

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POST-GRADO

### MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD. TACNA, 2014**

Tesis presentado por el Bachiller:

**VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ BRAVO**

Para optar el Grado Académico de:  
Magíster de Gerencia en Salud

**AREQUIPA – PERU  
2016**

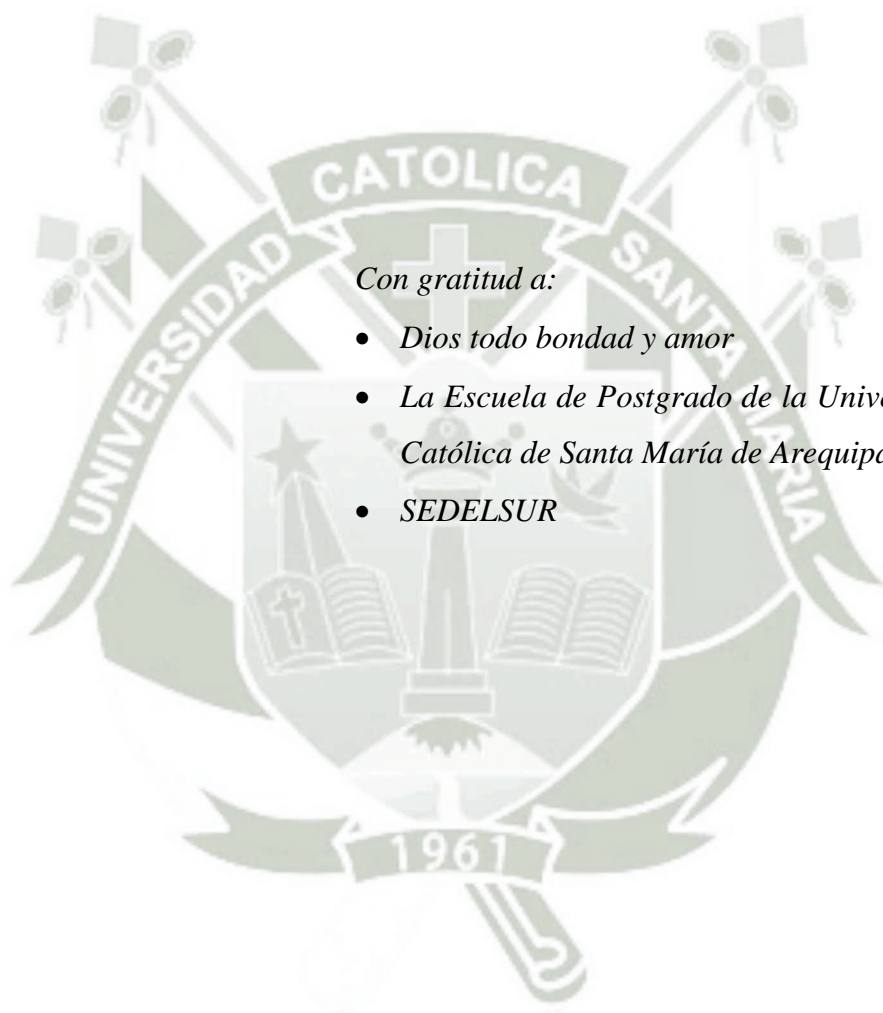


**El niño sano o enfermo es la luz  
reflejo de Dios y misterio de  
amor.**

**Anónimo**



*A mis queridos hijos Renato y Fernanda  
pilares indiscutibles de mis deseos de superación*



*Con gratitud a:*

- *Dios todo bondad y amor*
- *La Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa*
- *SEDELSUR*

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	06
ABSTRACT	07
INTRODUCCIÓN	09
CAPITULO ÚNICO	
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	09
1. Uso de la Consulta Pediátrica en el Servicio de Emergencia	10
2. Factores Asociados a la Consulta Pediátrica	13
2.1.Factores Personales	13
2.2.Factores Institucionales	20
3. Discusión y Comentarios	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
PROPUESTA	30
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39
Anexo N° 1: Proyecto de Investigación	40
Anexo N° 2: Matriz de Sistematización	68
Anexo N° 3 : Evidencia Fotografica	

## RESUMEN

El **objetivo** principal de la presente investigación es indagar sobre la asociación que existe entre los factores asociados al uso de la consulta Pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud de Tacna.

El **tipo de problema** es de campo, el nivel es descriptivo –explicativo, de diseño transversal. Se trabajó con las variables Factores asociados y uso de la Consulta Pediátrica en el Servicio de Emergencia, con cuatro indicadores. La opción para trabajar con las **unidades de estudio** fue una población décima de 379 niños. Según fórmula de tamaño muestral se tomó una muestra significativa con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, quedando una población accesible de 245 niños. La **técnica** utilizada fue la encuesta en su modalidad específica de cuestionario, y como instrumento, el formulario de preguntas de tipo estructurado con preguntas para recoger la información sobre los factores. Las conclusiones a las que se llegó son **Primera:** Los factores personales que motivan a los usuarios pediátricos a acudir al Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón Es-Salud de Tacna, alcanzando proporciones y porcentajes mayores son: Grupo Etareo de 1 a 5 años de edad, el género femenino, la escolaridad de secundaria y educación superior de los padres. Tamaño familiar de 3 a 5 personas, ingreso económico familiar menor de mil soles mensuales, la zona de residencia urbana y de procedencia distrital Alto de la Alianza, Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín. **Segunda:** Los factores institucionales que motivaron a los usuarios pediátricos a acudir el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón de Tacna son: el tipo de Seguro regular dependiente, la accesibilidad a la atención en el Servicio de Emergencia en el 100% y con disponibilidad secuencial de 3 días (lunes, miércoles y viernes) y los turnos de atención diaria mañana y tarde. **Tercera:** El uso de la atención pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón Es Salud de Tacna se caracteriza porque la población que acude mayormente al Servicio de Emergencia es la del Centro Médico Metropolitano; los sistemas afectados frecuentemente afectados son el respiratorio y el digestivo que corresponde a las prioridades de atención IV y III. Sólo el 4% son reales emergencias (Prioridad I y II). Para el análisis de los resultados se utilizó el Test de Bondad de Ajuste y el  $\chi^2$  para precisar estadísticamente el tipo de diferencia y/o semejanza.

**Palabras clave:** Factores de asociación – Consulta Pediátrica – Servicio de Emergencia.

## ABSTRACT

The main objective of this research is to investigate the association between personal and institutional factors with the use of consultation in Pediatric Emergency Service III Daniel Alcides Carrión Hospital - EsSalud Tacna.

The type of problem is field level is relational, cross design. We worked with the factors and variables associated with use of the Pediatric Consultation on the Emergency, with four indicators. The option to work with the units of study population was one-tenth of 379 children. According formula shows a significant sample size with a margin of error of 5% and a confidence level of 95%, leaving an accessible population of 245 children was taken. The technique used was the survey as a specific form of questionnaire, and an instrument, the form of questions structured type questions to collect information about factors. The conclusions that were reached are First: Personal factors that motivate pediatric users to go to the Emergency Service of the Hospital III Daniel Alcides Carreon Es-Health Tacna, reaching ratios and higher percentages are: age group 1-5 age, female gender, schooling, secondary and higher education of parents. Families with 3-5 children??, lower family income monthly thousand suns, the urban area of residence and origin Alto district Alliance, New Town and Gregorio Albarracin. Second: The institutional factors that motivated pediatric to attend the Emergency Hospital Daniel Alcides Carreon III of Tacna users are the regular type dependent insurance, access to care in the emergency department at 100% and sequential availability of three days (Monday, Wednesday and Friday) and shifts daily morning and evening care. Third: The use of pediatric care in the Emergency Hospital Daniel Alcides Carreon III Health Tacna is characterized in that the population that goes mostly to the Emergency Service is the Metropolitan Medical Center; affected systems commonly affected are the respiratory and digestive corresponding to the priorities of attention IV and III. Only 4% are real emergencies (Priority I and II). For the analysis of the test results Goodness of Fit and Chi2 we were used to statistically define the kind of difference and / or likeness.

**Keywords:** association Factors - See Pediatric - Emergency Service.

## INTRODUCCIÓN

En los servicios o unidades de Emergencia de las Instituciones Hospitalarias en la actualidad, se atiende a pacientes críticos y no críticos, predominando en ocasiones diversas, los segundos que presentan patologías de grado de dependencia I y II, hecho que ha producido en gran incremento de atenciones, llegando a constituir el 59% en la última década.

El aumento de pacientes pediátricos que acuden a la urgencia hospitalaria se debe a diversos factores causales, los que mayormente predominan son: aumento de la demanda de la población en salud, aumento de la cobertura de atención, alta incidencia de morbilidad pediátrica, causas de interés personal de los padres de familia que exigen una atención rápida así como una respuesta rápida y eficaz a los problemas de salud de sus hijos. Otro de los factores causales de importancia es la cultura hospitalo-centrista de los propios profesionales que la generan y potencian por familiaridad y/o amistad de los pacientes.

Además, es importante resaltar que la inadecuada utilización de los servicios de emergencia o urgencias hospitalarias puede ocasionar, sino hay una adecuada organización en los mismos, situaciones difíciles para los pacientes en estado crítico y para el personal del Servicio de Emergencia, así como para el uso de la consulta externa por demoras en pruebas complementarias, atenciones programadas según listas de espera.

Ante esta situación, afirmamos sin lugar a dudas, que alrededor de las dos terceras partes de las atenciones en emergencia son inadecuadas y en muchos casos, incluso se tratarían mejor en consulta ambulatorio, en este caso, de Pediatría, ya que la atención brindada en emergencia impide que los pacientes reciban la asistencia primaria continua y un adecuado estudio biofísico.

Lo anteriormente expuesto, preocupa al autor, hecho que lo motiva a realizar el estudio de investigación, cuyo contenido está organizado en Capítulo único que contiene fundamentalmente los resultados, conclusiones, recomendaciones y la propuesta de intervención. Durante el desarrollo del trabajo investigativo se hizo uso de bibliografía y hemerografía actualizada.



# **CAPITULO ÚNICO**

## **RESULTADOS**

## 1. USO DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

TABLA N° 1

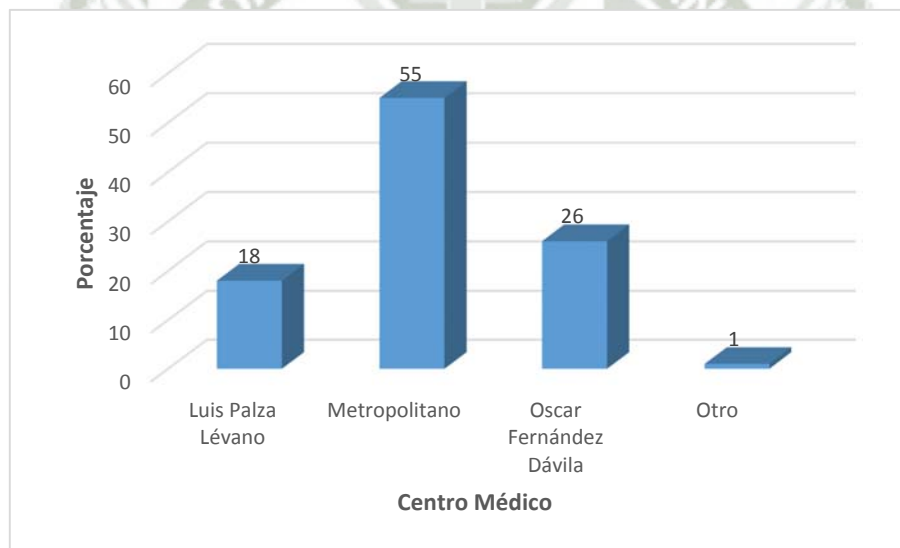
NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA,  
SEGÚN CENTRO MÉDICO DE PROCEDENCIA.

