERFIL DE MORBIMORTALIDAD EN EL ECUADOR

Como ha ocurrido a nivel mundial, también en nuestro país ha mejorado la disponibilidad de recursos, debido a una modernización del Estado y junto con ello la urbanización, que han contribuido a mejorar el sistema de higiene y sanidad, permitiendo alcanzar una reducción de enfermedades infecciosas y por consiguiente un cambio de la incidencia de enfermedades prevenibles a través de los años.

Es así que si hablamos de morbilidad hasta el año 2009, en mayor porcentaje tenemos las IRA (infecciones respiratorias altas) y EDA (enfermedad diarreica aguda) en menores de un año hasta los 14 años de edad; posteriormente hasta los 49 años de edad tenemos las IRA pero en segundo lugar se ubican las ETS (enfermedades de transmisión sexual) y a continuación aparecen las EDA; desde los 50 años de edad en adelante se imponen las enfermedades crónicas, presentándose en primer lugar las IRA, seguidas de Hipertensión y Diabetes (EPIDEMIOLOGÍA, 2011).

Actualmente, basándonos en los últimos datos, las cinco principales causas de morbilidad según (INEC, 2014) son: en primer lugar la colelitiasis, segundo apendicitis, tercero diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, cuarto neumonías y quinta otros trastornos del sistema urinario.

Ahora en cuanto a mortalidad se trata podemos observar en la **Figura 2** una evolución de 8 años en la historia del Ecuador, el cambio que se ha dado desde el año 2000 al 2008 (EPIDEMIOLOGÍA, 2011).

FIGURA 2. CAUSAS DE MORTALIDAD EN ECUADOR (2000-2009)

2000 ECV (enfermedad cerebro vascular), hipertensión, diabetes y neumonía.

2001 ECV, Diabetes y neumonía.

2002 ECV, neumonía y enfermedad isquémica del corazón.

2003 Otras enfermedades del corazón, ECV y diabetes.

2004 Otras enfermedades del corazón, neumonía y ECV

2005 ECV, hipertensión y diabetes.

2006 ECV, neumonía e influenza y Diabetes.

2007 y 2008 Diabetes, ECV e hipertensión.

FUENTE: (EPIDEMIOLOGÍA, 2011)

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos.

Para el año 2014 las principales causas de mortalidad, están encabezadas por las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de diabetes mellitus con sus complicaciones y enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas y finalmente influenza y neumonía (INEC, 2014).

1.5 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ECUATORIANO

El Sistema Nacional de Salud se organiza interinstitucionalmente en redes, por niveles de atención en I, II, III y IV; cada uno tiene su función pero a la vez el uno se complementa con el siguiente.

I Nivel de atención: este nivel resuelve las atenciones básicas, cubriendo a toda la población; su objetivo enfatiza en la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Ministerio de Salud, 2012).

II Nivel de Atención: este nivel al ser el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención, da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, a los casos no resueltos y que requieren una atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención, exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno y constituye. El objetivo de este nivel es desarrollar actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles (Ministerio de Salud, 2012).

III nivel de Atención: en este nivel se resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades. Es la referencia inmediata del II Nivel de Atención, solucionando lo que en ese nivel no se resolvió (Ministerio de Salud, 2012).

IV nivel de Atención: este nivel concentra la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población (Ministerio de Salud, 2012).

Nivel de Atención Prehospitalaria: este nivel de atención oferta atención, desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia de una casa de salud que tenga la capacidad resolutive para atender la situación (Ministerio de Salud, 2012).

A continuación en la **Tabla 1** se puede observar los centros de salud y casas hospitalarias, clasificadas acorde al nivel que pertenecen.

Tabla 1.

TABLA DE NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLE. DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud – A
	4° nivel	I-4	Centro de salud – B
	5° nivel	I-5	Centro de salud – C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2° nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1° nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2° nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3° nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

FUENTE: (Ministerio de Salud, 2012).

1.5.1 REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA.

Dentro del esquema de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), se tiene una serie de organizaciones inmersas, empezando por: el Ministerio de Salud Pública (MSP); el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS (Seguro General de Salud Individual y Familiar, Seguro Social Campesino, Seguro de Riesgos del Trabajo), el seguro de las Fuerzas Armadas-ISSFA y el seguro de la Policía Nacional-ISSPOL. (Ministerio de Salud, 2012).

Las organizaciones forman entre sí una red, la cual está liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Dentro de todas estas instituciones en mención, se encontrarán también proveedores privados de salud, con o sin fines de lucro, y éstos serán los que conformarán la llamada red complementaria.

Una “red” constituye una serie de escalones para poder llegar a un núcleo, es decir, es una serie de lógicas interconexión que con se articulan en torno a objetivos comunes y acuerdos entre sí.

La estructuración y funcionamiento de la RPIS tiene como objetivo principal superar la fragmentación y segmentación actual del sistema de salud, de ésta forma, ampliar la cobertura de atenciones a nivel nacional, organizando el acceso a servicios de salud de calidad, mediante normas y procedimientos homogéneos para su correcto funcionamiento.

La referencia – contrarreferencia es entonces una importante estrategia de articulación de la red, y es de suma importancia ya que se basa en el desarrollo de sistemas integrales e integrados de servicios de salud. Todo esto tiene como base la Atención Primaria de Salud Renovada, que implementan el Modelo de Atención Integral de Salud

(MAIS), la cual pretende fortalecer la integración de los diferentes niveles de complejidad , mejorar la intersectorialidad, promover la participación social, obtener coordinación de fuentes financieras, y garantizar la continuidad y calidad de la atención (Manual Operativo AUS. Anexo Redes.SODEM, 2006) (Ministerio de Salud, 2012).

1.6 SATURACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

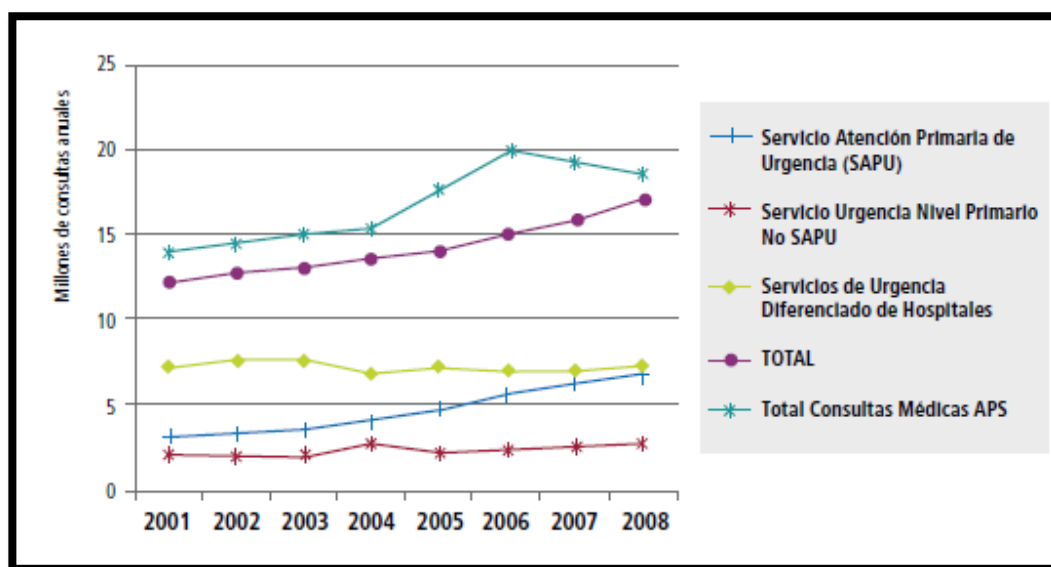
La saturación en los Servicios de Emergencia es una problemática de tendencia mundial que se conoce de años atrás, y a la cual, mediante diversas estrategias, se ha intentado dar soluciones que en verdad no han podido acabar con el problema. Esta es una condición que ha obligado que diversos países realicen múltiples estudios, con el fin de encontrar el motivo y los factores que influyen en la demanda inadecuada de atención en Emergencia, mencionaremos a continuación los más relevantes.

En España, en el Hospital González Aparicio, un estudio retrospectivo del año 1992, realizado con el fin de conocer el grado de demanda inadecuada y los factores implicados en la misma de una población infantil; determinó que de un total de 6.543 urgencias pediátricas, sin tomar en cuenta los traumatismos, las enfermedades de mayor consulta fueron las enfermedades respiratorias (37%), seguido de signos y síntomas mal definidos (22%); de las cuales el 69% se consideró urgencia inadecuada, que tenía como factor el acudir por iniciativa propia en el 76% de los casos; concluyendo de ésta forma, que existe un elevado porcentaje de consultas inadecuadas (Lapeña López de Armentia et al., 1996a).

Otro ejemplo es Chile, uno de los países con los mejores sistemas de salud a nivel de América Latina, que desde el año 2001 ha tenido un aumento considerable de las consultas en los Servicios de Emergencias, inicialmente fueron cubiertos por el primer nivel de atención médica, sin ningún inconveniente; pero en los últimos años se ha evidenciado un mayor requerimiento de hospitalizaciones, no abastecido por la red Pública, como se aprecia en la **Figura 3**. Este hecho bloquea la atención de nuevas urgencias, llegando incluso a la paralización del Servicio de Emergencias. Dentro de los factores que se han identificado en sus estudios, el envejecimiento de la población y el

desarrollo tecnológico para diagnóstico y tratamiento, que permiten identificar y resolver entidades clínicas que antes se pasaban por alto, son los principales causantes de la mayor demanda en el Servicio de Emergencias (Leoncio Tay & Carlos Becerra, 2011).

FIGURA 3. EVOLUCIÓN CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA PAÍS SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO (2001-2008).



FUENTE DE ELABORACIÓN: DE IS. MINSAL, (Leoncio Tay & Carlos Becerra, 2011).

En un meta-análisis, donde se tomaron varios estudios a nivel mundial, realizado en la Universidad de Costa Rica en los años 2012-2013; se recolectó información de los últimos 15 años previos al proyecto, y después de recolectar 5000 resultados y a través de una lectura crítica, se seleccionó 100 de ellos; en el análisis todos concuerdan en la clara evidencia de saturación en las salas de urgencias a nivel hospitalario, donde se atienden mayoritariamente a personas que acuden por propia iniciativa y sumado a los pacientes enviados de otros niveles, conlleva al colapso del servicio; además sus

conclusiones coinciden en que los sistemas de triage ofrecen una solución a esta problemática (Alpizar, 2014b).

1.7 EL TRIAGE

La palabra “Triage”, viene de un vocablo francés que significa “clasificar”. Este término nació en los ejércitos Napoleónicos, los cuales comenzaron a utilizar este método, para evitar la pérdida de un mayor número de sus soldados (Steel y Rubertson, 1998). De ésta forma ha ido evolucionando, hasta convertirse en el pilar más importante para poder llevar a cabo una atención adecuada en los servicios de emergencia en los hospitales alrededor del mundo.