Centro Médico	N°	%
Luis Palza Lévano	45	18
Metropolitano	136	55
Oscar Fernández Dávila	64	26
Otro	1	1
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

GRÁFICO N° 1

NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA,  
SEGÚN CENTRO MÉDICO DE PROCEDENCIA.



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

Tal como se muestra la tabla N° 1, más de la mitad de los niños son procedentes del Centro Médico Metropolitano (55%) seguidos del Centro Médico Oscar Fernández Dávila (26%) y del Centro Luis Palza Lévano.

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 511.73 con 2 g.l Valor-P = 0,000; es decir que existe diferencia significativa ( $p$  valor < 0,05) según zona de procedencia para la atención médica por emergencia de los niños investigados.

**TABLA N° 2**

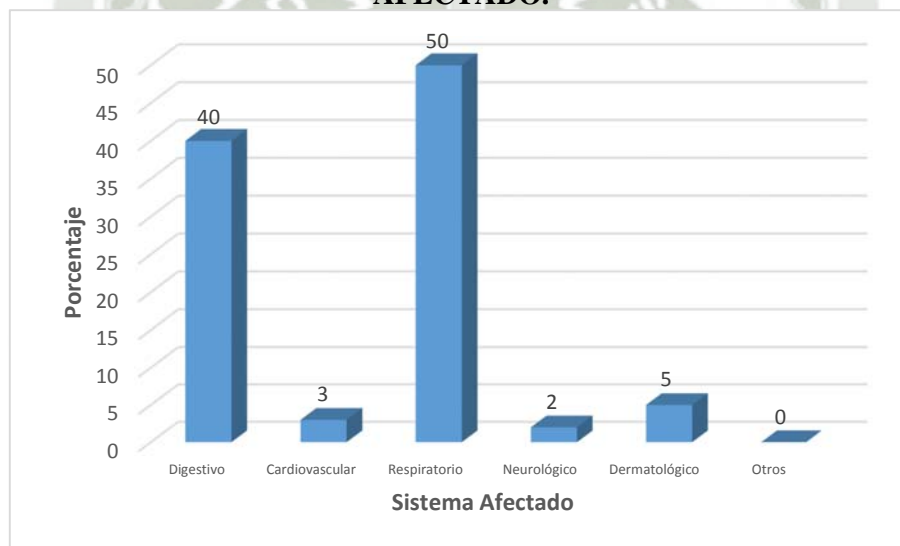
**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN SISTEMA AFECTADO.**

Sistema Afectado	N°	%
Digestivo	99	40
Cardiovascular	6	3
Respiratorio	122	50
Neurológico	5	2
Dermatológico	12	5
Otros	1	0
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

**GRÁFICO N° 2**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN SISTEMA AFECTADO.**



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

Como se puede observar en la tabla N° 2, la mayoría de casos por los que demandan los padres atención de sus niños en el servicio de emergencia son por trastornos respiratorios, 50% y digestivos 40%.

La prueba de Bondad de ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-cuadrado dio como resultado 731.375 con 5 g.l. Valor-P = 0,000; es decir que existe diferencia significativa (p valor < 0,05) según sistema afectado para la atención por emergencia.

**TABLA N° 3**

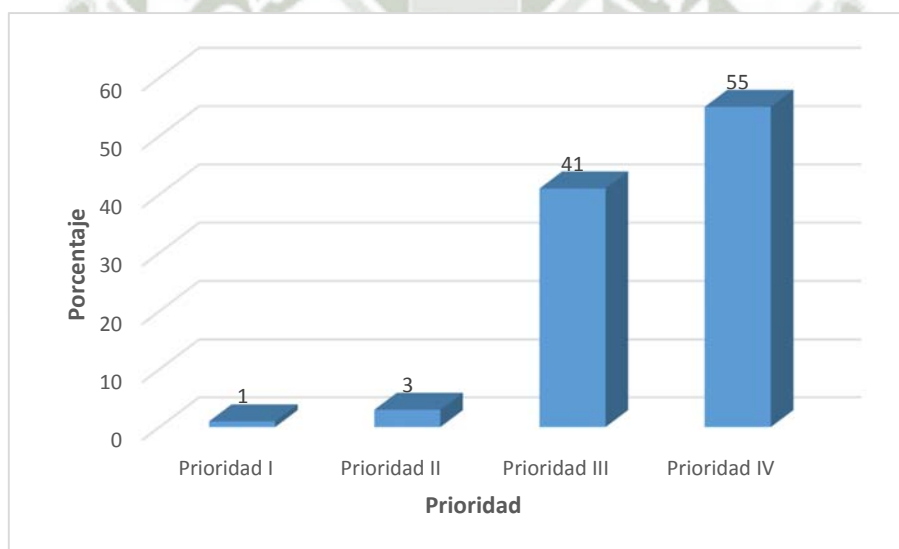
**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN PRIORIDAD.**

<b>Prioridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prioridad I	2	1
Prioridad II	7	3
Prioridad III	101	41
Prioridad IV	135	55
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

**GRÁFICO N° 3**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN PRIORIDAD.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

Se puede apreciar en la tabla N° 3, que el 96% acumulado no son verdaderas emergencias, solo el 4% si lo son porque por la sintomatología que presentan son considerados como prioridad I y II.

La prueba de bondad de ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 444,878 con 3 g.l. Valor P = 0,000; es decir que existe diferencia significativa (p valor < 0,05) según el tipo de prioridad de la atención.

## 2. FACTORES ASOCIADOS

### 2.1.FACTORES PERSONALES

TABLA N° 4

#### NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN EDAD.

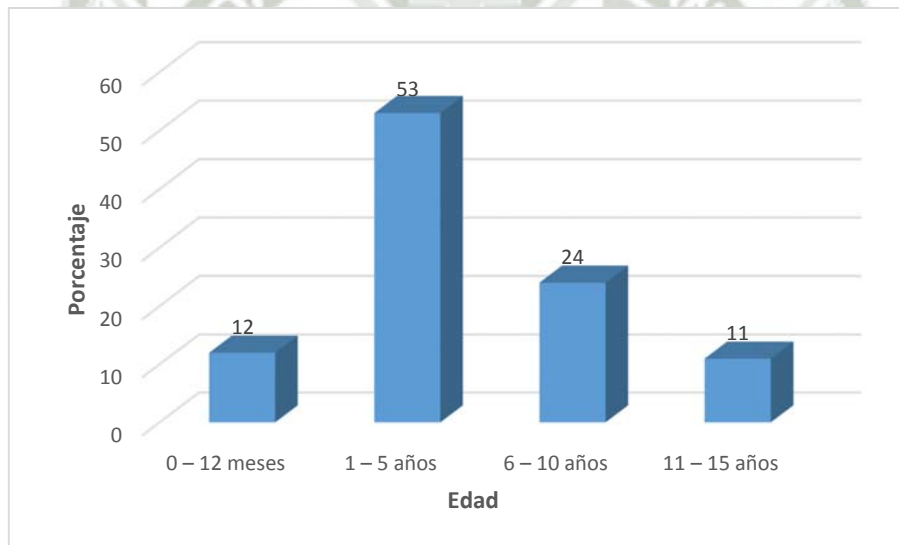
Edad	N°	%
0 – 12 meses	30	12
1 – 5 años	129	53
6 – 10 años	60	24
11 – 15 años	26	11
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

$$\text{Chi}^2 = 224.153 - 3 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$$

GRÁFICO N° 4

#### NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN EDAD.



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

En la tabla se aprecia el grupo etareo de mayor demanda de atención en el Servicio de Emergencia, es el comprendido de 1 a 5 años con el 53%, seguido de los niños de 6 a 10 años con el 24%.

Según el test de la Bondad de Ajuste para la frecuencia, aplicando el  $\text{Chi}^2$  dio como resultado que existe diferencia significativa entre los grupos etareos de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III D.A.C. – EsSalud de Tacna.

**TABLA N° 5**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN GÉNERO.**

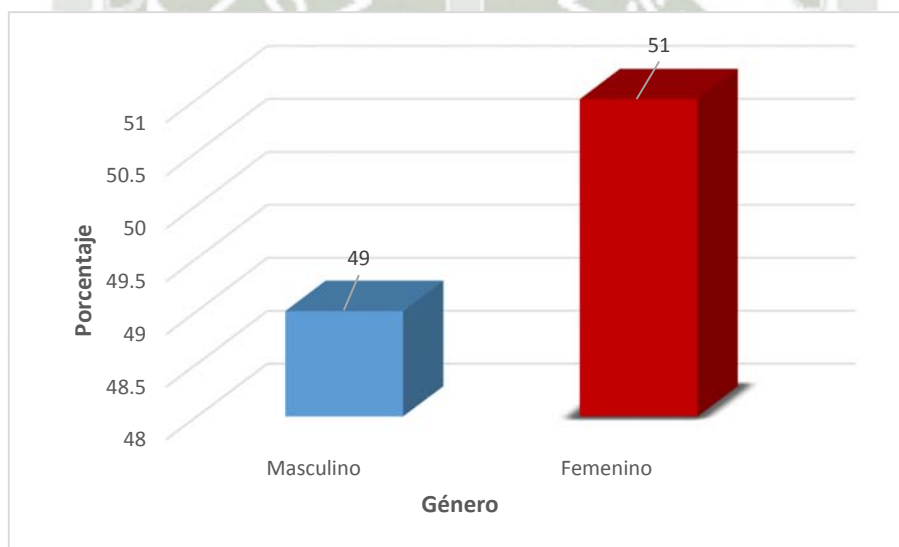
<b>Genero</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	120	49
Femenino	125	51
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

$\text{Chi}^2 = 0.2464 - 1 \text{ g.l. Valor } P = 0.6196$

**GRÁFICO N° 5**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN GÉNERO.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

En la tabla N° 5 se aprecia que predomina el género femenino con el 51% por una mínima diferencia (2%) con el género masculino.

Estadísticamente, según el test de la Bondad de ajuste y el  $\text{Chi}^2$  dio como resultado que no existe diferencia significativa entre el género de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III D.A.C. – EsSalud de Tacna.

**TABLA N° 6**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ESCOLARIDAD DEL PADRE.**

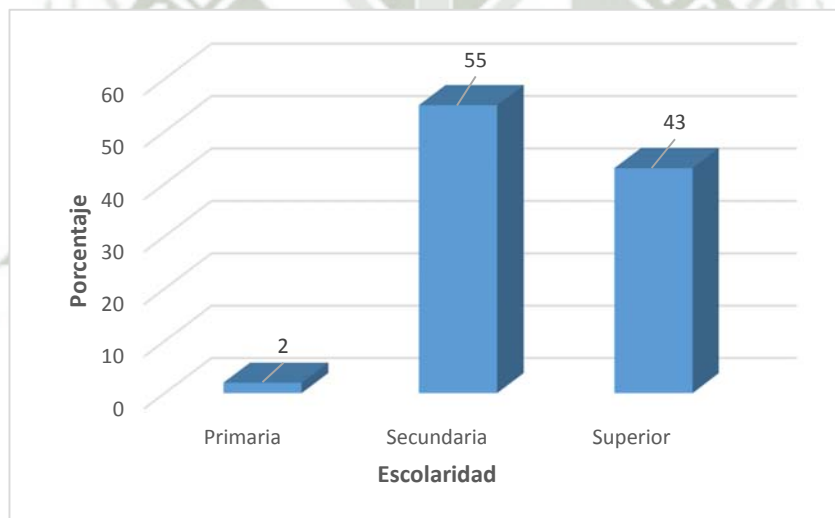
Escolaridad	N°	%
Primaria	6	2
Secundaria	134	55
Superior	105	43
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

$$\text{Chi}^2 = 926.919 - 5 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$$

**GRÁFICO N° 6**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ESCOLARIDAD DEL PADRE.**



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

En la tabla N° 6 que la distribución según la escolaridad del padre es secundaria en un 55%, superior en el 43%; solo el 2% de los padres tienen educación primaria.

El test de la bondad de Ajuste para Frecuencia aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 926,9 con 5 g.l. Valor P = 0,6196; es decir que existe diferencia significativa ( $p \text{ valor} < 0,05$ ) entre el grado de instrucción de los padres de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III D.A.C. – EsSalud de Tacna.

**TABLA N° 7**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
ESCOLARIDAD DE LA MADRE.**

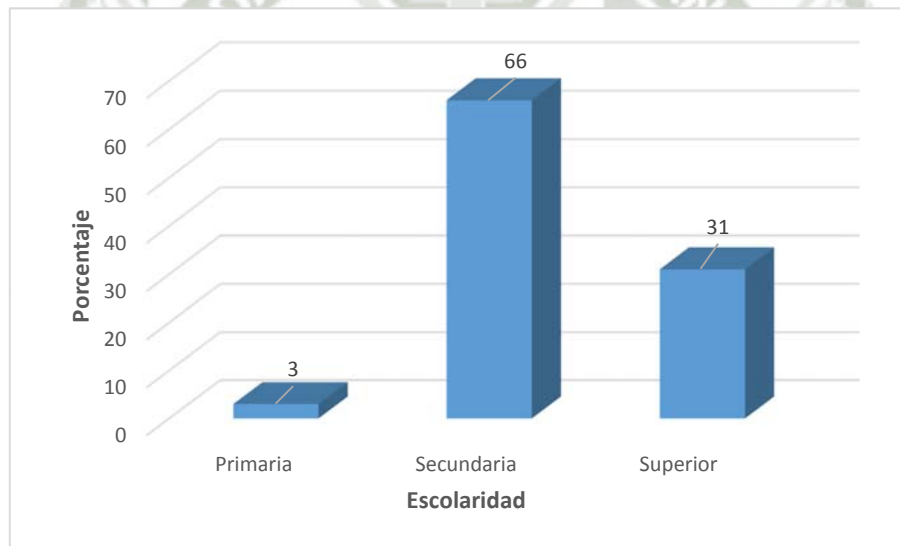
<b>Escolaridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	7	3
Secundaria	161	66
Superior	77	31
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

$\chi^2 = 954.804 - 5 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$

**GRÁFICO N° 7**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
ESCOLARIDAD DE LA MADRE.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

La distribución según escolaridad de la madre, en la que se puede apreciar que la mayoría tiene secundaria 66%, seguida del 31% que corresponde a las madres que tienen educación superior. Solo el 3%, tiene educación primaria.

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 954,8 con 5 g.l. Valor  $P = 0,000$ ; es decir, que existe diferencia significativa ( $p \text{ valor} < 0,05$ ) en la escolaridad de la madre de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III D.A.C. – EsSalud de Tacna.

**TABLA N° 8**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
DISTRITO DE PROCEDENCIA.**

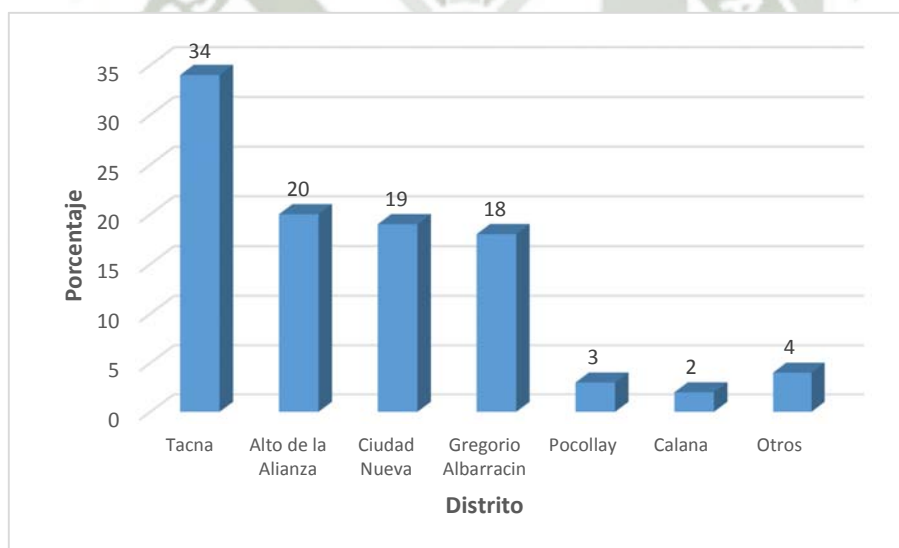
<b>Distrito</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Tacna	84	34
Alto de la Alianza	48	20
Ciudad Nueva	47	19
Gregorio Albarracín	45	18
Pocollay	17	3
Calana	5	2
Otros	9	4
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

$\chi^2 = 735.90 - 10 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$

**GRÁFICO N° 8**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
DISTRITO DE PROCEDENCIA.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

La mayoría de los niños proceden del Cercado de Tacna (34%), seguidos del distrito de Alto de la Alianza con el 20%, Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín con el 19% y 18%, respectivamente.

Existe diferencia significativa entre la procedencia de los niños demandantes de atención médica en el Servicio de Emergencia del Hospital III D.A.C. – EsSalud de Tacna.

**TABLA N° 9**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN TAMAÑO FAMILIAR.**

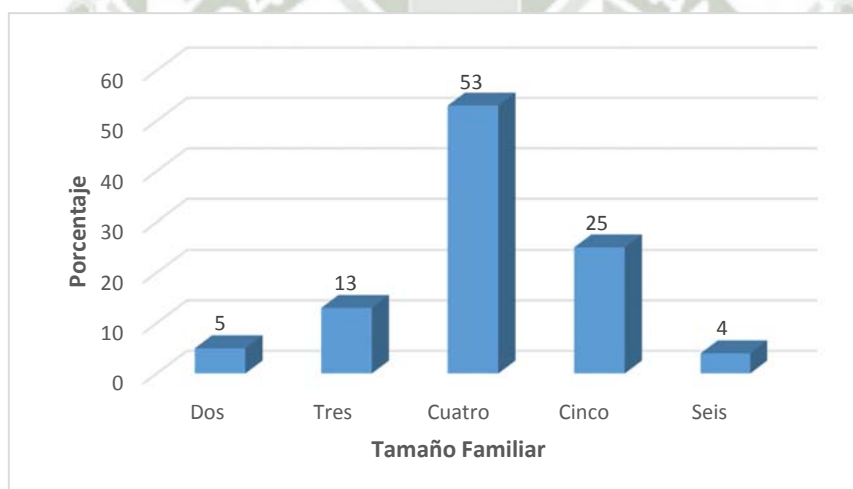
Tamaño familiar	N°	%
Dos	13	5
Tres	31	13
Cuatro	129	53
Cinco	61	25
Seis	11	4
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

$$\text{Chi}^2 = 735.774 - 5 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$$

**GRÁFICO N° 9**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN TAMAÑO FAMILIAR.**



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

Se aprecia en la tabla N° 9 que los padres de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia, en el 53% tienen cuatro hijos; el 25%, cinco y el 13%, tres hijos.

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado que existe diferencia significativa entre el número de hijos.

**TABLA N° 10**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR.**

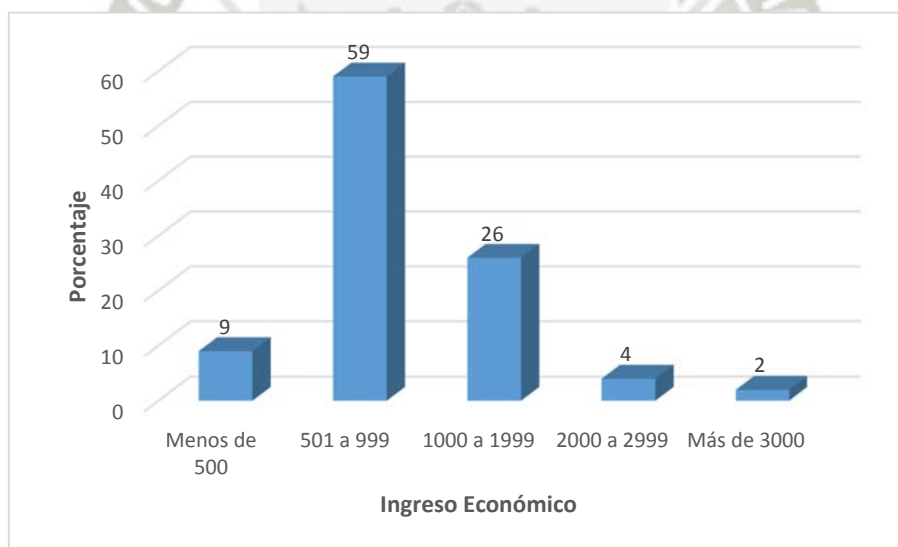
Ingreso Económico	N°	%
Menos de 500	22	9
501 a 999	143	59
1000 a 1999	65	26
2000 a 2999	10	4
Más de 3000	5	2
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

$\chi^2 = 542.269 - 4 \text{ g.l. Valor } P = 0.0000$

**GRÁFICO N° 10**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

Se puede apreciar en la tabla N° 10 que más de la mitad (68% acumulado) tienen un ingreso económico menor de mil soles, seguido del 26%, cuyo ingreso económico es de 1000 a 2000 soles mensuales. Los menores porcentajes corresponden al ingreso económico familiar mayor de 2000 soles.