El personal de salud está en la obligación de tener conocimientos básicos sobre triage, sea éste personal médico o de enfermería, ya que se debe tomar en cuenta que en algunos servicios de Urgencias, los médicos no se abastecen para poder categorizar y atender a todos los pacientes, y generalmente el personal de enfermería se encarga de realizar el mismo (Jiménez, 2003b). Es de suma importancia el saber realizar triage, ya que es una herramienta útil que permite organizar el ingreso de los pacientes para su atención (Dueñas & Velandia, n.d.), y de ésta forma, realizar las atenciones médicas con criterio acertado.

Según (Dueñas & Velandia, n.d.), el triage es un método de selección y clasificación de los pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles; es decir, tiene como objetivo salvar el mayor número de vidas, brindando una atención oportuna, pertinente y de calidad. Otro concepto es el de (Gómez, Morales, & Isaza, 2010), quien define al triage como una herramienta o un proceso que ayuda a la categorización de los pacientes lesionados, basado en la urgencia de las lesiones, y teniendo en cuenta la probabilidad de supervivencia (Gómez et al., 2010).

En nuestro país, se puede observar como los servicios de Urgencias están totalmente copados, sobre todo, las salas de emergencia de hospitales públicos, impidiendo así que se realice una atención adecuada a los pacientes cuya vida se encuentre en peligro inminente.

Para la categorización de los pacientes se ha utilizado distintas escalas a nivel mundial, pero existe una escala en particular que es de fácil comprensión, rápida utilización y tiene un alto nivel de concordancia interobservador. Ésta escala, categoriza los niveles de atención por colores, y de ésta forma establece el tiempo que podría llegar a tardar la atención sanitaria en los distintos casos **Tabla 2** (WONCA, World Organization of National Colleges & Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2009).

TABLA 2.

CLASIFICACIÓN DEL TIEMPO DE ATENCIÓN POR TRIAGE

Niveles	Color	Detalle	
Nivel 1	Rojo	Precisa de la atención por el médico de forma inmediata.	Riesgo inminente de vida
Nivel 2	Naranja	La atención no debe retrasarse más de 10 min.	Urgencia
Nivel 3	Amarillo	La atención por el médico puede retrasarse 30 min.	Potencialmente Urgente
Nivel 4	Verde	La atención por el médico puede retrasarse 1 h.	No Urgente
Nivel 5	Azul	La atención por el médico puede retrasarse 2 h.	Orden de Llegada

FUENTE: (WONCA, World Organization of National Colleges & Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2009)

El triage entonces, además de organizar a los pacientes y categorizar el nivel de atención que necesitan los mismos; permitirá racionalizar el consumo de recursos,

asegurará la realización de re evaluaciones periódicas a pacientes que las requieran; ayudará a mantener a los pacientes informados sobre los exámenes diagnósticos que necesiten, y sobre todo, disminuirá la congestión y saturación en los servicios de Emergencia (Jiménez, 2003b).

1.8 FACTORES PARA LA SOBREUTILIZACIÓN DE LA EMERGENCIA

Las Unidades de Emergencia son áreas que han sido diseñadas y equipadas para poder proporcionar un tratamiento y manejo adecuados a pacientes que lo ameriten, contando con recursos necesarios y con un horario ininterrumpido. Éste es uno de los motivos por la cual las personas utilizan el servicio de urgencias como un sustituto o alternativa al uso del primer nivel de salud. (Sánchez-López & Bueno-Cavanillas, 2005)

Ésta ha sido una problemática a nivel mundial y se han realizado distintos estudios con el fin de determinar los factores implicados en una utilización errónea del servicio de Emergencia.

Se ha observado que la demanda en Emergencia ha tenido un incremento exponencial, y éste puede ser atribuido al envejecimiento y mayor esperanza de vida de la población, a su crecimiento, y por lo tanto al aumento de las patologías crónicas. Es importante sin embargo notar que aumenta la frecuencia de solicitud de atención en los servicios de Urgencias, pero no aumenta el porcentaje de pacientes graves (Sánchez-López & Bueno-Cavanillas, 2005).

(Mendoza-Sassi & Béria, 2001) realizaron una revisión sistemática sobre los factores relacionados con la demanda en aumento en la Emergencia y entre sus resultados encontraron que parte de la población que acude a emergencia sin presentar una patología pertinente para éste servicio, recurre a urgencias por no tener un cuidador médico definido, o porque no sabe a qué especialista solicitar una cita.

Dentro de ésta revisión se observó que pacientes mayores de 55 años que tuvieron un médico de cabecera por un período mayor de 18 meses, tuvieron un menor número de ingresos a emergencia y menor consultas en éste servicio, aunque cuando solicitaban atención en éstas unidades, era por patologías realmente emergentes. Se observó también

que éstos pacientes utilizan con mayor frecuencia los servicios de consulta externa aunque con menos internaciones que los pacientes que no tienen un médico definido. Por éste motivo, los autores consideran que una fuente de cuidados médicos definida, es fundamental. (Mendoza-Sassi & Béria, 2001)

En el estudio realizado por (Lapeña López de Armentia et al., 1996b), un análisis centrado mayormente en pacientes pediátricos, se determina que los dos principales factores que están implicados en un uso irracional o inadecuado en un Servicio de Urgencias es primero, la desconfianza en la atención primaria de salud, seguida de la falta de educación sanitaria por parte del médico a la población. Otros factores que se mencionan son la facilidad de utilización de recursos para exploraciones complementarias y sus resultados pronto, la facilidad de acceso a la Emergencia; el hecho de que se les facilite los medicamentos; y se menciona también un factor importante que hace relación a la actitud de los pacientes que cada vez es más exigente. Un factor que es de suma importancia mencionar, es que gran parte del uso inadecuado es por causa de falta de acceso económico a otro tipo de servicios de salud (Jiménez, 2003b).

En los pacientes pediátricos se ve una característica especial para la demanda creciente en la Urgencia, y es por la alarma y preocupación que ciertos síntomas provocan en los padres, lo que ocasiona que sean los niños los pacientes que acuden con mayor frecuencia durante el turno de la noche y madrugada a la emergencia; ya que sus padres acuden con la esperanza de que sus síntomas sean resueltos lo más pronto posible (Lapeña López de Armentia et al., 1996b).

Por todos éstos factores es que aumenta la cantidad de pacientes en los distintas unidades de urgencias, y es importante crear conciencia y educar a la población ya que todo esto ocasiona que se saturen cada vez más, con enfermedades y pacientes no meritorios, las áreas de medicina de Emergencia. Además se debe señalar, que cuando se

presta una atención en emergencia, que correspondería a atención primaria, ésta carecerá de un seguimiento y continuidad. Es importante por tanto que se fomente el uso adecuado de los servicios y recursos disponibles. (Sánchez-López & Bueno-Cavanillas, 200 5)

1.9 DESCRIPCION DEL HOSPITAL BÁSICO BACO

1.9.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Básico BACO se encuentra ubicado en la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi; es una Casa de Salud que pertenece a la Fuerza Aérea Ecuatoriana, que brinda sus Servicios al personal militar, derechohabientes, dependientes y personal civil.

Fue inaugurado el 27 de Octubre de 1990 como un Centro de Salud de primer nivel, con la denominación de Clínica FAE Latacunga, como un elemento de apoyo para la salud de las comunidades de la Provincia de Cotopaxi y en especial de la ciudad de Latacunga. Desde 1997, inicia su actividad quirúrgica, por tal razón es categorizada como un Hospital de segundo nivel, realizando procedimientos quirúrgicos con óptimos resultados.

El Hospital Básico BACO cuenta con una infraestructura de nueve consultorios debidamente equipados, cinco habitaciones de dos camas, una suite, una mini suite, tecnología adecuada a fin de brindar una atención con eficiencia y calidez en las áreas de: Traumatología, Pediatría, Cirugía General y Laparoscópica, Gineco-Obstetricia, Anestesiología, Medicina Interna, Medicina General, Emergencia, Rayos X, Fisioterapia, Odontología, Psicología y Laboratorio.

1.9.2 MISIÓN

Preservar y mantener la salud del recurso humano institucional, derecho habiente y dependiente en las mejores condiciones de aptitud psicofísica en apoyo a la misión de la institución, asistir a la sociedad militar y civil con el uso eficiente y eficaz de los recursos.

1.9.3 VISIÓN

Liderar en las provincias de Cotopaxi, Tungurahua y el sur de Pichincha, tanto en la actividad médico-científica, tanto en el ámbito de las Fuerzas Armadas como civil, fortaleciendo el prestigio institucional y proporcionando una atención integral de calidad de salud con la satisfacción del usuario.

1.9.4 SERVICIOS DEL HOSPITAL BÁSICO

El Hospital Básico BACO cuenta con 4 grandes servicios: Servicios de Consulta Externa, Servicios de Hospitalización, Servicios de Quirófano y Servicios Complementarios, los mismos que serán descritos a continuación.

Servicio de Consulta Externa.- Comprende las consultas médicas en las diferentes especialidades que tiene esta Casa de Salud; brindado atención con calidad y calidez por parte de los médicos especializados en cada área, en los horarios de 8 am hasta 16:00 pm de lunes a viernes, exceptuado los días feriados.

Servicio de Hospitalización.- Este servicio se ofrece a pacientes que requieren ser hospitalizados para su tratamiento médico, ofreciendo confort y cuidados permanentes. Este Servicio se brinda las 24 horas al día los 365 días del año, cuenta con un médico tratante de turno, dos enfermeras y una auxiliar de enfermería.

Servicio de Quirófano.- En esta área se realizan intervenciones quirúrgicas acorde a la especialidad médica que los pacientes requieran, es un servicio competitivo con profesionales calificados (médicos cirujanos, medico anesthesiólogo, auxiliares instrumentistas, circulantes y enfermeras.), con equipos de tecnología actualizada; se

cuenta con un quirófano, sala de partos y sala de recuperación.

Servicios Complementarios.- Se trata de servicios que complementan la atención médica y de esta manera ayudan al médico a confirmar o descartar el diagnóstico inicial, se usa en las diferentes especialidades, entre ellas: Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Rayos X, ambulancia, farmacia, odontología y audiometría; estos servicios complementarios utilizan equipos de última tecnología en cada área, dos ambulancias con servicio de 24 horas y personal competente.

1.9.5 PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

El Hospital Básico BACO cuenta con el siguiente personal Médico y de Enfermería

HOSPITAL BASICO BACO-PERSONAL MÉDICO

ESPECIALIDAD	NOMBRES	GRADO
Cardiología	Dr. Luis López B.	Teniente Coronel
Pediatría	Dr. Gerardo Valdez C.	Teniente Coronel
Cirugía General	Dr. Edison Guerrero	Teniente Coronel
Traumatología	Dr. Marco Philco C.	Teniente Coronel
Terapia del Dolor y Consulta Pre anestésica	Dr. Carlos Anastasio	Mayor
Ginecología	Dra. María Fernanda Pacheco	Capitán
Medicina General	Dr. Yánez Vinicio	Capitán
	Dra. María Escobar	
	Dra. Belén Jara Olmedo	
	Dr. Juan Espíndola	
	Dra. Guano Sandy	Med. Rural
Medicina Interna		
Medicina General		
Odontología	Dr. Pablo Costales	Servidor Público
Psicología	Dr. Dennis Villares	Servidor Público
Laboratorio	Lcdo.	
Fisioterapia	Dra. Gladys Semblantes	Servidor Público
Rayos X		
Emergencia		
Quirófano		
Enfermería	Lcda. Carmen Chamorro	Servidor Público
	Lcda. Liliana Chicaiza	Servidor Público
	Lcda. Vilma Muñoz	Servidor Público
	Aux. Enfermería Laura Cacpata	Servidor Público

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 JUSTIFICACIÓN

En el ambiente hospitalario es común observar que la atención médica alcanza cada vez un nivel mayor de demanda, sobre todo en el Servicio de Emergencias del sector público, en donde las consultas saturan el espacio físico de las salas. Es por éste motivo, que los médicos no logran cubrir todas las atenciones y existe una aglomeración en el Servicio de Emergencias (Robles del Olmo, 2012). En la búsqueda de una atención inmediata por parte de una población que desconoce los parámetros que se usan para determinar el tiempo y el nivel de asistencia médica, el poder determinar la morbimortalidad del Servicio de Emergencias y Consulta Externa resulta de suma importancia.