## 2.2. FACTORES INSTITUCIONALES

TABLA N° 11

### NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD.

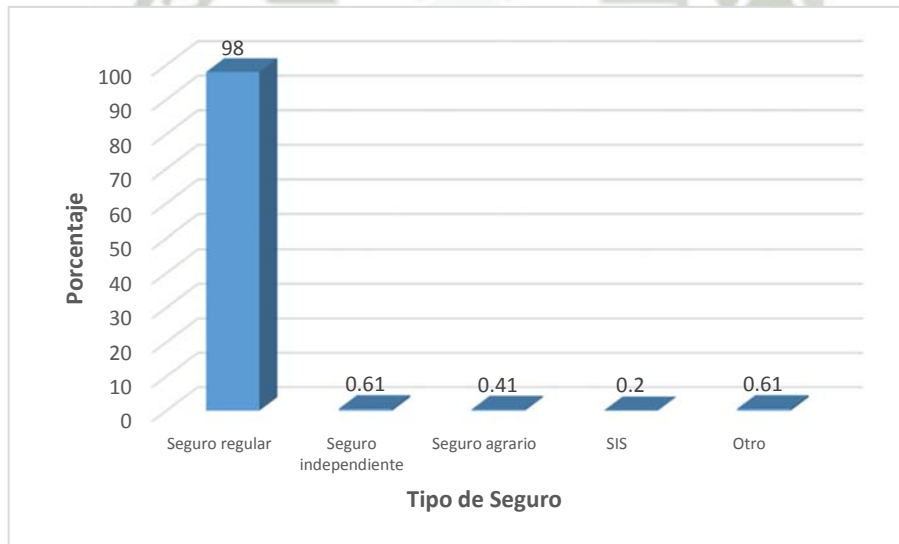
Tipo de seguro	N°	%
Seguro regular	240	98.00
Seguro independiente	1	0.61
Seguro agrario	1	0.41
SIS	1	0.20
Otro	2	0.61
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100.00</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

$$\text{Chi}^2 = 1875.06 - 4 \text{ g.l. Valor P} = 0.0000$$

GRÁFICO N° 11

### NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD.



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

Como se muestra en la tabla N° 11, la gran mayoría de padres de los niños atendidos en emergencia son asegurados dependientes de una empresa (98%).

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado que existe diferencia significativa según el tipo de seguro de los padres de los niños demandantes de atención médica por emergencia.

**TABLA N° 12**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
ACCESIBILIDAD DE ATENCIÓN.**

<b>Accesibilidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
- Consultorios Externos de Pediatría	0	0
- Servicio de Emergencia	245	245
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

**GRÁFICO N° 12**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN  
ACCESIBILIDAD DE ATENCIÓN.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

Como se puede ver en la tabla N° 12, la totalidad de los padres de los niños que se atienden en el Servicio de Emergencia manifiestan que la atención en los Consultorios de Pediatría no se da porque las citas están agostadas y la espera en el caso de obtener cita tiene una duración de uno de tres meses.

En el servicio de Emergencia, la atención es mucho más accesible en cuanto a tiempo y atención.

**TABLA N° 13**

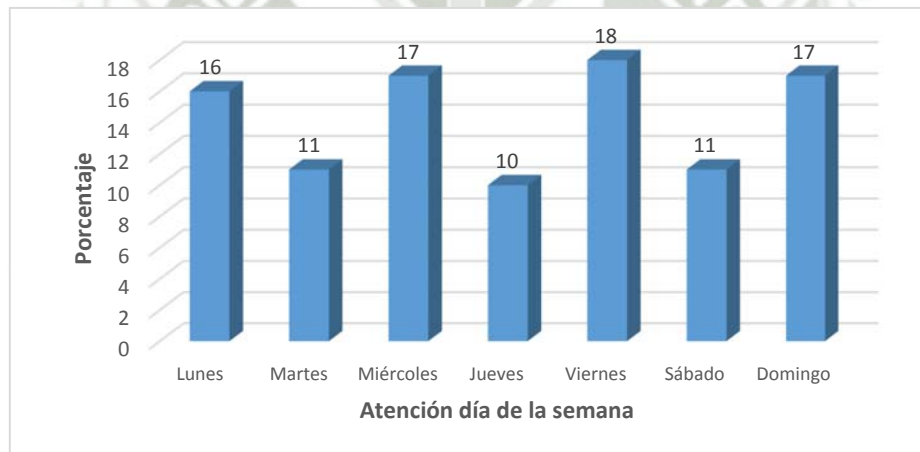
**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ATENCIÓN DÍA DE LA SEMANA.**

<b>Atención día de la semana</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Lunes	36	16
Martes	29	11
Miércoles	41	17
Jueves	25	10
Viernes	44	18
Sábado	29	11
Domingo	41	17
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

**GRÁFICO N° 13**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ATENCIÓN DÍA DE LA SEMANA.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

En la tabla N° 13, se observa que la mayoría de los padres de los niños que demandan de atención de salud, acuden al Servicio de Emergencia los días Domingo, viernes, miércoles y lunes; es decir, 4 días de los 7 días de la semana. Según los porcentajes ubicados en los 7 días de la semana, tenemos que en el Servicio de Emergencia hay mayor disponibilidad para la atención de los niños.

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 22,99 con 6 g.l. Valor-P = 0,000; es decir, que existe diferencia significativa ( $p$  valor < 0,05) según el día de asistencia de atención médica

por emergencia.



**TABLA N° 14**

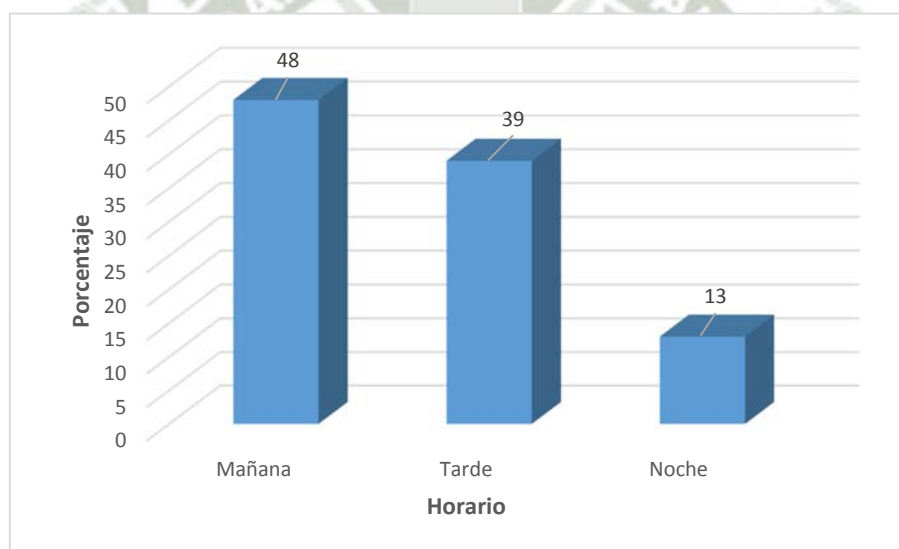
**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN TURNO DE ATENCIÓN.**

Horario	N°	%
Mañana	118	48
Tarde	97	39
Noche	30	13
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

**TABLA N° 14**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN TURNO DE ATENCIÓN.**



**Fuente.** Elaboración propia. Tacna, 2014

Como se muestra en la tabla N° 14, la atención a los niños en el Servicio de Emergencia es mayor en el turno de la mañana, lo evidencia el 48%, seguido de la tarde con el 30%. En el turno de noche se atiende el 13%.

La prueba de Bondad de Ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrada dio como resultado 101,49 con 2 g.l. Valor-P = 0,000; es decir que existe diferencia significativa ( $p$  valor < 0,05) según el día de asistencia de atención médica por emergencia.

**TABLA N° 15**

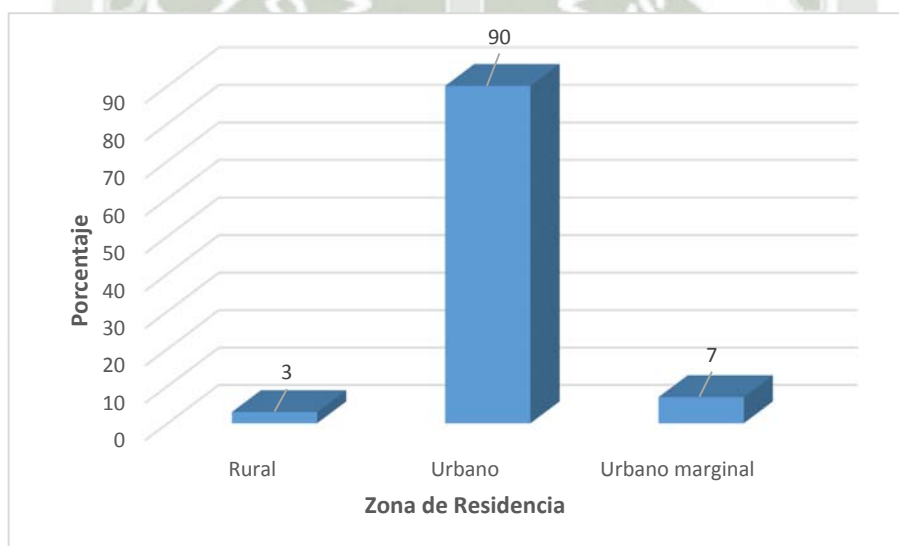
**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.**

Zona de Residencia	N°	%
Rural	8	3
Urbano	221	90
Urbano marginal	16	7
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

**GRÁFICO N° 15**

**NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.**



Fuente. Elaboración propia. Tacna, 2014

Como se muestra en la tabla N° 15, la mayoría de los niños atendidos en el Servicio de Emergencia en amplia mayoría (90%) proceden de la Zona Urbana. Los que proceden de la zona rural y periurbana están representadas solo por el 3% y 7% respectivamente.

La prueba de Bondad de ajuste para Frecuencia observada, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado dio como resultado 710,69 con 2 g.l. Valor-P = 0,000; es decir que existe diferencia significativa ( $p$  valor < 0,05) según zona de procedencia para la atención médica por emergencia.

### 3. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

#### 1. Factores Personales

Las características de los factores personales usuarios pediátricos que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud. Tacna, presenta un rango de edad de 1 a 5 años. (53%). La mayor frecuencia de uso inadecuado se encuentra en edades pediátricas, y se describe una disminución progresiva con la edad como lo refiere Sánchez y col. en su trabajo. Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias Hospitalarias realizado en España en el 2005.

La prevalencia del sexo femenino fue en un 51% pero no se encontró diferencia estadística significativa con el sexo masculino, Loria-Castellanos en su trabajo encontró predominio en el sexo masculino con un 61,11%.

Los niños de 1 a 5 años, son los que mayor frecuencia se atienden en emergencia, muy por el resto de los demás grupos. Esto se puede explicar, ya que los niños a esta edad requieren un mayor cuidado y control; además, la percepción de la gravedad por parte de los familiares o cuidadores es exagerada muchas veces.

El grado de instrucción de los padres en su mayoría fue secundaria y superior. La utilización inadecuada del Servicio de emergencia aumenta cuando más nivel de preparación tiene los padres de los pacientes, situación que puede ser dada por el hecho que en caso del Asegurado de EsSalud cree que tiene derecho a su atención en el momento que él lo desee. Haciendo referencia al estudio de Sánchez, este encontró que la utilización inadecuada aumenta cuando también el grado académico alcanzado es mayor.

Otra explicación a este hecho podría ser que la excesiva burocratización y masificación de las unidades de atención primaria supone un desprestigio generalizado de las mismas, con la consecuente preferencia por la atención hospitalaria que pudiera ofrecer un Servicio de Emergencia.