A diario se observa pacientes, que acuden al Servicio de Emergencias por una atención que consideran emergente, cuando en verdad son propias de Consulta Externa. En un estudio donde se realizó monitoreo continuo a los pacientes en el Servicio de Emergencias, se concluyó que el alta hospitalaria después de su visita fue 79 % de pacientes e ingresados fueron 21 % (Hubner et al., 2015). Esto provoca sobredemanda de los Servicios, utilización de insumos y sobre todo, distracción del personal de salud que, por atender una patología de Consulta Externa retrasa las atenciones urgentes o peor aún las emergentes (Ovens, 2010). Los recursos que se invierten en mencionadas consultas, podrían ser utilizados en pacientes con patologías que en realidad pongan en peligro la vida. La atención médica no se debe negar a nadie, es por esto importante

identificar las atenciones no emergentes y derivarlas a Consulta Externa, donde pueden tener un manejo y seguimiento adecuados.

Si bien ésta problemática se conoce por estudios realizados, no existe al menos en el país, y peor aún en un hospital provincial de segundo nivel (Varice, 2012) perteneciente a las Fuerzas Armadas Ecuatorianas; una investigación que permita conocer cuál es la realidad de la utilización de los Servicios de Emergencias, en cuanto a su capacidad de realizar un triage adecuado y las atenciones que realiza. El interés del trabajo está en optimizar la utilización de recursos y la categorización de las atenciones que se realizan en la unidad de Emergencias del Hospital Básico BACO.

2.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil de morbimortalidad prevalente en los pacientes que acuden a los Servicios de Emergencias y Consulta Externa del Hospital Básico BACO, que determinan la presencia de oportunidades perdidas y consultas de emergencia no necesarias, en el primer semestre del año 2016?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de morbimortalidad prevalente en los pacientes que acuden a los Servicios de Emergencias y Consulta Externa del Hospital Básico BACO, estableciendo la presencia de oportunidades perdidas y atenciones en emergencia innecesarias.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características sociodemográficas de los pacientes que acuden por atención médica, contrastando los servicios de Emergencias y Consulta Externa del Hospital Básico BACO, durante el primer semestre del 2016.
- Contrastar el perfil de morbimortalidad del Servicio de Emergencias y Consulta Externa del Hospital Básico BACO.
- Establecer la prevalencia de atenciones de emergencias innecesarias en el Servicio de Emergencias y las oportunidades perdidas en el Servicio de Consulta Externa

2.4 TIPO DE ESTUDIO

Cross Sectional Study.

2.5 MUESTRA

Se trabajó con el universo de pacientes del Hospital Básico BACO, tanto de Emergencia, como el Servicio de Consulta Externa.

La información se obtuvo de las hojas 08, historias clínicas, partes diarios y base de datos que dispone el Departamento de Estadística del Hospital Básico BACO, en la ciudad de Latacunga.

2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias y Consulta Externa en el Hospital Básico BACO, durante el periodo de Enero a Junio de 2016.

2.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no tienen relación con el Hospital Básico BACO.

2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Dimensión de la Variable	Definición	Escala
Características Sociodemográficas	Edad	Tiempo en años, transcurrido desde el nacimiento.	Infancia: 0-1 año Primera niñez: 2-4 años Segunda niñez: 5-12 años Adolescencia: 13-19 años Primera adultez : 20-29 años Jóvenes adultos: 30-44 años Adultez media: 45-59 años Adultez posterior: 60-74 años Senectud: > 75 años
	Sexo	Características genotípicas que definen a las personas.	Mujer Hombre
	Tipo de Usuario	Condición del beneficiario de atención médica, según el rango del afiliado.	Militar servicio activo Militar servicio pasivo Padre de militar servicio activo

			Padre de militar servicio pasivo Esposa de militar servicio activo Esposa de militar servicio pasivo Hijo de militar servicio activo Hijo de militar servicio pasivo Montepío Conscripto Aspirante Agregado Esposa e hijo de agregado militar Civil
Mes de Atención		Mes del año en la que se realiza la atención medica	Enero Febrero Marzo
Día de atención		Día del mes en la que se realiza la atención medica	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Hora de atención		Hora del día en la que se realiza la atención medica	00h00 – 24h00
Enfermedades atendidas en Hospital Básico BACO	Patologías atendidas en el Servicio de Emergencias	Categorización de enfermedades según la clasificación internacional CIE 10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99) Tumores (neoplasia (C00-D48) Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el Mecanismo de la inmunidad (D50-D89) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90) Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)
	Patologías atendidas en		

	la Consulta Externa	<p>Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)</p> <p>Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)</p> <p>Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)</p> <p>Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)</p> <p>Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)</p> <p>Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)</p> <p>Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (L00-L99)</p> <p>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)</p> <p>Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)</p> <p>Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)</p> <p>Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal (P00-P96)</p> <p>Malformaciones congénitas Deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)</p> <p>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R00-R99)</p> <p>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (S00-T98)</p> <p>Causas extremas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)</p>
--	---------------------	---

			Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)
Resolución	Tipo de Atención	Atención medica realizada, según la demanda	Clínico Quirúrgico Obstétrico Pediátrico Traumatológico
	Condición de Diagnóstico	Categorización del diagnóstico médico, según la atención realizada	Presuntivo Definitivo inicial Definitivo inicial confirmado con laboratorio Definitivo control
Egreso del Paciente	Condición de Egreso	Estado físico del paciente posterior a la atención	Vivo Muerto
	Destino del Paciente	Lugar de derivación posterior a la atención médica	Alta Consulta externa Observación Internamiento Trasferencia

2.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se prevee la realización de un análisis de Tukey, para posteriormente calcular las medidas de tendencia central y dispersión. Se realizarán diferencias de promedios y de porcentajes en el análisis bivariado, y ANOVA para el análisis multivariado.

Como medidas de asociación se prevee usar la V de Kramer, y el coeficiente C de contingencia.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizará SPS versión 23 con licencia de la PUCE.

2.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio cuenta con la autorización del señor Director de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, para realizar la observación y recolección de la información necesaria en el Hospital Básico BACO, en la ciudad de Latacunga, además se respeta la confidencialidad de la identidad.

El presente estudio no afecta de manera física, psicológica, económica o moral a los participantes del mismo. No contempla administración de fármacos o utilización de reactivos, ni recolección de ningún tipo de muestra.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se analizaron las atenciones realizadas en el Hospital Básico BACO durante el primer semestre del año 2016, obteniendo un total de 5663 consultas, de las cuales, el 15,6% (883) corresponden al Servicio de Emergencias y el 84,4 % (4780) a la Consulta Externa.

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

3.1.1.1 SEXO

De las atenciones que se realizaron en el Servicio de Emergencias y Consulta Externa el sexo que más prevalece es el masculino con el 50,6 %, y el porcentaje restante pertenece al femenino.

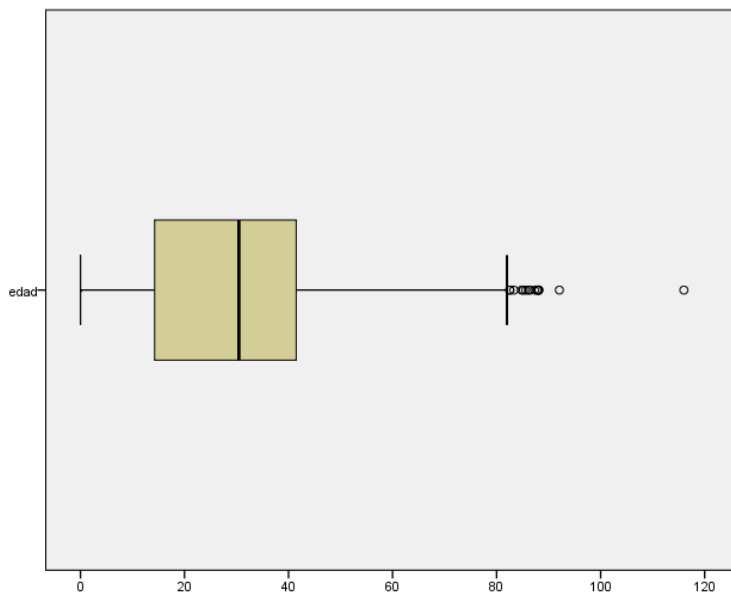
3.1.1.2. EDAD

La edad promedio de las atenciones analizadas fue de 29,29 años, con una desviación estándar de 17,63 años. La mediana de edad fue de 30,46 años y la edad con mayor frecuencia que se encuentra en los datos analizados fue de 41 años.

Las edades estuvieron dentro de un rango de 0 años como edad mínima y 116 años como edad máxima.

En el Gráfico N° 1, se puede apreciar la distribución de la edad por cuartiles.

GRÁFICO N° 1: BOX PLOT DE LA EDAD DE LOS PACIENTES



FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO.

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos.

3.1.1.3. GRUPOS ETARIOS

Para la distribución de edades se utilizó la clasificación mundial (Dever, 1991), que se observa en la Tabla 3. Se encontró que el mayor porcentaje de atenciones corresponde a jóvenes adultos con 34,1%, seguido de primera adultez con 17,4%, adultez media con 13,2%, segunda niñez con 12,8%, adolescencia con 8,1%, primera niñez con 6,9%, adultez posterior con 3,2%, infancia con 3,1% y senectud con 1,2%.

TABLA 3*Etapas de la vida*

Etapa de la vida	Edad
Infancia	Desde el nacimiento hasta 1 año
Primera niñez	De 1 a 4 años
Segunda niñez	De 5 a 12 años
Adolescencia	De 13 a 19 años
Primera adultez	De 20 a 29 años
Jóvenes adultos	De 30 a 44 años
Adultez media	De 45 a 59 años
Adultez posterior	De 60 a 74 años
Senectud	De 75 años en adelante

(Dever, 1991)

FUENTE DE ELABORACIÓN: Epidemiología y Administración de Servicios de Salud; de Alan Dever**3.1.1.4. TIPO DE USUARIO**

El Hospital Básico BACO es abierto al público en general, pero dentro del análisis realizado se evidenció que el tipo de usuario que acude con mayor frecuencia a los distintos servicios del Hospital, son hijos de militares en servicio activo con 27,2%, seguidos de militares en servicio activo 26,9%, esposas de militar en servicio activo 21,9%, militar en servicio pasivo 7,0%, esposa de militar en servicio pasivo 6,1%, hijo de militar en servicio pasivo 3,5%, civiles 3,2%, aspirantes 1,7%, padre de militar en servicio activo 1,1%, montepío 1%, finalizando con padres de militar en servicio pasivo con un 0,4%.