Aproximadamente, un 34% de las atenciones corresponden a los niños que proceden del Cercado de Tacna; el 57% acumulado provienen de los distritos cercanos: Alto de la Alianza y Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín, copando prácticamente el

91% de todas las atenciones. Esto se explica por la proximidad, facilidad del transporte y población creciente de dichos distritos. Sánchez y col afirma lo contrario, el manifiesta que la frecuentación, el porcentaje de visitas voluntarias y la inadecuación son inversamente proporcionales a la distancia al hospital.

Mientras más pequeña es una familia, más frecuente es su presencia en los servicios de emergencia; este comportamiento podría indicar que de alguna manera la falta de familiares en el entorno genera pánico y sobredimensionamiento de la Emergencia real, lo que condiciona que acudan ante cualquier eventualidad, nuevamente la percepción familiar en cuanto a gravedad condiciona la utilización del servicio de emergencia, lo afirman Lona Castellano (2010) y Núñez López (2009).

Otros factores personales que motivan a los usuarios pediátricos acudir al Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud de Tacna, presentan las siguientes características, la mayoría tiene un ingreso inferior a los 1000 nuevos soles, y según lo apunta Loria-Castellanos: Llama la atención que los pacientes con menores ingresos económicos hagan uso menos adecuado del servicio de urgencias, situación que refleja seguramente que los pacientes consideran a los servicios de emergencia como la red de seguridad que amortigua los peligros inherentes a la falta de recursos para obtener asistencia sanitaria.

La casi totalidad de las atenciones se presentan asistidos por el seguro regular (98%); y al ser en su gran mayoría pacientes trabajadores dependiente, son de ellos los que acuden sin ningún reparo ante cualquier eventualidad de salud, ya que a nuestra experiencia exigen la atención porque es su “derecho”.

## **2. Factores institucionales**

En cuanto al factor accesibilidad, está dada en el 100% el servicio de Emergencia según este factor, la mayoría de pacientes acude el lunes en un 16%, el miércoles, 17% y el viernes el 18%, que son los días de mayor frecuencia de atenciones, resultados que coinciden con el trabajo realizado por Loria-Castellanos a excepción, del día de menor demanda que fue el domingo, no es de extrañar que los lunes y viernes se asociaran con mayor frecuencia con el uso inadecuado del servicio y si reconocemos que son los días cuando, de acuerdo con los reportes y a la propia experiencia, las unidades de atención primaria están saturadas, lo que provoca que los médicos deriven a los pacientes o estos acudan por iniciativa propia al Servicio

de emergencia. Balanzó y Pujol afirman mayor frecuencia de uso inadecuado los lunes, aunque no se trata de asociación consistente según su reporte.

En el turno de la mañana es mayor la asistencia con un 48% seguido de la tarde (40%) por lo que podríamos estar de acuerdo con el estudio de Sánchez que manifiesta en general, que el porcentaje de uso inadecuado disminuye por la noche y aumenta en los turnos de mañana y tarde.

### 3. Uso de Consulta pediátrica

El Centro de Atención Primaria que le corresponde a más de la mitad de la población que acude al Servicio de Emergencia, es la del Metropolitano, resultado que prácticamente confirma que más de la mitad de las asistencias podrían atenderse en el mencionado Centro de Salud y considerando que la demora en llegar hasta la atención es en entre 16 a 30 minutos, pone nuevamente de manifiesto la relación existente entre la accesibilidad geográfica y el uso del servicio de Emergencia.

Los pacientes pediátricos en mayor porcentaje (90%) viven en la zona urbana y son los que se atienden inadecuadamente en el Servicio de Emergencia. Resultado coincidente con el de Arberola y Rivera, quienes encontraron en su estudio realizado en el 2004, que los padres de los niños de la Zona Urbana tienen preferencia por la atención en el Servicio de Emergencia.

En su mayoría, los sistemas afectados frecuentemente son el respiratorio con el 50% y digestivo con el 40%; valores muy similares reportados por Loria-Castellano y col (2010), en el que también fueron los sistemas respiratorio y digestivo, 46.28% y 38.1%, respectivamente los más frecuentemente afectados.

Los usuarios que acuden al servicio de emergencia realizan consultas que en su mayoría según nuestro estudio son Prioridades IV (55.19%) (Es decir situaciones que no ponen en riesgo la vida del paciente) y las verdaderas emergencias no llegan al 4%. Esta situación condiciona un mal uso del mencionado sistema.

Según lo expuesto en el rubro Discusión y Comentarios se consideran inadecuadas las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico del primer nivel de atención. Existe amplia variabilidad en la frecuencia de consultas no adecuadas a urgencias, aunque en la mayoría de los informes al respecto se informa 20 a 25%.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El uso de la atención pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón Es Salud de Tacna se caracteriza porque la población que acude mayormente al Servicio de Emergencia es la del Centro Médico Metropolitano; los sistemas orgánicos frecuentemente afectados son el respiratorio y el digestivo que corresponde a las prioridades de atención IV y III. Sólo el 4% son reales emergencias (Prioridad I y II).
- SEGUNDA** : Los factores personales que intervienen en el uso de la consulta pediátrica del Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón Es-Salud de Tacna, alcanzando proporciones y porcentajes mayores son: Grupo Etareo de 1 a 5 años de edad, el género femenino, la escolaridad de secundaria y educación superior de los padres, el Tamaño familiar es de 3 a 5 personas, ingreso económico familiar menor de mil soles mensuales, la zona de residencia urbana y de procedencia distrital Alto de la Alianza, Ciudad Nueva y Gregorio Albarracín.
- TERCERA** : Los factores institucionales que intervienen en el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carreón de Tacna son: el tipo de Seguro regular dependiente, la accesibilidad a la atención en el Servicio de Emergencia en el 100% y con disponibilidad secuencial de 3 días (lunes, miércoles y viernes) y los turnos de atención diaria mañana y tarde.

## RECOMENDACIONES

A nivel del Hospital III Daniel Alcides Carreen EsSalud de Tacna.

1. En el Servicio de Emergencia debe fortalecerse el sistema evaluativo de los usuarios con fines de lograr una adecuada atención de emergencia a los pacientes y/o desviación o transparencia a la consulta externa.
2. La jefatura del servicio de Emergencia organice, implemente, ejecute y evalúa ciclos educativos sobre Emergencia y Urgencia de pacientes con “afecciones agudas” dirigidos al personal médico y de enfermería.
3. Las oficinas de admisión de pacientes establezcan políticas de admisión de pacientes, orientadas a la dación de citas y al horario de atención médica a través de un estudio médico sobre oferta y demanda de la atención de Salud.

A nivel de los Centros Médicos de Atención Primaria.

1. El personal médico y de enfermería de los Centros Médicos de Atención Primaria realice campañas de orientación a los usuarios sobre el uso de los establecimientos de Salud, en especial de los servicios de Emergencia.
2. El personal médico y de enfermería de los centros Médicos de Atención Primaria realicen campañas preventivo – promocionales sobre prevención de infecciones respiratorias y digestivas dirigidas a los padres de familia y demás usuarios de los centros Médicos de Atención Primaria de Tacna.

## PROPUESTA

**DENOMINACIÓN** : ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA Y ATENCIÓN DE LAS PRIORIDADES IV

### 1. Presentación

El trabajo que realiza el personal de salud en todo servicio de Emergencia se caracteriza por brindar atención urgente eficaz y oportuna a pacientes que presentan síntomas compatibles con afecciones o cuadros clínicos agudos que colocan al paciente en riesgo de descompensación y muerte.

En el caso de los pacientes de Pediatría, las urgencias se atienden según lo enunciado en el párrafo anterior, pero sucede que una gran mayoría de ellas son de grado de complejidad sintomatológica simple que corresponden a la prioridad IV, que al no ser atendidos en los Centros de Atención Primaria – CAP por diversas causas o factores, o si reciben atención, no precisan de ningún tipo de estudios complementarios, ni tratamiento de urgencia son dados de alta, pero ya recibieron atención en el Servicio de Emergencia, sin necesitarla ocasionando problemas de saturación, elevados tiempos de espera y trabajo sobrecargado cada vez mayor produciendo altos gastos financieros en las instituciones de salud.

### 2. Objetivos

#### 2.1. Objetivo General

El objetivo de esta propuesta es la clasificación simple y efectiva de los pacientes a su llegada al área de emergencia en función de la gravedad/ tiempo, para poder establecer prioridades y evitar demoras en aquellos casos que sean emergencia reales y la apertura de un Consultorio de Atención Inmediata Pediátrico (CAI-PED) para pacientes con Prioridades IV de atención, aledaño al Servicio de Emergencia.

## 2.2. Objetivos Específicos

- a. Disminuir la congestión de las áreas de los Servicios de Emergencias.
- b. Diagnosticar a los niños que sufren una enfermedad aguda que pone en peligro su vida.
- c. Priorizar su asistencia
- d. Determinar el área de tratamiento más adecuada a su estado crítico.
- e. Mejorar la gestión proporcionando información.

## 3. Metodología a usar

### 3.1. Selector de Demanda

Cada paciente que llega al servicio de urgencia tiene una categoría de urgencia que no es conocida a priori.

- **Prioridad I** Sala de Reanimación o Shock Trauma. Pacientes que deben ser atendidos rápidamente por su estado crítico.
- **Prioridad II** a Sala de Observación. Pacientes que requieren atención de urgencia en menos de 15 minutos, requiriendo estudios complementarios para llegar a un diagnóstico seguro.
- **Prioridad III** a Tópico de Emergencia. Pacientes que requieren asistencia de urgencia en menos de 30 minutos, con escasa necesidad de exploraciones complementarias.
- **Prioridad IV** a Consulta Externa o Consulta de Atención inmediata (CAI-Pediátrico). Pacientes con procesos no urgentes, cuya atención médica puede tener una espera de hasta 120 minutos y mayormente no necesitan de estudio o pruebas complementaria para llegar al Diagnóstico definitivo.

### 3.2. Ingreso y Atención

- **Ingreso de pacientes críticos:** Aquellos pacientes catalogados como Graves (PI) que vienen vía ambulancia, ingresan directamente a la atención médica suspendiendo el ritmo habitual de la urgencia.
- **Sala de espera:** Todo paciente no grave es atendido en admisión donde se le asigna un número de orden de atención. El paciente deberá esperar a ser llamado para la atención de triaje y ser derivado según prioridad (PII y PIII). Las PIV serán derivadas a su CAP o CAI-Pediatría.
- **Ingreso a tópico de Pediatría de Emergencia** Tras ser llamado, debe ingresar al consultorio para ser atendido.
- **Evaluación Médica:** El Pediatra de turno realizara la evaluación, para así determinar un posible diagnostico pudiendo pasar directamente a Observación de acuerdo al criterio de médico, aun sin tener exámenes de apoyo.
- **CAI Pediatría:** el médico general de turno evaluara dará tratamiento inicial y si el caso lo amerita indicara acudir a su control al 3er día en su CAP. En caso notar algún factor de riesgo podrá ser derivado al Tópico de Pediatría de Emergencia.