3.1.1.5. FUERZA A LA QUE PERTENECE EL USUARIO

En relación a la rama de Fuerzas Armadas a la que pertenece el usuario, se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a la Fuerza Aérea con 51%, seguido de Fuerza Terrestre con 44,3%; usuarios civiles con 3,3% y la Fuerza Naval con 1,4%.

3.1.2. TIPO DE ATENCIÓN

Dentro de los tipos de atención el 44,9% corresponden a consultas clínicas, 23,4% a consultas pediátricas, seguidas de atenciones odontológicas con 17,0%, consultas traumatológicas con 6,6%, atenciones obstétricas con 5,2% y consultas quirúrgicas que corresponden al 2,8%.

3.1.3. MES DE ATENCIÓN

Después de analizar seis meses de Atención en el año 2016, se observó que la mayor parte de consultas se realizaron en el mes de Marzo en un total de 19,7%, seguido de Febrero con 18,2%, Enero con 17,8%, Abril con 15,6%, Mayo 11,9% y terminando con Junio con un porcentaje de 11,9%.

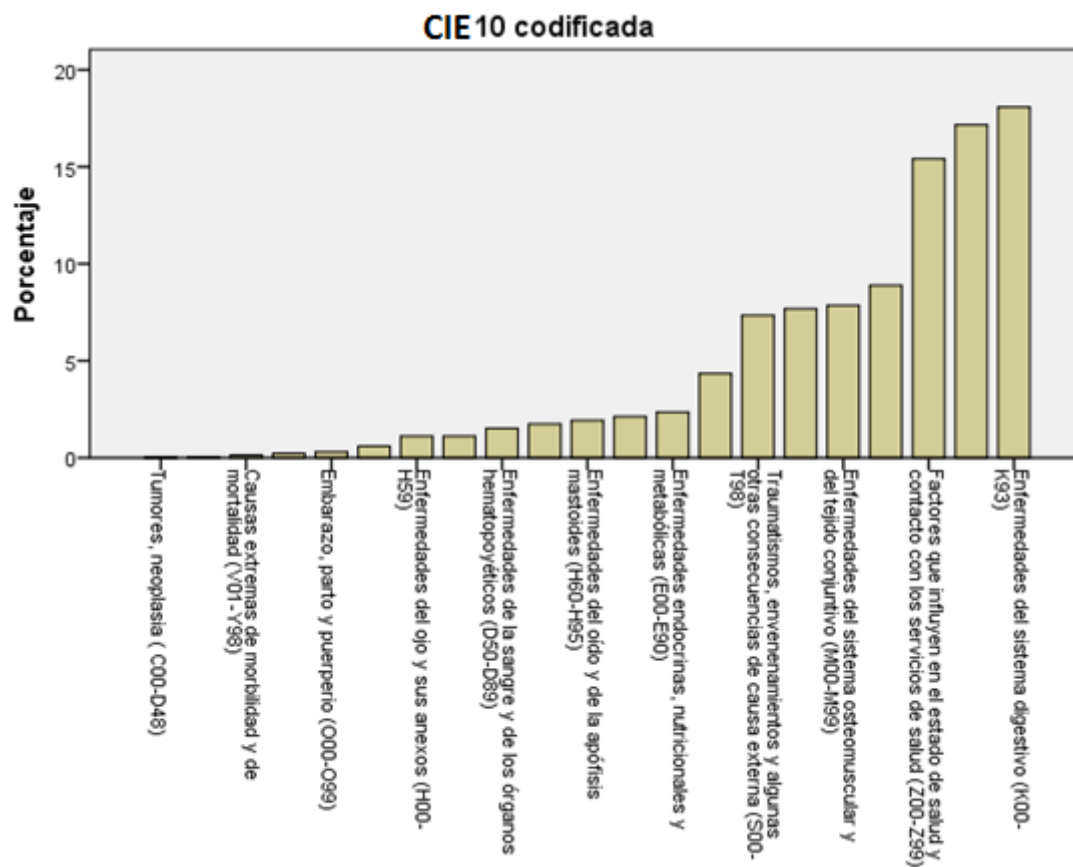
3.1.4. CONDICION DEL PACIENTE AL EGRESO

De las 5663 consultas realizadas en la institución, 5653 pacientes fueron dados de alta, es decir el 99,8%; 1 paciente fue ingresado para observación; 4 pacientes fueron referidos a Consulta Externa correspondiendo al 0,1% y 5 pacientes fueron transferidos a las unidades de salud con las que el Hospital tiene convenios.

3.1.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

En lo que respecta al perfil de morbilidad, se utilizó la clasificación mundialmente aceptada del CIE-10. Se obtuvo del análisis realizado del primer semestre del 2016, que las patologías de mayor prevalencia son las enfermedades del sistema digestivo con un total de 1024 atenciones, que representan el 18,1% de las consultas; seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio con 972 consultas, es decir el 17,2%; continúan las enfermedades que abarcan factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, como por ejemplo los chequeos generales, que corresponden al 15,4%. En contraste tenemos que las consultas con menos prevalencia dentro de la institución son los tumores, neoplasias y ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal, que corresponden al 0,1%. Lo descrito se pudo observar en el **Gráfico N° 2**.

GRÁFICO N°2 BARRAS DE PERFIL DE MORBIMORTALIDAD



FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO.

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos.

3.1.6. SERVICIO DE EMERGENCIAS

3.1.6.1. MES DE ATENCIÓN

En el análisis realizado, y con respecto al Servicio de Emergencias, se encontró que en el mes con más atenciones es Mayo, con un total de 194 atenciones, que consolidan el 22% del total; le sigue el mes de Junio con 19,8% que representa 175 consultas, Enero con 16%, Abril 14,6%, Marzo corresponde al 14,4% y por último se encuentra el mes de Febrero con 13,3% de las atenciones.

3.1.6.2. SEXO

Con respecto al sexo, se cuenta con un total de 883 atenciones en el Servicio de Emergencia, de las cuales, el sexo masculino es el más prevalente con el 64,7%, y el porcentaje restante pertenece al sexo femenino.

3.1.6.3. EDAD

En lo que concierne a la edad, dentro del Servicio de Emergencia, se encontró que el promedio de edad es de 24,77 años, con una desviación estándar de 17,185 años. El mínimo de edad corresponde a 0 años, mientras que la edad máxima es de 86 años.

3.1.6.4. GRUPO ETARIO

El análisis realizado arrojó que el grupo etario que con más frecuencia acude al Servicio de Emergencia está representado por los Jóvenes adultos con 240 atenciones, es decir el 27,2% del total de consultas. Le siguen los pacientes dentro de la segunda niñez con 19%, viene después la población de pacientes en la primera adultez con 16,4%. La senectud, pacientes > 75 años, corresponde al grupo etario que acude con menor frecuencia a solicitar atención en éste servicio, con un 0,8% de atenciones.

Los parámetros demográficos utilizados fueron basados en la Epidemiología de Dever (Dever, 1991).

3.1.6.5. TIPO DE USUARIO

El Hospital Básico BACO brinda su servicio a personal militar (servicio activo y pasivo), derechohabientes y civiles; en el presente estudio se concluyó que los pacientes que acuden con mayor frecuencia a la emergencia son los hijo/as de militares en servicio activo, representando 37,8%, seguidos de los militares en servicio activo con 28,7%, esposa/so de militares en servicio activo corresponden al 11,6%; los militares en servicio pasivo con 6,2%; 5,2% de las atenciones son realizadas a pacientes civiles. El grupo de usuarios que acuden con menor frecuencia al Servicio de Emergencia son los padres/madres de militares en servicio pasivo con 0,3% y esposa/so e hijo/ja de agregado militar con 0,1%.

3.1.6.6. FUERZA A LA QUE PERTENECE EL USUARIO

Con respecto a la rama de la Fuerza a la que pertenecen los pacientes, los datos concluyeron que el 54,6% corresponden a Fuerza Aérea con 482 consultas realizadas. En segundo lugar tenemos a la Fuerza Terrestre con 349 atenciones y un 39,5%. Los usuarios civiles representan el 5,3%, y por último tenemos a los pacientes de la Fuerza Naval con 0,6%.

3.1.6.7. DESTINO DEL PACIENTE

En el Servicio de Emergencias, el 98,9% de pacientes fueron dadas de alta, 0,6% de los fueron transferidos a otras Casas de Salud con las que la institución tiene convenios; el 0,5% fueron enviados a Consulta Externa y 0,1% de los usuarios fueron mantenidos en observación. No se encontró ningún dato de mortalidad dentro del servicio.

3.1.6.8. TIPO DE ATENCIÓN

Las atenciones clínicas fueron las que se realizan con mayor frecuencia, con un 48,6% del total de atenciones. Le siguen las consultas pediátricas, representando 38,5%, las atenciones traumatológicas conciernen el 12,2%, las quirúrgicas 0,6% y por último se encuentran las obstétricas con 0,1% de las consultas.

3.1.6.9. PERFIL DE MORBIMORTALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Después del análisis de datos se evidencia que las patologías que prevalecen en los seis meses son: las Enfermedades del sistema respiratorio (rinofaringitis, faringitis, bronquitis, asma, neumonía, edema pulmonar); Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa desconocida (traumas, fracturas, heridas, esguinces, intoxicaciones); Enfermedades infecciosas y parasitarias (diarrea y gastroenteritis de predominio infeccioso, parasitosis intestinal); Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (fiebre, cefalea, dolor abdominal y pélvico, náusea, vómito, fatiga, tos); Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (lesiones, desgarros, dorsalgia, lumbalgia, sinovitis, artrosis).

Las patologías mencionadas se pueden observar en la **Tabla 4**, ordenadas según su porcentaje de prevalencia, de acuerdo a cada mes.

TABLA 4.*PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS*

PATOLOGIAS PREVALENTES	MES DE ATENCIÓN					
	ENERO	FEBRRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Enfermedades del sistema respiratorio	24,8%	32,5%	34,6%	24,8 %	42,3%	38,3%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa	22 %	14,5%	17,3%	17,1%	12,9%	10,9%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	21,3	18,8				23,4%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte			8,7%		13,9%	
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo				10,1%		

ROJO: Enfermedades más prevalentes. **NARANJA:** segundas en prevalencia. **AMARILLO:** terceras en prevalencia.

FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO.

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos.

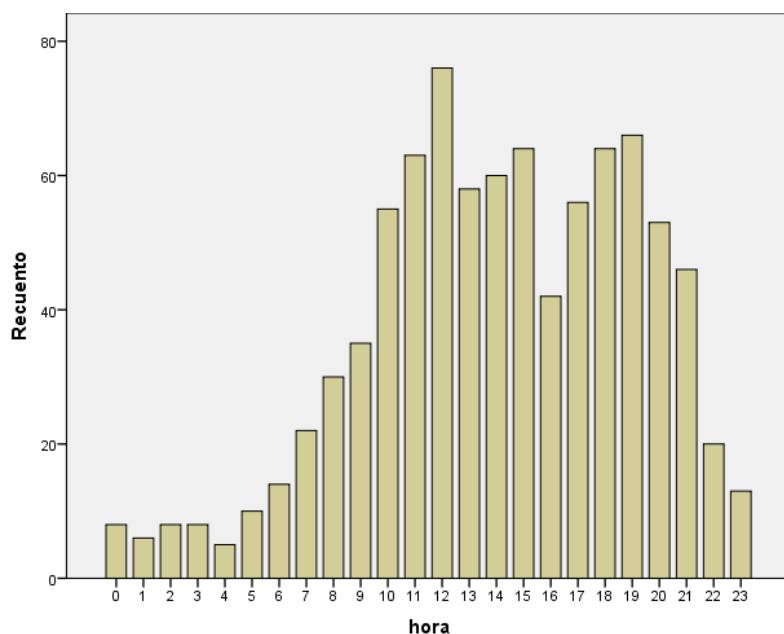
3.1.6.10. HORA DE ATENCIÓN

Es de suma importancia para la administración sanitaria el tener en cuenta las horas “pico” en las que con mayor frecuencia se presentan los pacientes al Servicio de Emergencias.

Se codificó las horas en distintos períodos: de 06h00 am a 11h59 se tomará como “mañana”; de 12h00 pm a 17h59 “tarde”; 18h00 a 23h59 “noche”, y de 00h00 a 05h59 am “madrugada”.

De ésta forma, en el mes de Enero se encontró que la hora con más atenciones son las 18:00 horas, correspondiendo al período “noche”, en Febrero, las 14:00 fueron las horas de mayor registro de atenciones, es decir, en la “tarde”; en Marzo la mayor afluencia fue a las 21:00, “noche”; Abril 12:00 “tarde”; Mayo 10:00 “mañana” y Junio 15:00 correspondiéndose a la “tarde”; concluyendo que en el período de la tarde es en dónde se registran la mayor cantidad de consultas en el Servicio de Emergencias, correspondiendo ésta al 41%, seguida de 29,7% atenciones realizadas en la noche, 24,8% durante la mañana, y solamente 5,1% de atenciones realizadas durante la madrugada.

GRÁFICO N° 3 BARRAS DE LA HORA DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES



FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO.

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos

A continuación, se analizará cada período de tiempo (madrugada, mañana, tarde y noche), ya explicado anteriormente.

3.6.1.10.1. MADRUGADA (00h00 a 05h59)

En el análisis de las horas de atención se observó que, del total de las atenciones, 40 consultas se realizaron durante la madrugada. De éstas atenciones, 57,5% no fueron emergencias, mientras que el 42,5% corresponden a atenciones emergentes.

Las enfermedades que prevalecen son las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 22,5%.

Los tipos de usuario que acuden con mayor frecuencia son los hijos de militar en servicio activo y los militares en servicio activo, ambos con el 30%.

El grupo etario que solicita atención con mayor frecuencia son los adultos jóvenes con un 25%.

En lo que respecta al sexo, el sexo masculino corresponde a la mayor cantidad de atenciones con 82,5%, y el sexo femenino corresponde al 17,5%.

En lo que corresponde a edad, el promedio de 28,97 años con desviación estándar de 20,39; media de 30 años, mínimo de 1 año y una edad máxima de 76 años.

3.6.1.10.2. MAÑANA (06h00 – 11h59)

En el análisis de las horas de atención se observó que, del total de las atenciones, 220 consultas se realizaron durante la mañana. De éstas atenciones, 56,4% no fueron emergencias, mientras que el 44,6% corresponden a atenciones emergentes.

Las enfermedades que prevalecen son las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 28,2%.

El tipo de usuario que solicita atención con mayor frecuencia son los militares en servicio activo con el 35,9%.

El grupo etario que acude con mayor frecuencia son los adultos jóvenes con un 31,8%.

En lo que respecta al sexo, el sexo masculino corresponde a la mayor cantidad de atenciones con 60,9%, y el sexo femenino corresponde al 39,1%

En lo que corresponde a edad, el promedio de 27,2 años con desviación estándar de 18,50; media de 27,5 años, mínimo de 1 año y una edad máxima de 82 años.

3.6.1.10.3. TARDE (12h00 a 17h59)

En el análisis de las horas de atención se observó que, del total de las atenciones, 358 consultas se realizaron durante la tarde. De éstas atenciones, 64,5% no fueron emergencias, mientras que el 35,5% corresponden a atenciones emergentes.

Las enfermedades que prevalecen son las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 39,7%.

El tipo de usuario que acude con mayor frecuencia son los hijos de militares en servicio activo con el 42,5%.

El grupo etario que solicita atención con mayor frecuencia son los adultos jóvenes con un 26,5%.

En lo que respecta al sexo, el sexo masculino corresponde a la mayor cantidad de atenciones con 62,8%, y el sexo femenino corresponde al 37,2%.

En lo que corresponde a edad, el promedio de 23,18 años con desviación estándar de 15,40; media de 21 años, mínimo de 0 años y una edad máxima de 86 años.

3.6.1.10.4. NOCHE (18h00 a 23h59)

En el análisis de las horas de atención se observó que, del total de las atenciones, 262 consultas se realizaron durante la noche. De éstas atenciones, 59,5% no fueron emergencias, mientras que el 40,5% corresponden a atenciones emergentes.

Las enfermedades que prevalecen son las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 32,1%.

El tipo de usuario que solicita atención con mayor frecuencia son los hijos de militares en servicio activo con el 37%.

El grupo etario que acude con mayor frecuencia son los adultos jóvenes con un 24,4%.

En lo que respecta al sexo, el sexo masculino corresponde a la mayor cantidad de atenciones con 67,6%, y el sexo femenino corresponde al 32,4%.

En lo que corresponde a edad, el promedio de 24,27 años con desviación estándar de 17,60; media de 23 años, mínimo de 0 años y una edad máxima de 86 años.

3.1.7. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

3.1.7.1. MES DE ATENCIÓN

Con respecto al Servicio de Consulta Externa, el mes en el que se han registrado el mayor porcentaje de atenciones es el mes de Marzo, con un total de 986 atenciones, las que corresponden al 20,6%, le sigue Febrero con 914 consultas que representan el 19,1%, viene después el mes de Enero con 18,1% de las consultas, Abril con 17,3%, Mayo cuenta con 14,4% y al final tenemos Junio con 10,5% de las consultas.

3.1.7.2. SEXO

Se cuenta con un total de 4780 atenciones realizadas en consulta externa, de las cuales, 2487 corresponden al sexo femenino, representando el 52%; mientras que 293 conciernen al sexo masculino, constituyendo el 48% del total de las atenciones analizadas en el presente estudio.

3.1.7.3. EDAD

Al analizar la variable edad dentro del Servicio de Consulta externa se observó un promedio de edad de 30,13 años con una desviación estándar de 17,59 años. La moda corresponde a 41 años, con un mínimo de edad de 0 años, y un máximo de edad de 116 años.

3.1.7.4. GRUPO ETARIO

Se estableció parámetros demográficos basados en la Epidemiología de Dever.

En el análisis de los datos se encontró que el grupo etario que representa la mayor demanda de atenciones dentro del Servicio de Consulta externa, lo representan los adultos jóvenes con un 35,4%, seguido de la población de primera adultez que constituye el 17,6%. El grupo etario que acude con menor frecuencia para solicitar atención son los pacientes mayor de 75 años, senectud, con un 1,3%.

3.1.7.5. TIPO DE USUARIO

Con respecto al tipo de usuario, se determinó que el usuario que acude con mayor frecuencia al Servicio de Consulta externa, son los militares en servicio activo, representando el 26,6% de las consultas, seguidos de los hijos de militares en servicio activo con 25,2%, esposas de militares en servicio activo 23,8%. El grupo de usuarios que acude con menor frecuencia son los padres de militares en servicio pasivo, con un 0,4% del total de atenciones.

3.1.7.6. FUERZA A LA QUE PERTENECE EL USUARIO

En lo que concierne a la rama de la Fuerza a la que pertenecen los pacientes, los datos mostraron que la fuerza aérea ocupa el primer lugar con 50,4% de las consultas, luego de la cual, la Fuerza Terrestre ocupa el segundo lugar con un total de 45,2% de las

atenciones. Los usuarios civiles representan el 2,9%, y por último se encuentra la Fuerza Naval con 1,5%.

3.1.7.7. DESTINO DEL PACIENTE

En el Servicio de Consulta Externa, el análisis de los datos arrojó que el 100% de los pacientes fueron dados de alta o seguimiento. No se encontró ningún dato de hospitalizaciones o transferencias desde éste servicio.

3.1.7.8. TIPO DE ATENCIÓN

El mayor porcentaje de atenciones concernieron a consultas clínicas con 44,2%, le siguen las consultas pediátricas con 20,6%, atenciones odontológicas 20,1%, obstetricia 6,2%, traumatológicas 5,6%, y las consultas quirúrgicas ocupan el último lugar con 3,3% de los pacientes.

3.1.7.9. PERFIL DE MORBIMORTALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Después del análisis de datos se evidencia que las patologías que prevalecen son: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (examen general, supervisión de embarazo); Enfermedades del sistema digestivo (dispepsia, apendicitis, gastritis, colitis, estomatitis, síndrome de colon irritable, colecistitis); Enfermedades del sistema respiratorio (rinofaringitis, faringitis, bronquitis, asma,

neumonía, edema pulmonar); Enfermedades del sistema genitourinario (ivu, nefrolitiasis, cistitis, hiperplasia prostática, vaginitis, alteraciones menstruales, enfermedades de la glándula de Bartolini); Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (lesiones, desgarros, dorsalgia, lumbalgia, sinovitis, artrosis) y Enfermedades infecciosas y parasitarias (diarrea y gastroenteritis de predominio infeccioso, parasitosis intestinal).

Las patologías mencionadas se pueden observar en la **Tabla 5**, ordenadas según su porcentaje de prevalencia, de acuerdo a cada mes.

TABLA 5

PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

PATOLOGÍAS PREVALENTES	MES DE ATENCIÓN					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	23,1%	16,2%	17,7%	22,4%	18,1%	
Enfermedades del sistema digestivo	15,9%	19,1%	21,5%	17,2%	23,9%	30,6%
Enfermedades del sistema respiratorio	12,5%	12,6%	13,5%		15,4%	21,2%
Enfermedades del sistema genitourinario				13,6%		
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, y Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias						8,4%

ROJO: Enfermedades más prevalentes. **NARANJA:** segundas en prevalencia. **AMARILLO:** terceras en prevalencia.

FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO.

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos.