### 3.3. Post-Evaluación

- 3.3.1. Toma de muestras:** si la evaluación requiere que se le realicen exámenes médicos para determinar el diagnóstico y su futuro tratamiento.
- 3.3.2. Laboratorio:** Las muestras médicas de los exámenes deben ser evaluadas, lo cual toma aproximadamente 2 horas.
- 3.3.3. Rayos X:** acorde a la patología se solicitara placas radiográficas o Tomografías.

**3.3.4. Recepción de exámenes:** La enfermera a cargo recibe los resultados y se lo comunica al médico.

**3.3.5. Resultados y diagnóstico:** Con los resultados de los exámenes auxiliares, el médico determina el diagnóstico y su tratamiento el cual puede ser: Alta médica, sala de observación u hospitalización.

- Alta médica: Posterior al diagnóstico médico se prescribe el tratamiento correspondiente.
- Sala de observación: En el caso de requerir que el paciente espere de una forma supervisada, para ver la evolución de su problema de salud.
- Hospitalización: Si el diagnóstico sugiere que sea internado, para realizar el servicio especializado en el hospital.

#### **3.4. Áreas funcionales:**

**3.4.1. Área de recepción,** donde el personal de vigilancia apoya la llegada de los pacientes, con una zona administrativa (“Admisión”) para verificar la acreditación ya sea inmediata o posterior sala de espera de familiares.

**3.4.2. Área de clasificación o Triage,** donde el personal médico identificará el motivo de consulta y establecerá el nivel de prioridad para asignarle el circuito y la consulta correspondiente. En la proximidad de la zona de Triage debe estar ubicada una sala de emergencias y reanimación cardiopulmonar para la atención inmediata a los pacientes más graves.

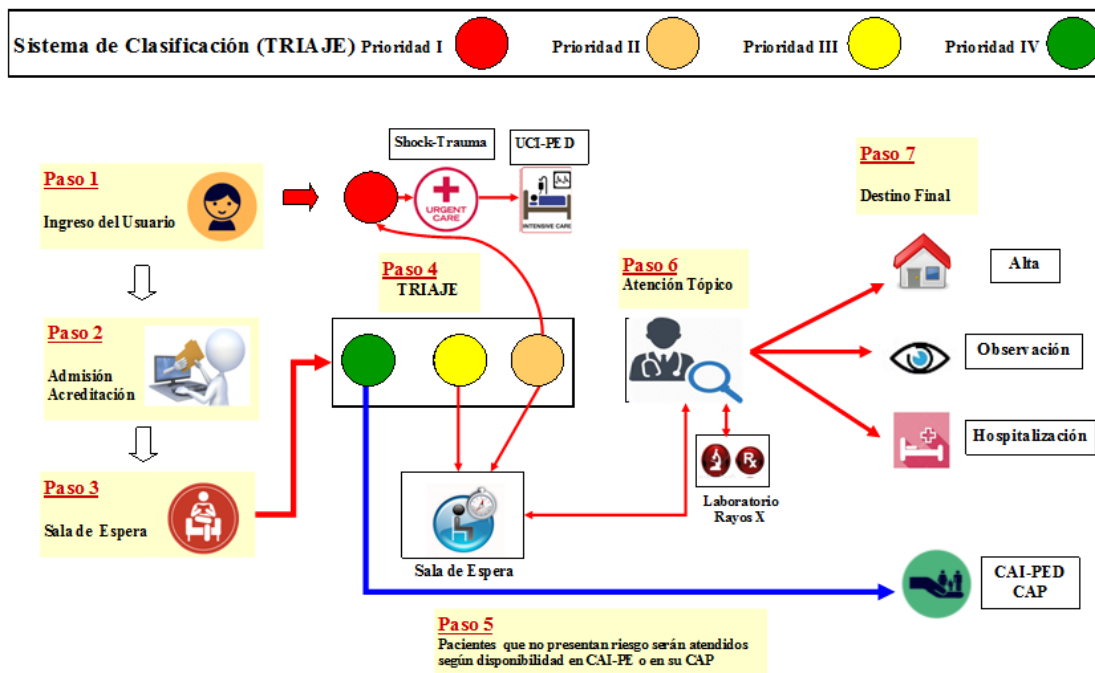
**3.4.3. Área de Tópico de Pediatría** consultorio Físico para la atención de pacientes prioridad II y III.

**3.4.4. Área de Consulta de Atención Inmediata (CAI),** para prioridades IV dotadas con el personal necesario (Médicos Generales en dos turnos de 6 horas cada uno, técnica de enfermería de apoyo) y con una zona anexa al servicio de Emergencia con una de sala de espera para los pacientes que están siendo atendidos de forma ambulatoria. (Los cuales atenderán

durante el turno de mañana y tarde), área que se orientara y dará el tratamiento respectivo

**3.4.5. Área de observación**, para las prioridades II dotada de una sala de camas y cunas para aquellos pacientes que requieran monitorización y reposo mientras se estabiliza su proceso agudo y se decide el alta o ingreso hospitalario.

#### 4. Pasos a seguir



Fuente: elaboración propia

#### 5. Aplicabilidad

- Que el mismo sistema de clasificación, esté implantado tanto en el hospital como en los Centros de Atención Primaria de toda la Red Asistencial Tacna.
- La implantación de cursos de capacitación continuada en clasificación de las emergencias y su manejo inicial en el paciente pediátrico, para médicos (sean generales o especialistas) que trabajan en los CAPs y Servicio de Emergencia.
- Que tenga el consenso de los profesionales y se hagan revisiones periódicas de los avances. (Cada dos o tres años)

d) La existencia de un control de calidad.

## 6. Evaluación

Para garantizar la mejora en la eficiencia que aporta los sistemas de clasificación, es necesario evaluar y relacionar los niveles establecidos con otros indicadores de calidad y con otras variables de actividad asistencial como son:

6.1. Frecuentación relativa con la que asisten los usuarios (si son nuevos o continuadores, además del número de veces que acuden en el año, información que puede ser obtenida del Sistema de Gestión Hospitalaria SGH con el que contamos).

6.2. Tiempos de respuesta:

- Tiempo de clasificación “Triage”: La diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.
- Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa (demoras en la asistencia). Estándar: La espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente.

Prioridad I atención inmediata

Prioridad 2 < 15 minutos

Prioridad 3 < 30 minutos

Prioridad 4 < 120 minutos

6.3. Diagnóstico al alta de los pacientes.

6.4. Índices de ingresos (Totales <5%, desde emergencia <4,5% y desde observación <25%)

6.5. Consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos.

6.6. Cargas de trabajo.

6.7. Evaluación permanente del personal médico y de apoyo asistencial para evitar el agotamiento, estrés y despersonalización (síndrome de Burnout)

6.8. Por último es importante evaluar el grado de satisfacción de los usuarios mediante la cumplimentación de una encuesta, es la calidad percibida por el usuario.

7. Presupuesto

**PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACION Y CONTRATACION DE PERSONAL PARA CONSULTORIO DE ATENCION INMEDIATA DE PEDIATRIA (CAI-PED) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HIII "DAC" TACNA**

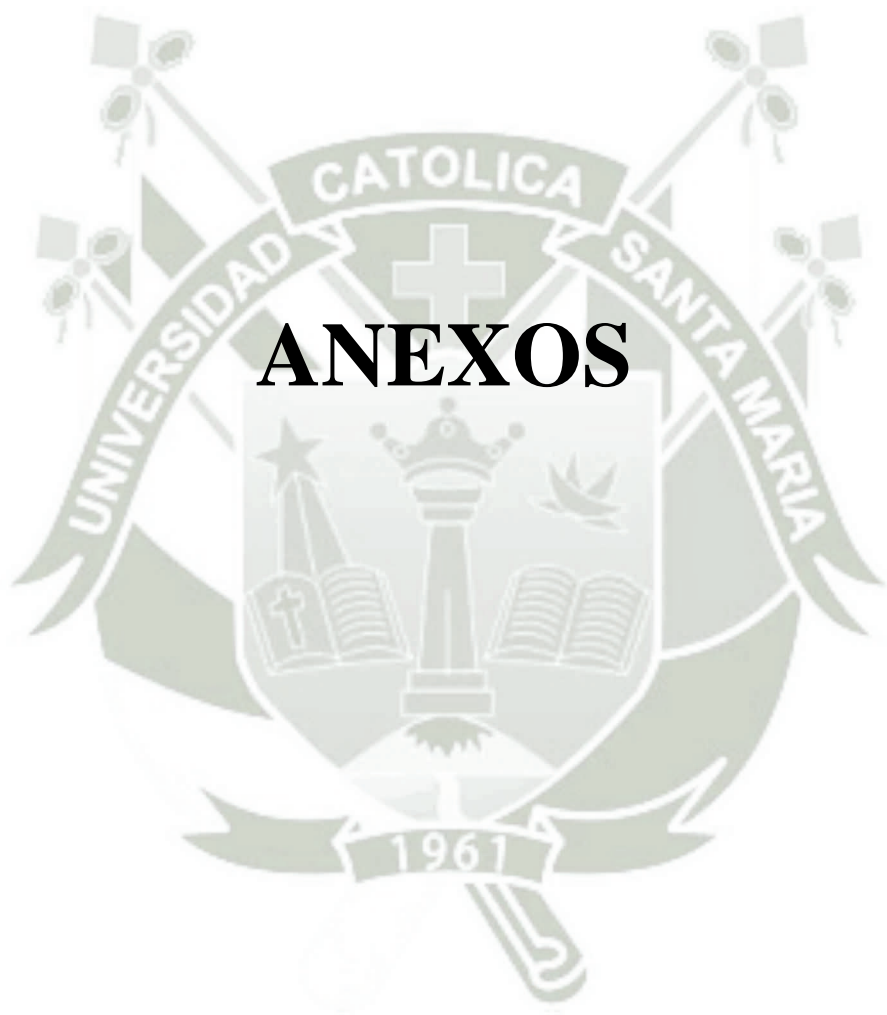
Concepto	Unidad	Cantidad	Precio unitario	Total soles
<b>Mobiliario</b>				
escritorio	pieza	1	400	400
silla	pieza	3	150	450
camilla	pieza	1	350	350
mesa auxiliar	pieza	1	200	200
balanza con tallimetro	pieza	1	750	750
ordenador personal	equipo	1	1200	1200
			<b>subtotal</b>	<b>3350</b>
<b>Personal</b>				
Medico	profesional	2	5,732.00	11464
técnico de enfermería	técnico	2	S/. 1,813.00	3626
			<b>subtotal</b>	<b>15090</b>
<b>TOTAL</b>				<b>18440</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Most visits to ER unnecessary, surveys says. Health Care Strategic Man 2002; 20:6-7.
2. Arango Ponilla Margarita y Colaboradores. (2009). identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ese. en Manizales. año 2008. Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(1): 25-34.
3. Balanzo X, Pujol R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. Med. Clin (Barc) 1989; 92: 86-90.
4. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000; 35:63-8.
5. Grumbach K, Keane D, Brindman A. Priamry care and public emergency department overcrowding. Am J Public Health. 1993; 83:372-8.
6. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Góransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indictive of high use of other health care services. Ann Emerg Med 2001; 37:561-7.
7. J. Sánchez López, A. Bueno Cavanillas (2005) España "Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias hospitalario". Emergencias 2005; 17: 138-144.
8. Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. Acad Emerg Med 1999; 6:1147-52. 39.
9. Loria-Castellano, Jorge y colaboradores (2010) México. "Frecuencia y factores asociados con el uso de la consulta de urgencias de un hospital". Cir 2010; 78: 508-514.
10. Loscertales Abril y Colaboradores (2003) España Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil HHUVR Sevilla.