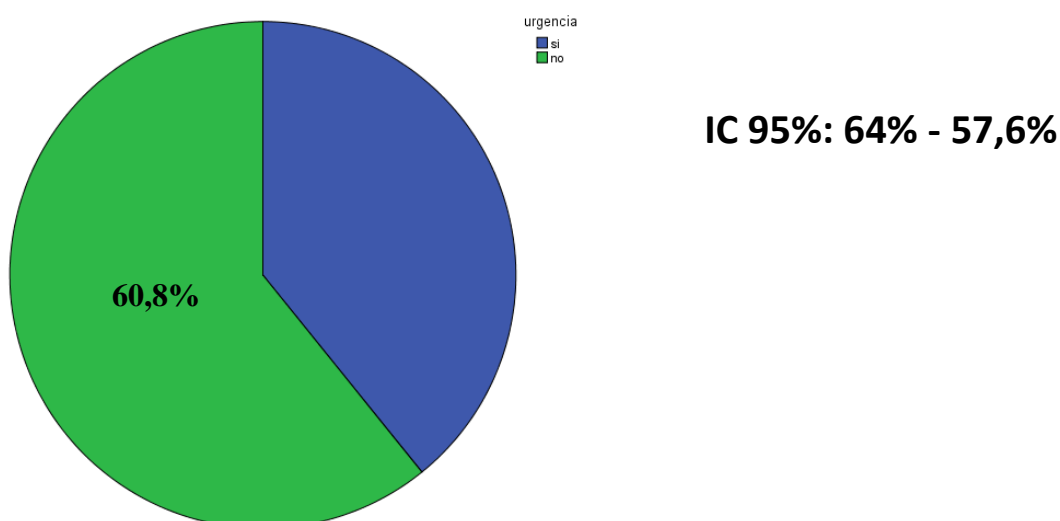
3.1.8. OPORTUNIDADES PERDIDAS Y ATENCIONES DE EMERGENCIA INNECESARIAS

3.1.8.1. ATENCIONES DE EMERGENCIAS INNECESARIAS

Dentro de las llamadas emergencias innecesarias, se encuentran aquellas enfermedades que se atendieron en emergencia sin requerir una atención emergente.

En el análisis realizado de los datos del primer semestre del 2016, se obtuvo que en el Servicio de Emergencias solamente el 39,2% representa a las atenciones que fueron de real emergencia, y las emergencias innecesarias corresponden a 60,8% (IC 95%: 64%-57,6%).

GRAFICO N° 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DENOMINADAS EMERGENCIAS INNECESARIAS



FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos

Los grupos etarios que más consultan por emergencias innecesarias son los jóvenes adultos con el 30,4 %, seguido de los pacientes pertenecientes al grupo de la segunda niñez, con el 20,1 %. Con lo que respecta al sexo, prevalece el sexo masculino con 66,5% y 33,5% corresponde al sexo femenino.

Se determinó que el horario en el que este tipo de atenciones son más frecuentes es al medio día 12:00 pm, seguido de las 19:00 pm. Las patologías más atendidas son las Enfermedades del sistema respiratorio con el 42,1%, seguidas de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con un 19,9%.

3.1.8.2. OPORTUNIDADES PERDIDAS

Las oportunidades perdidas se definirán como aquellas enfermedades que necesitaban una atención emergente y se atendieron en el servicio de consulta externa.

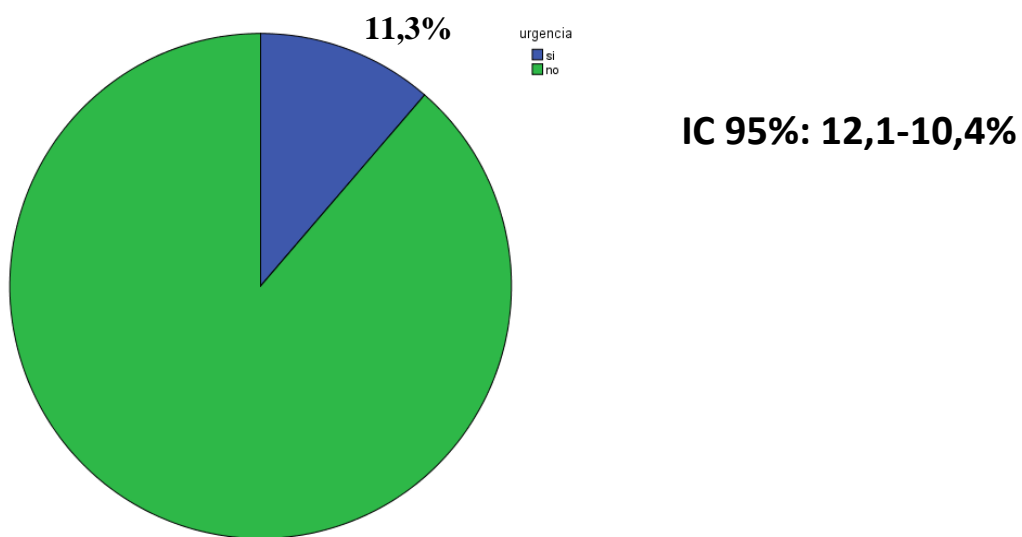
El análisis realizado arrojó que en el Servicio de Consulta Externa el porcentaje de oportunidades perdidas es de 11,3%, con un intervalo de confianza del 95% con límite superior de 12,1%, y límite inferior de 10,4%.

El grupo etario que más presenta atenciones definidas como oportunidades perdidas, son los jóvenes adultos representando el 23,6 %, seguido de los pacientes que se encuentran en la primera niñez con el 19,6 %.

Con respecto al sexo, prevalece el sexo masculino con el 55,4% y la minoría está representada por el sexo femenino con el 44,6%.

Dentro de las patologías, las que representan oportunidades perdidas están encabezadas por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa con un 32,5% y enfermedades del sistema respiratorio con un 24,5%.

GRAFICO N° 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DENOMINADAS OPORTUNIDADES PERDIDAS



FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos

3.2. ANÁLISIS BIVARIADO

3.2.1. RELACIÓN ENTRE SERVICIO DE ATENCIÓN Y SEXO

En el análisis realizado se observó que de las 5663 atenciones, el 50,6% correspondieron al sexo masculino, mientras que del sexo femenino fueron 49,4%. De éstos datos, se desglosa que en el Servicio de Emergencias 64,7% de las atenciones fue para el sexo masculino y 35,3 % para sexo femenino; mientras que en la Consulta Externa, el 52% corresponden al sexo femenino y el 48% al sexo masculino.

Al realizar la asociación entre el servicio de atención y el sexo, se determinó un OR de 1,98, siendo el límite superior 2,304 y límite inferior 1,710. ($p < 0,05$)

3.2.2. RELACIÓN ENTRE SERVICIO DE ATENCIÓN Y GRUPO ETARIO

El promedio de edad de los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencias es de 24,7 años con una desviación estándar de 17,85; mientras que en el Servicio de Consulta Externa el promedio de edad fue de 30,13 años con desviación estándar de 17,59 años. ($p > 0,05$)

3.2.3. RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y HORA DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

En el servicio de emergencias se observó que el grupo etario que acude con mayor frecuencia son los adultos jóvenes; y la hora de atención con mayor afluencia es durante el período de la tarde. En lo que respecta a la hora de atención y grupo etario, se observó

mediante un análisis de varianza que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre ambas variables, como se evidencia en la **Tabla 6**.

Tabla 6.

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LOS PACIENTES Y LA HORA RECODIFICADA DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

EDAD					
Hora de Atención	n	Promedio	Intervalo de Confianza 95%		P
			Límite inferior	Límite superior	
MADRUGADA	40	28,9750	22,4538	35,4962	> 0,05
MAÑANA	220	27,2182	24,7520	29,6843	> 0,05
TARDE	358	23,1872	21,5839	24,7904	> 0,05
NOCHE	262	24,2786	22,1372	26,4200	> 0,05
Total	880	24,7830	23,6441	25,9218	

FUENTE: Estadísticas del Hospital Básico BACO

ELABORACIÓN: Lizeth Mosquera, Lizbeth Ramos

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

El estudio se realizó en la provincia de Cotopaxi, en donde según el (INEC, 2010), se cuenta con una población de 409205 habitantes, de los cuales para una atención de salud la mayoría no aporta a un seguro que cubra ésta necesidad; es así que 112082 de los habitantes no aportan, y 32976 aportan al IESS (Instituto de Seguridad Social) entre aporte general y voluntario, seguidos del seguro campesino, ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) e ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional); Se tiene también el otro extremo, ya que un número importante de habitantes ignoran a que institución tienen derecho de acudir en caso de necesitar una atención médica. El panorama se aprecia de mejor manera en el ANEXO 1.

Para satisfacer la demanda de salud, en la Provincia de Cotopaxi según datos del MSP se cuentan con 133 unidades médicas del sector público conformadas por varias instituciones (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, Patronato Municipal y Patronato Provincial), y 426 unidades privadas, que brindan atención a la población en distintas áreas de especialidad, toda ésta información se puede apreciar en el ANEXO 2, distribuidas por cantones, sector público o privado.

En el ANEXO 3 se puede observar como la demanda va creciendo año tras año, y este incremento es muy notorio en el Servicio de Emergencias, en donde prácticamente se duplica su valor anual; con una cobertura médica que no abastece a tal demanda, ya que como señala el (“INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL,” 2014), en la provincia de Cotopaxi existe un déficit de 9,5 médicos por cada 10.000 habitantes, es entonces de suma importancia ahorrar recursos, tanto económicos como

humanos, para cuando en verdad se necesiten, y no malgastarlos en atenciones que pueden ser atendidas en servicios de salud de primer nivel.

Latacunga es el cantón de la provincia que tiene mayor número de habitantes (170489 habitantes), con un promedio de edad de jóvenes adultos, es decir hablamos de una población económicamente activa, que necesita mantener un estado de salud adecuado para seguir produciendo. Aquí se encuentra el Hospital Básico BACO, una institución de salud de segundo nivel de atención, en donde se llevó a cabo el estudio, en las áreas de Consulta Externa y Emergencias; se trabajó con el universo de pacientes, con un total de 5663 historias clínicas.

El objetivo de los médicos dedicados a administración sanitaria, es que la atención no se centralice en el Hospital General Provincial, sino que exista una distribución, que vaya acorde a los niveles de atención establecidos, que categoriza prioritariamente las atenciones.

Por tal motivo es una ayuda contar con un hospital de segundo nivel que permita ampliar la atención y dar cobertura a las distintas especialidades, y en caso de ser necesario, que cuente con el servicio de referencias y transferencias, de ésta forma lo hace el Hospital Básico BACO desde el año 1997, cuando inicia su actividad quirúrgica y es categorizado como hospital de segundo nivel. La institución mencionada, pese a ser una institución militar ubicada dentro de un recinto militar, forma parte del sistema de salud pública y está en la obligación de prestar sus servicios al personal civil, sobre todo en épocas de paz; mas esto no significa que no se categoricen las atenciones y exista una sobreutilización de los recursos.

Una vez aclarado que la institución de análisis pertenece a la red de salud pública, es interesante ver como en el tipo de usuarios que se atienden, prevalecen las atenciones a hijos de militares en servicio activo con el 27,2%, seguidos de militares en servicio

activo con el 26,9% y de esposas de militar en servicio activo 21,9%; éste es el orden que se mantiene en los servicios de Consulta Externa y Emergencias, siendo éstas, las entidades en estudio de la presente investigación. Se debe tomar en cuenta que las atenciones a los pacientes civiles ocupan el séptimo lugar con un 3,2%. Probablemente esto esté causado por la cercanía del personal militar a la casa de salud en mención, tanto en distancia como en familiaridad, ya que como se ha mencionado la institución está ubicada dentro de un recinto militar y en gran parte está conformada por el mismo personal militar, además, como militares tienen la facilidad de ser transferidos directamente al Hospital Militar, en la ciudad de Quito, en caso de requerirlo, y el cual cuenta de igual forma, con un personal militar que permite seguir familiarizado con el ambiente y da facilidades para informar a la institución y área del trabajador, sobre el estado de salud de los pacientes, otorgando los permisos necesarios para la pronta recuperación del paciente.

Otro punto importante en lo que respecta a los militares y las diferentes causales para que acudan a centros relacionadas con las Fuerzas Armadas, como se menciona en (HOSPITAL MILITAR HONDURAS, 2010), es que, dentro de las Fuerzas Armadas se tiene un estatuto que consta de varios acápite, en los cuales se reconoce como un derecho el que un militar en servicio activo o pasivo, tenga atención sanitaria por las instituciones militares, que brinde medios adecuados con un fin terapéutico específico, ya que cada militar aporta un porcentaje de su sueldo, destinado para tal motivo. Se reconoce además al núcleo familiar del militar como portadores del derecho de atención en mencionado organismo (Campos Diez, 2012).

Los hospitales militares constan de médicos militares especialistas en su mayoría, por ejemplo el Hospital básico BACO, cuenta con médicos especialistas en traumatología, pediatría, cirugía general, gineco-obstetricia, anestesiología, medicina

interna; y también se cuenta con médicos generales que atienden tanto en Consulta Externa como en Emergencias. En la ciudad de Latacunga, el Hospital Básico BACO, al ser una institución de segundo nivel de atención, se tiene un nivel de resolución medio frente a las consultas que llegan, y cuenta con la transferencia directa a un hospital de resolución superior, como es el Hospital General de las Fuerzas Armadas catalogado como una institución de salud de tercer nivel, y que se encuentra en la ciudad de Quito.

En el estudio se observó que el personal conoce acerca de triage, y lo realiza la mayoría de veces, pero existen ocasiones en dónde éste se ve limitado. Una de los factores implicados es que el personal militar cuenta con rangos y se torna difícil negar o explicar a un superior que su consulta no amerita una atención emergente, viendo además que no se cuenta con una afluencia importante de pacientes, ya que el estudio determinó que en el servicio de Emergencias se tiene aproximadamente 4 pacientes cada 24 horas, es decir, no existe la cantidad de personas que representen saturación para el Servicio de Emergencias, motivo por lo que se procede a brindar atención a cualquier persona que la solicite, sea o no meritoria de ingreso por éste servicio. Al realizar esto se pierde el principio para el cual los Servicios de Emergencias fueron diseñados, y el cuál era brindar una atención oportuna a pacientes que presenten una patología que ponga en riesgo su vida (Gómez et al., 2010).

En un estudio realizado en el Servicio de Emergencias del HCAM, se evidenció la misma situación, es decir, que se brinda atención a patologías que podrían resolverse en unidades de menor nivel. Las patologías más frecuentes son IVU no complicada, dolor abdominal y litiasis renal que son las más consultadas.

En el estudio se observó que la mayoría de consultas pertenecen al nivel 3, es decir, enfermedades urgentes pero con un paciente hemodinámicamente estable que puede esperar hasta 60 minutos para su atención. Dentro de éste grupo las enfermedades

más comunes fueron las gastrointestinales con un 15.1% y los traumatismos con un 11,1%.

Aparentemente, el hecho de atender estas patologías, no tiene una repercusión negativa, pero no se mide las posibles consecuencias a futuro, ya que se mal acostumbra a la población, y en un futuro cercano se necesitará aquellos recursos que fueron invertidos previamente en pacientes con una emergencia innecesaria, además no solo repercute en recursos económicos sino también en la preparación y destreza, que el personal médico va perdiendo, al concentrarse en patologías no emergentes. Se añade a esto, el hecho de que los pacientes están seguros de que ya que anteriormente se les atendió y no se les explicó que no era el servicio por el que debían acudir, o, en muchos de los casos, se les explicó pero de todas formas se los atendió, asumen que ésta situación se volverá a repetir y nuevamente sucederá una inadecuada consulta, la que ocasionará saturación de los servicios, aunque éste no sea el caso del Hospital Básico BACO; como indica (Lapeña López de Armentia et al., 1996b), uno de los factores más evidenciados para que la saturación de los servicios ocurra, es que el paciente acuda por cuenta propia a la Emergencia, sin ser previamente evaluado y derivado.

No se han encontrado estudios que indiquen cuales son las emergencias en Hospitales miliares en tiempos de paz; sin embargo, se encontró las patologías más comunes en veteranos durante fases bélicas, los pacientes presentaron con mayor frecuencia trastornos de la salud mental, sobre todo, trastorno de estrés postraumático (TEPT). En una revisión sistemática, (Rodríguez, 2013), se observó que, durante fases bélicas, los pacientes sufrían de TEPT en 21%; el 20,3% presentó tendencia a consumo elevado de alcohol; 85% estado bajo de ánimo. Se estudió también a los hijos de éstos militares y se encontró que el 29,1% presentó dificultades para dormir y trastornos de estrés postraumático; en lo que respecta a una fase post-bélica, el trastorno que prevaleció fue el estrés

postraumático en 59% de los veteranos, alcoholismo en 18,9%; se estudió también a las esposas/os de dicho grupo, y se determinó que eran pacientes con un mayor índice de trastorno de ansiedad generalizada (Rodríguez, 2013).

Mediante el análisis realizado se evidencia que las emergencias en Hospitales militares en tiempos de paz son las mismas que a nivel público se atienden, exceptuando ciertas fechas en las que el personal militar es sometido a una evaluación anual, en donde se ve una prevalencia de traumatismos, tal cual reflejan los meses de Enero, Marzo y Abril en donde los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de intoxicación ocupan el segundo lugar entre las morbilidades del Servicio de Emergencias, como se observa en la **Tabla 2**.

En el presente estudio dentro de lo definido como emergencias innecesarias, las más prevalentes son las enfermedades del sistema respiratorio, dentro de las cuales, la de mayor frecuencia es la rinofaringitis, conocida también como resfriado común, de etiología viral y resolución espontánea, que al presentarse en jóvenes adultos (40,3%) y en personas de la segunda niñez (29,6%), tiene menos probabilidad de complicarse, como sucedería durante la infancia y primera niñez, debido a que en estas edades las defensas del sistema inmunológico suelen ser bajas como indica (Fontan, 1999); por tal motivo vemos que estas atenciones al no ser emergentes, gastarían dinero, tiempo y recursos humanos en su valoración.

De manera similar ocurre en ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, en las que prevalecen la gastroenteritis con el 65,4%; en jóvenes adultos con el 35,5% y primera adultez con el 27,1%; enfermedad que se consideraría emergencia cuando es de etiología bacteriana y causa una deshidratación de moderada a severa sobre todo en infantes, lo cual no sucede ya que la condición de egreso en dicha enfermedad es del alta

en el 99% de pacientes, solamente el 1 % permaneció en observación y los grupos etarios en las que se presenta con frecuencia son jóvenes adultos y primera adultez.

Mientras se ocupan recursos económicos, físicos y de personal en éstas atenciones, hay pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa, con las denominadas oportunidades perdidas, con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, en dónde, las patologías más frecuentes son la luxación, esguince y torcedura con el 38,9% ; en jóvenes adultos con 34,1% y primera adultez con el 25,6%; al igual que sucede con las enfermedades del sistema respiratorio, donde nuevamente aparece la rinofaringitis con un 68,4%, pero esta vez en la primera niñez con un 45,9% y en la infancia con un 42,9%; que como se había mencionado el riesgo de desarrollar complicaciones, por el estado inmunológico, es mayor.

Como conclusión del estudio, se recomienda instaurar medidas y labores de prevención en esta población, ya que son un grupo de riesgo para presentar los trastornos anteriormente mencionados; y es un tema verídico, ya que los militares y todos los que conforman las Fuerzas Armadas, están expuestos por su trabajo, a sufrir distintos impactos emocionales fuertes; es entonces de vital importancia, aparte de tener un buen sistema sanitario, implementar intervenciones psicosociales, las que han demostrado buenos resultados en general (Rodríguez, 2013).

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

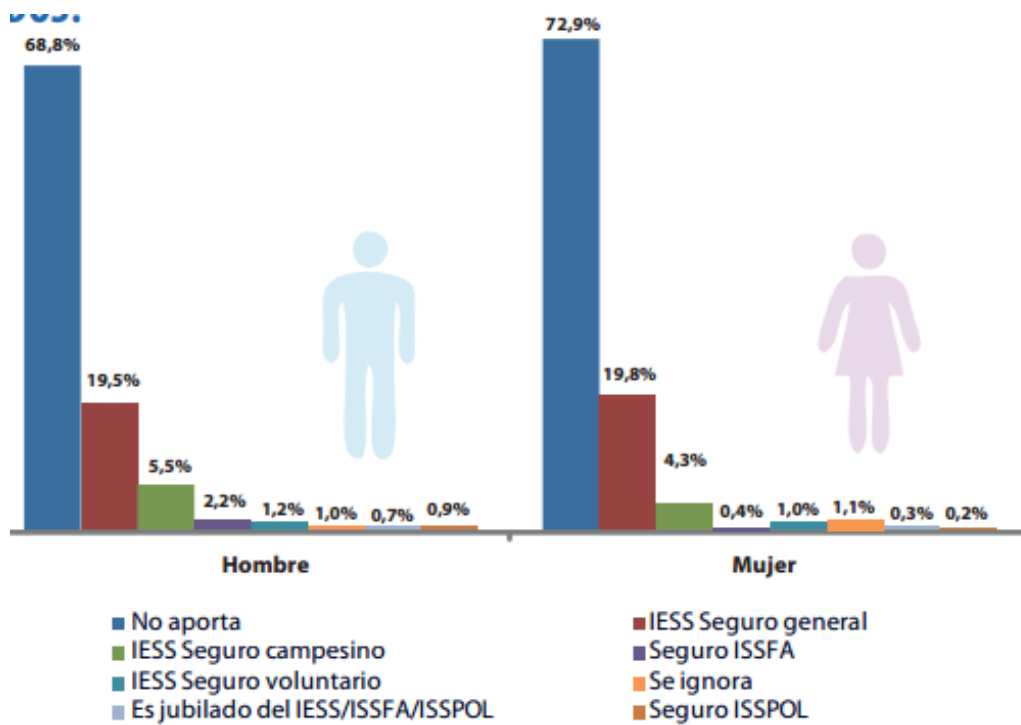
- La atención brindada por el Hospital Básico BACO, primordialmente es a jóvenes adultos del sexo masculino, pertenecientes a la Fuerza Aérea.
- En el Servicio de Emergencias el porcentaje de emergencias innecesarias es del 60,8%, solamente el 39,2% corresponden a una real emergencia.
- En el Servicio de Consulta Externa el porcentaje de oportunidades perdidas es del 11,3%.
- Las Enfermedades del sistema respiratorio fueron las más prevalentes tanto en Consulta Externa como en Emergencia.
- La hora de atención en la que se observa la mayor afluencia de pacientes es a las 12 del día. No se tiene evidencia pero se presume tiene relación con horarios de trabajo.
- Las atenciones denominadas emergencias innecesarias, desperdician recursos económicos y humanos.