11. Lloret J, Aregall S. Reflexions sobre el passat, present i futur deis servéis hospitalaris d'urgéncies. Ann Med. 2002; 85:122- 5.
12. McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. Acad Emerg Med 2003; 10: 1362-70.
13. Milla Santos J. Urgencias Médicas, algo más que una serie televisiva. Med Clin (Barc) 2001; 117:295-6.
14. Ministerio de Salud (2004) Perú." Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud.
15. Muñoz García, José Luis, y colaboradores (2008) Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. Aten Primaria. 2008; 40(6): 297-301.
16. Núñez López, Raúl y colaboradores (2009). Porque acuden los pacientes a urgencia hospitalaria. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina8.html>
17. Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. Med Clin (Barc) 2000; 115: 377-8.
18. Ortega Martín, G; Querol Gutiérrez, J.; Pérez Galán, R.J.; Fernández Delgado, M.T.; Villodres Morales, M.A.; López Ga. Vinuesa, P.; Ruiz Alario, M.; y Domínguez Fernández. Julián Manuel (2005) Utilización Inadecuada de las Urgencias Hospitalarias.
19. Patel S, Dubinsky I. Outcomes of referrals to the ED by family physicians. Am J Emerg Med 2002; 20:144-50.
20. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud. 1999;33:3-12

21. Pereira S, Oliveira A, Quintas M, Almeida J, Manijo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 580-6.
22. S, Afílalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tslios C, Dankoff J, Guttman A. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41:173-85.
23. Santos-Eggimann B. Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *Br Med J* 2002;324:1186-7
24. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 568-79.
25. Sun BC, Burstin HR Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 320-8.
26. Tudela P, Modol JM. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:711-6.
27. Vázquez Carranza, Israel (2011). México. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Archivos de investigación Materno Infantil*. Volumen III número 1.enero-abril 2011.pag 19-23. [http://www. medigraphic. com/maternoinfantil](http://www.medigraphic.com/maternoinfantil).
28. Viorklumds, Carolina Miranda y colaboradores (2007). Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Rio: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? *Rev. Ped. Elec. [en línea]* 2007, Vol. 4, N° 2. ISSN 0718-0918.
29. Walls CA Rodees KV, Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 national health interview survey. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 1140-5.





# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ESCUELA DE POST-GRADO

### MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**FACTORES ASOCIADOS AL USO DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR MÉDICOS DEL HOSPITAL  
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD. TACNA, 2014**

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:

**VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ BRAVO**

Para optar el Grado Académico de:  
Magíster de Gerencia en Salud

**AREQUIPA – PERU  
2014**

## I. PREÁMBULO

Desde varios años atrás se viene produciendo en los Servicios de Emergencia de las distintas instituciones de salud en aumento considerable de la demanda de atención de pacientes de todas las especialidades, dentro de ellas, la de Pediatría. Demanda no solo de pacientes en estado crítico en estado grave que requiere de urgencia médica, sino de pacientes que demandan atención no urgente, (54%) debido a varios factores y/o causales tanto institucionales como personales: inadecuado sistema de citas, largas esperas, trámite administrativo burocrático, atención más rápida, entre otras.

Estadísticamente se cuenta con la información siguiente: en el año 2013 la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión –EsSalud de Tacna registra el 81% de pacientes, porcentaje que supera el porcentaje del 2012; (72%) analizando los diagnósticos, un buen porcentaje corresponden a la atención por Consulta Externa.

Esta situación origina problemas a la institución de índole administrativo y técnico que atenta contra la economía del Hospital, el trabajo del personal, en especial, del personal médico y de enfermería, quienes dedican tiempo de trabajo a pacientes en estado no crítico.

Situación que requiere ser analizada y estudiada, es momento propicio para hacerlo a través de una investigación de campo y de nivel aplicativo.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del Problema

Factores asociados al uso de la Consulta Pediátrica en el Servicio de Emergencia por médicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud. Tacna, 2014

#### 1.2. Descripción del Problema

##### 1.2.1. Ubicación del problema

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Gerencia en Salud
- c. Línea: Servicios de Salud

##### 1.2.2. Análisis de Variables

El presente trabajo tiene dos variables.

Independiente: Factores asociados

Dependiente: Uso de la consulta Pediátrica

Variables	Indicadores	Subindicadores
<b>Independiente</b> Factores asociados al uso de la Consulta Pediátrica  (Constituidos por los factores personales e institucionales)	1. Personales  2. Institucionales	1.1. Edad 1.2. Genero 1.3. Nivel educativo de los padres 1.4. Tamaño Familiar 1.5. Nivel de ingreso económico familiar 1.6. Zona de residencia 1.7. Distrito de procedencia  2.1. Tipo de seguro de salud 2.2. Accesibilidad de atención de salud
<b>Dependiente</b> Uso de la consulta Pediátrica  (Atención de uso irregular por atención de pie de grado de dependencia I y II)	1. Centro Médico de procedencia  2. Sistema afectado  3. Prioridad de atención	1.1. Luis Palza Lévano 1.2. CAP Metropolitano 1.3. Oscar Fernando Dávila 1.4. Otros  2.1. Digestivo 2.2. Cardiovascular 2.3. Respiratorio 2.4. Neurológico 2.5. Dermatológico  3.1. I 3.2. II 3.3. III 3.4. IV

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- a. ¿Qué características presenta el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. Tacna?
- b. ¿Qué factores personales intervienen en el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. Tacna?
- c. ¿Qué factores institucionales intervienen en el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. Tacna?

### 1.2.4. Tipo y nivel del problema

Tipo: De campo

Nivel: Descriptivo, explicativo

### 1.3. Justificación

El presente estudio de investigación es relevante socialmente en razón a que se está dando un aumento considerable de atenciones por consulta pediátrica en los Servicios de Emergencia, resulta inadecuada a nivel nacional y regional, sin que se determine los factores asociados a este tipo de demanda. En lo que se refiere específicamente al Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna se sabe que existe el problema pero no se cuenta con la información al respecto.

El estudio también es relevante socialmente, porque nos permite verificar las consultas que requieren de tratamiento urgente de las que no lo requieren, generando perjuicio económico a la institución de espacio y de los recursos humanos y de material y equipo.

Es un tema de actualidad que todavía está pasando desapercibido por las autoridades competentes; no es original en nuestro medio, por cuanto existen trabajos al respecto; es factible de realizarlo y es innovador porque nos va a

permitir establecer intervenciones vinculadas a objetivos de gestión, disponer de información relevante para la planificación sanitaria y determinar los distintos elementos involucrados, para así brindar una mejor atención a la población que realmente requiera de una atención de emergencia.

En lo personal, motiva al autor la realización del presente estudio el obtener el grado de Magister de Gerencia en Salud.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. ATENCIÓN DE SALUD EN EL CONSULTORIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA**

En el Consultorio de Emergencia Pediátrica se atienden a pacientes con lesiones agudas o cuadros clínicos de grado de complejidad grave y que corresponden a la Prioridad I. Atención denominada “urgencia pediátrica, caracterizada por lo siguiente:

1. Requiere una atención médica inmediata.
2. Paciente con alto grado de complejidad para su solución y presentan compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes.
3. Paciente que son diagnosticadas rápido y oportunamente.
4. Tratamiento rápido y eficaz.
5. Eficacia, celeridad, calidad y eficiencia.<sup>1</sup>

Un gran número de las urgencias pediátricas que se atienden en los Servicios de Emergencia, suelen ser procesos de baja complejidad, sobretodo cuadros autolimitados, que acuden sin consulta previa a su pediatra, no más aún no requieren de ningún tipo de estudios de laboratorio, ni tratamiento urgente y más del 96% son dados de alta en primera instancia.

---

<sup>1</sup> Loscertales Abril y Colaboradores (2003) España. Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil HHUVR Sevilla.

Este aumento de pacientes obedece a una serie de causas, dentro de ellas tenemos: ampliación de cobertura de atención, por parte del hospital, la carencia de citas por estar agotadas y sobre todo la fácil accesibilidad a las instituciones de salud en las grandes ciudades, junto con un profundo cambio de los hábitos sociales. Es de suma importancia destacar el hecho de que una causa importante que no podemos dejar de lado el/la personas con una mayor información, exigen respuesta rápida y eficaz a los problemas.

Finalmente es importante resaltar que muchas personas prefieren a los servicios de Emergencia, en especial de Pediatría, cuando no requieren dicha atención en la consulta Externa, en algunos casos, cuando no requieren ni siquiera asistencia médica. Puede ocasionar, sino hay una adecuada organización en los mismos, situaciones abrumadoras y frustrantes para el personal de los servicios de urgencia. Y de otra, el uso a veces generalizado de las consultas de urgencias para ingresos desde consultas externas por demoras en pruebas complementarias, listas de espera, actividades programadas, derivaciones de otros hospitales etc.

En atención a lo expuesto anteriormente, se tiene que una parte considerable de consultas en los servicios de Urgencias son inadecuados, ya que la atención médica correspondiente que se presta en las salas de urgencia impide que los pacientes reciban la atención primaria continua y adecuada para tratar sus problemas no urgentes.

### **2.1.1. Clasificación de Pacientes en la Emergencia Pediátrica**

Para diagnosticar la gravedad del paciente se usan indicadores varios como los síntomas principales y los secundarios, los factores de riesgo, la fisiopatología, la intensidad de tratamientos y/o cuidados que precisen y sistemas mixtos. Lo importante en este aspecto, para la valoración y la selección intensa del paciente, priorizando la atención y ubicación en el lugar más idóneo a cada niño para su tratamiento.

Una vez que el paciente esté clasificado y se establezca el circuito de atención, el niño debe ser valorado por el pediatra mediante otras escalas de clasificación que nos van a permitir la utilización adecuada de las medidas diagnósticas, de cuidados y terapéuticas, así como la indicación de ingreso en planta, en observación, o su derivación a consultas externas, a su pediatra de AP, o a su domicilio.

Se conocen las escalas de Wood, Domner, Glaswong, y la de Yios y Yale, y actualmente se ponen en práctica, esto para tomar las decisiones más correctas e la atención intensiva.

Con el logro de los objetivos, intentaremos determinar algunos factores de éxito, como:

- El mismo sistema de clasificación, funciona tanto en el hospital como en la atención primaria.
- El sistema disponga de una escala con cuatro categorías.
- La implantación de un sistema de formación continuada en clasificación de urgencias y emergencias.
- Contar con el consenso de los profesionales.
- Contar con una así como estructura física y tecnológica y dotación de personal
- La existencia de un control de calidad.