5.2. RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias dirigidas a recuperar la confianza de la comunidad Ecuatoriana en el Sistema de Salud Pública, y de ésta forma descentralizar las consultas, logrando así que se respete todos los niveles de atención.
- Se recomienda que, ya que las Instituciones Militares de salud están integradas en el sistema Nacional de Salud, se acoplen de mejor manera entre sí, y se mejore la cobertura de la demanda a nivel nacional.
- Se recomienda brindar una educación sanitaria hacia los pacientes, que permita identificar signos y síntomas de alarma e identificar a que servicio deben acudir.
- Se recomienda instaurar y difundir un sistema de triage universal, para que todo el personal sanitario lo conozca y se pueda realizar una atención con un criterio mayor, discerniendo las patologías emergentes de las que no lo son.
- Se recomienda realizar un estudio cualitativo para poder determinar cuáles son los factores en nuestro país para que exista una sobre utilización de los Servicios de Emergencias.

ANEXO 1

POBLACIÓN ASEGURADA EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI



FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

ANEXO 2

OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COTOPAXI

RED PUBLICA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI								
	La Maná	Latacunga	Pangua	Pujili	Salcedo	Saquisilí	Sigchos	Total
Centros Médicos	4	8	4	5	12	6	4	43
Clínicas		1		1				2
Consultorio Obstétrico	1							1
Consultorios Médicos	2	10						12
Consultorios Odontológicos		1						1
Dispensarios Médicos	5	12	3	13	11	2	3	49
Hospitales		2	1		1			4
Laboratorios de Diagnóstico	2	8	2	1	2	2	1	18
Policlinicos		1						1
Servicios de Rehabilitación	1	1						2
Total general	15	44	10	20	26	10	8	133

FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

		RED INTERNA DE SERVICIOS MEDICOS						
		LATACUNGA	SALCEDO	SAQUISILI	LA MANA	PANGUA	SIGCHOS	PUJILI
SEGURO GENERAL	HOSPITAL GENERAL	1						
	DISPENSARIOS							
SEGURO CAMPESINO	HOSPITAL GENERAL							
	DISPENSARIOS	7	11	2	4	3	3	8

FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

Oferta de red de servicios públicos en la Provincia de Cotopaxi

RED PUBLICA DE SALUD							
	LATACUNGA	LA MANA	PANGUA	PUJILI	SALCEDO	SAQUISILI	SIGCHOS
PATRONATO MUNICIPAL	7	4			1		2
ISSFA	2						
MINISTERIO DEL INTERIOR	2						
MSP	19	7	7	12	14	8	3

FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

Consultorios del Sector Privado de la provincia de Cotopaxi

CONSULTORIOS SECTOR PRIVADO DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI								
	La Maná	Latacunga	Pangua	Pujili	Salcedo	Saquisilí	Sigchos	Total
Centros de diálisis		1						1
Centros Médicos		15			4	1		20
Clinicas	6	7			3			16
Consultorio Obstétrico	7	17		2	6	1		33
Consultorios Médicos	11	77	2	4	14	9	2	119
Consultorios Odontológicos	12	74	5	8	19	5	2	125
Consultorios Psicológicos	1							1
Dispensarios Médicos		31		4	1			36
Hospitales		1		2				3
Laboratorios de Diagnóstico	5	35	1	4	10	3		58
Policlínicos					1			1
Servicios de Rehabilitación	1	8			4			13
Total	43	266	8	24	62	19	4	426

FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

ANEXO 3

**NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR SERVICIOS ENTRE LOS AÑOS
2009-2013**

N° DE PACIENTES ATENDIDOS POR SERVICIO AÑOS 2009 - 2013					
SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013
CONSULTA EXTERNA	56189	79570	89505	99192	105097
HOSPITALIZACIÓN	2515	3160	3797	4400	4924
EMERGENCIAS	3155	14768	25905	40727	60208

FUENTE: MSP Cotopaxi.

ELABORACIÓN: MSP Cotopaxi

6. BIBLIOGRAFÍA

- ACEP. (2016). History of ACEP / AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS.
- Águila, H. R. D. (2015). Medicina Intensiva y Emergencias. *Manual de Procedimientos Invasivos En Medicina Intensiva Y Emergencia*, 135–138.
- Ahrq, Q. (2012). di Ne ric w Emergency Severity Index (ESI).
<https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2014.08.006>
- Alpízar, C. (2014a). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, 27(1), 1–12.
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>
- Alpízar, C. (2014b). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, 27(1), 1–12.
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>
- Campos Diez, M. S. (2012). SANIDAD MILITAR EN LA EDAD MODERNA.
- Colombia, M. of H. (2009). Guías para manejo de urgencias 3a Edición (3a Edición, pp. 141–147). Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Guía para manejo de urgencias -Tomo I.pdf>
- Day, R. a., & Gastel, B. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. *Revista Cubana de Salud Pública* (Tercera, Vol. 34). <https://doi.org/10.1590/S0864-34662008000300018>
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Aspen Publishers.

DR, ECEHEVERRIA J., Y. E. (2016). *FACTORES DETERMINANTES DE FATIGA EN LOS MEDICOS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES QUE TRABAJAN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES CARLOS ANDRADE MARIN DE QUITO Y SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA, EN EL MES DE MAYO DEL 2016*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Dueñas, M., General, M., Urgencias, C. De, Gutt, M. T., & Velandia, M. (n.d.). Triage hospitalario. In *GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS* (pp. 1393–1403).

Bogotá. Retrieved from <http://www.salud.gob.hn/doc/calidad/triagehospitalario>

Dueñas, M., & Velandia, M. (n.d.). Triage hospitalario, 1393–1403.

EPIDEMIOLOGÍA, D. D. I. Y. (2011). *DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL AÑO 2009 Y EVOLUCIÓN DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD 1979 - 2009 DEPARTAMENTO*.

Fontan, G. (1999). Maduración de la Respuesta Inmune en el niño. In *Inmunología* (Vol. 18, pp. 53–54).

Gómez, L. M., Morales, C. H., & Isaza, L. F. (2010). *El Paciente Urgente* (1st ed.). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Grupo CTO. (2011). *CONCEPTOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE SITUACIONES CRÍTICAS. PARADA CARDIORRESPIRATORIA. RCP EN ADULTOS Y EN PEDIATRÍA. CUIDADOS POSTRESUCITACIÓN*. In *MANUAL CTO OPOSICIONES DE ENFERMERÍA*. Retrieved from http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf

HOSPITAL MILITAR HONDURAS. FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS

ESTADO MAYOR CONJUNTO HOSPITAL MILITAR REGLAMENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDICO HOSPITALARIO BRINDADO POR EL HOSPITAL MILITAR A SUS BENEFICIARIOS (2010).

Hubner, P., Schober, A., Sterz, F., Stratil, P., Wallmueller, C., Testori, C., ... Weiser, C.

(2015). Surveillance of Patients in the Waiting Area of the Department of Emergency Medicine. *Medicine*, 94(51), 1–7.

<https://doi.org/10.1097/md.0000000000002322>

IFEM. (2016). History | INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE.

INEC. (2010). Fasciculo Porvvincial Cotopaxi. Retrieved from

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec//wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/cotopaxi.pdf>

“INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.” (2014). *Plan Médico Funcional*. Latacunga. Retrieved from

<http://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321614/PMF+HOSPITAL+LATACUNGA.pdf>

Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275–281.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>

Jiménez, J. G. (2003a). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 15, 165–174. Retrieved from

http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf

- Jiménez, J. G. (2003b). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, *15*, 165–174.
- Khalifa, M., & Zabani, I. (2016). Reducing Emergency Department Crowding : Evidence Based Strategies Reducing Emergency Department Crowding : Evidence Based Strategies. *Studies in Health Technology and Informatics*, (September).
<https://doi.org/10.3233/978-1-61499-664-4-67>
- Lapeña López de Armentia, S., Reguero Celada, S., García Rabanal, M., Gutiérrez Fernández, M., Abdallah, I., & González Aparicio, H. (1996a). Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *Anales Espanoles de Pediatria*, *44*(2), 121–5. Retrieved from <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-8.pdf>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8830569>
- Lapeña López de Armentia, S., Reguero Celada, S., García Rabanal, M., Gutiérrez Fernández, M., Abdallah, I., & González Aparicio, H. (1996b). Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *Anales Espanoles de Pediatria*, *44*(2), 121–5.
- Leoncio Tay, U., & Carlos Becerra, V. (2011). Ley de urgencia y riesgo vital. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *22*(5), 585–591. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70469-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70469-2)
- M.J. Vásquez lima, J. R. C. C. (2007). *Guía de actuación en Urgencias* (3º Edición). Retrieved from http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/enlaces/Guia_Urgencias_3_e

d_interactivo.pdf

- Mendoza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saude Publica*, 17(4), 819–832. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400016>
- Ministerio de Salud. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). *Ministerio de Salud Publica Del Ecuador*, 64–72. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo. (2014). *WHO*.
- Ovens, H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*, 22, 244–246. Retrieved from [file:///C:/Users/Home/Desktop/tesis/tesis aprobada/articulos/Emergencias-2010_22_4_244-6 \(1\).pdf](file:///C:/Users/Home/Desktop/tesis/tesis aprobada/articulos/Emergencias-2010_22_4_244-6 (1).pdf)
- Paredes, V. (1963). Historia de la Medicina en el Ecuador. In Casa de la Cultura Ecuatoriana (Ed.) (pp. 402–405). Quito.
- Plesner, L. L., Iversen, A. K. S., Langkjær, S., Nielsen, T. L., Østervig, R., Warming, P. E., ... Iversen, K. (2015). The formation and design of the TRIAGE study--baseline data on 6005 consecutive patients admitted to hospital from the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23, 106. <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0184-1>
- Robles del Olmo, B. (2012). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*, (22), 249–253. Retrieved from

https://www.researchgate.net/profile/Juan_Castellanos7/publication/45724290_Impacto_de_Implementacion_de_medidas_de_gestion_hospitalaria_para_aumentar_la_eficiencia_en_la_gestion_de_camasy_disminuir_la_saturacion_del_servicio_de_urgencias/links/544266790cf2e

Rocha, J. (2011). 25 años de la Medicina de Urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos?, 3, 3–5. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur111a.pdf>

Rocha, J. M. (2011). 25 años de la Medicina de Urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos?, 3, 3–5.

Rodríguez, L. C. (2013). Impacto sobre la salud mental de los conflictos bélicos.

Sánchez-López, J., & Bueno-Cavanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 17, 138–144.

Sánchez López, A. E. Delgado Martín, H. Muñoz Beltrán, J. D. Luna del Castillo, J. J. Jiménez Moleón, A. B. C. (2005). Original Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario . Circuitos de atención. *Emergencias*, 17, 52–61.

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(SUPP1), 55–68. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272010000200008>

Vargas., G. N., & González., M. F. (2015). *Comparación De Parametros De Atención En Una Escala De Triage De 5 Niveles Con Los Parametros Estandar* . Retrieved from <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10653/52709924-2015.pdf?sequence=1>

Varice, C. Segundo Nivel de Atención (2012).

WONCA, World Organization of National Colleges, A. and A., & Associations of General Practitioners/Family Physicians. (2009). Clasificación Internacional de Atención Primaria.

Yépez, E. (1979). *150 años de la Facultad de Medicina*. (E. Universitaria, Ed.). Quito: Editorial Universitaria.

(Day & Gastel, 2005)