### 2.1.2 Clasificación y priorización

#### A. Clasificación:

- Nivel I (Emergencia o Urgencia con riesgo vital inminente (línea roja), pacientes con:
  - Paro cardíaco respiratorio.
  - Inconsciencia
  - Politraumatizados y TCE graves.
  - Convulsiones.
  - Necesidad de soporte vital o tratamiento activo.
  - Shock hipovolémico.
- Nivel II (Urgencia no demorable) Atención médica en menos de 15 minutos): Incluirá los procesos que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico o hemodinámica
- Nivel III (Urgencia demorable) Atención médica en menos de 30 minutos):

Son pacientes con procesos agudos estables. Serán vistos en consultas por orden de llegada, cuando no haya nadie esperando en las categorías anteriores.

- Nivel IV (Urgencia no objetivable): Atención médica en menos de 2 horas):

## **B. Priorización**

Prioridad 1 ..... asistencia inmediata

Prioridad 2 ..... < 15 minutos

Prioridad 3 ..... < 30 minutos

Prioridad 4 ..... < 120 minutos

## **2.2. FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA**

El análisis de los factores motivantes proporciona a la Salud Pública las herramientas necesarias para conocer las características de las poblaciones o subpoblaciones sobre las que ha de intervenir tanto en la planificación de programas de salud como en el establecimiento de políticas de salud y estudio de los factores de riesgo o determinantes para identificar comportamientos.

### **2.2.1. Personales**

- **Edad**

En el caso de pacientes pediátricos existe una relación directamente proporcional con la edad; los niños en los primeros años sufren o presentan enfermedades que requieren atención de salud más directa y rápida.

Antes, la mayor incidencia se ubicaba entre los primeros meses de edad, pero ahora esta mayor incidencia se da no solo en el primer año de edad sino hasta los 5 a 6, 7 años de edad.

En el periodo correspondiente a los años 2000 – 2010, la edad promedio de los niños con patologías según género fue de uno a dos años para varones y de uno a cuatro años de edad para las mujeres.

- **Genero**

En los diferenciales de morbilidad infantil por género se observa un ligero predominio del género masculino.

En los últimos años, en los hospitales del MINSA, en Arequipa se ha determinado que el 50.6% de todos los pacientes pediátricos son varones y el 42.7% son mujeres.

- **Grado de Instrucción de los Padres**

El grado de instrucción de una persona es el nivel más elevado de estudios realizados o en curso de realización, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionalmente o definitivamente incompletos.

En resumen, el grado de instrucción alcanzado en las personas influye en los comportamientos familiares, sociales y en la toma de decisiones.

- **Lugar de residencia**

Es un término que procede del latín *resideus* y que hace mención a la acción y efecto de residir (estar establecido en un lugar, asistir periódicamente por razones de empleo). Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside y que presenta sus propias características.

- **Distrito de Procedencia**

Por otra parte, la procedencia de los distritos a los que pertenecen, los distintos establecimientos de atención primaria indica una de las causas de abandono a ellos y preferencia de los servicios de emergencia.

### 2.2.2. Institucionales

- **Tipo de Seguro de Salud**

Los pacientes en general y en este caso, los niños que enferman gozan de signos de salud, muchos de ellos, adquiridos a través del seguro de los padres que lo adquieren en su Centro de Trabajo o en Compañías particulares. El seguro principal es el Seguro integral de Salud (SIS) dado por el Gobierno peruano y que está al alcance de las familias más desposeídas y que cubre diagnóstico y tratamiento intra y extra hospitalaria.

### - Accesibilidad de Atención de Salud

Los servicios de salud tanto hospitalarios como ambulatorios son accesibles a los pacientes, accesibilidad avalada por los adecuados estudios periódicos de oferta y demanda, así como de la normatización administrativa correspondiente, considerando principalmente el grado de complejidad de la salud de cada paciente. Al respecto, la Gestión de la atención de salud juega un importante papel.

## 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 3.1. Internacionales

- LORIA-CASTELLANOS, Jorge y colaboradores (2010). México. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital Flores-Maciel, Leonard. Introducción: Entre las situaciones que influyen en la saturación de los servicios de urgencias se ha mencionado el uso inadecuado de los mismos por los pacientes. Objetivo: identificar los factores asociados con la saturación de los servicios de urgencias.

Material y método: Estudio observacional aleatorizado en el que se incluyó a los pacientes que solicitaron consulta de urgencias durante octubre de 2008. Se aplicó un instrumento diseñado ex profeso que indagó la inadecuación de solicitud de atención, así como cinco indicadores de la misma. Se empleó Estadística descriptiva y razón de momios. Resultados: Se realizaron 718 entrevistas, 74.14% en pacientes adultos y 25.45% en niños; 61.11% correspondió al sexo masculino y la edad media fue de  $65.15 \pm 19.32$  años; 65.17% de las consultas fueron consideradas no adecuadas (61.67% de adultos y 75.20% de niños). Existió asociación significativa con solicitar consulta los viernes (RM = 4.21) y lunes (RM = 3.45), con la percepción de recibir una atención más rápida (RM = 3.24), con la negación de atención en su unidad (RM = 3.14), con escolaridad menor a la primaria (RM = 3.21), con acudir en el turno vespertino (RM = 2.56), con pertenecer a la Unidad de Medicina Familiar 35 (RM = 2.19), así como con percibir un salario mínimo de ingreso (RM = 2.27).

Conclusiones: El uso inadecuado del servicio de urgencias está por arriba de lo informado internacionalmente. Los factores asociados podrían resolverse al mejorar los procesos de las unidades de primer nivel. (2)

- MUÑOZ GARCÍA, José Luis y colaboradores. (2008). España. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital. Llegó a las siguientes conclusiones: existe un predominio de niños pequeños, especialmente varones, en nuestro estudio. La mayor afluencia en turno de tarde está relacionada con la disponibilidad de tiempo por parte de los padres y de los propios niños. Las principales causas de atención pediátrica urgente son las enfermedades infecciosas y los traumatismos, siendo el domicilio el destino al alta más habitual. El hecho de que una gran mayoría de altas sean gestionadas por el médico de urgencias unido a que la atención urgente pediátrica se está incrementando en los últimos años hace necesaria la constante actualización por parte de los facultativos en este sentido. (58)
- LAPEÑA LOPEA DE ARMENTIA, S y colaboradores. (1996). España. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. Resumen. Fundamento. Hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo en una muestra representativa de la población infantil que acudió a nuestro servicio de urgencias pediátricas hospitalarias (SUP) durante el año 1992, para conocer el grado de demanda inadecuada y los factores implicados en la misma.

Pacientes y métodos. De un total de 6.543 urgencias pediátricas (excepto traumatismos) atendidas, se han seleccionado 1.298. Se analiza el perfil epidemiológico de cada paciente, motivo de consulta, diagnóstico al alta, tipo de urgencia y los factores implicados en la consulta inadecuada. Resultados. Los grupos diagnósticos atendidos más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias (37%), seguido de signos y síntomas mal definidos (22%) y patología infecciosa (13%). El 69% se consideró urgencia inadecuada, encontrándose relación estadísticamente significativa entre ésta y: edad inferior a 7 años (76%), acudir por iniciativa propia (76%), inicio de los síntomas entre 1-4 días (77%) y hora de acceso entre

22 y 7 horas (75%). Conclusiones. Existe un elevado porcentaje de consultas inadecuadas. Destacamos la importancia de la edad, quién toma la iniciativa de acudir, tiempo de evolución de los síntomas y hora del día, como variables predictivas de mala utilización de los servicios de urgencia pediátricos hospitalarios. (59)

- VIORKLUMMDS, Carolina Miranda y colaboradores. (2008). Chile. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención. La demanda asistencial de los servicios de urgencia ha ido aumentando en los últimos años. En Chile existen más de 3 millones de consultas de urgencia en las postas de los grandes hospitales urbanos, casi 2 millones son otorgadas a menores de 15 años y más de un millón a los adultos. Algunas de las causas de este incremento podrían ser el desajuste en la relación entre niveles asistenciales, factores sociodemográficos asociados a un fácil acceso y el bajo nivel económico-educacional, entre otras. Los Servicios de Urgencia de los Hospitales son centros de atención de alta complejidad médica que no presentan restricciones de entrada a los usuarios, por lo que se ha planteado que muchas de estas consultas no corresponderían a problemas con riesgo significativo y por lo tanto, tampoco requerirían la atención inmediata otorgada en los servicios de urgencia. Por esto, resulta interesante indagar en los motivos por los cuales los pacientes prefieren consultar en el Servicio de Urgencia Hospitalario evitando el primer nivel de complejidad que corresponde al Consultorio o SAPU correspondiente. Objetivo: Establecer las razones por las cuales los pacientes (o sus tutores) prefieren consultar en la Unidad de Emergencia Pediátrico, en vez de acudir a servicios de atención primaria de urgencia o SAPU. Material y Método: Estudio descriptivo a través de cuestionario de elaboración propia a una población de 200 padres o tutores adultos de pacientes pediátricos que asistían a la Unidad de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río entre Enero y Mayo del 2007. Variables estudiadas: edad y sexo del paciente, consultorio de procedencia, existencia de SAPU en dicho establecimiento y horario de atención, patologías crónicas en control, motivo de consulta actual y motivo de asistencia al Servicio de Urgencia en

vez del consultorio. Resultados: Se excluyeron 19 pacientes derivados desde su consultorio, N final de 181. Promedio de edad: 5,58 años. Sexo 47,5% masculino y 52,5% femenino. Principales consultorios de origen: Recoleta (12%), Cruz Meló (10.5%) y Lucas Sierra (10%). Previsión: FONASA A 44%. Principales motivos de consulta: síntomas respiratorios (33.7%) y gastrointestinales (32%). Razones de preferencia de la Unidad de Urgencia por sobre el consultorio o SAPU: 33% falta de horas en el Consultorio, 22,5 mayor confianza en la calidad de atención de la Unidad de Emergencia y 20, 5% mayor poder de resolución en la atención del Hospital. Conclusiones: Los principales motivos de consulta a la Unidad de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río son la falta de horas en sus consultorios, desconfianza en los diagnósticos y tratamientos efectuados en SAPU/consultorios, sensación de poco poder resolutivo de los problemas en ellos, y desconocimiento del funcionamiento del sistema asistencial. Por esto es necesario una adecuada coordinación entre los consultorios y SAPU con el Hospital. Además los pacientes tienen el deber de informarse acerca de los centros a los que consultan. (60)

- A RANGO PINILLA, Margarita María. (2008). Colombia. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud Ese. En Manizales. Resumen Es evidente la congestión cotidiana que se genera en los servicios de urgencias, de allí el interés por indagar sobre la demanda adecuada de este servicio de urgencias en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE (Manizales, Caldas, Colombia). Materiales y Métodos: Se tuvieron en cuenta diversas variables socio demográficas, y criterios de utilización correcta del servicio de urgencias, basados en protocolos de distintos estudios realizados en otros países y adaptados al medio colombiano. La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias del Centro Piloto de Assbasalud E.S.E, a través de encuestas realizadas directamente a los pacientes, y de historias clínicas. Resultados: Son inadecuadas el 23.6% de las consultas a urgencias, el 16.6% de las estancias hospitalarias, ambas suficientes para saturar este servicio. Prevalece la consulta por patología aguda, 83.2%, en especial aquellas que afectan al sistema respiratorio,

24.1%. La población de pacientes en los extremos de la vida consultan más frecuentemente a los servicios de urgencia, asociado a patologías respiratorias y gastrointestinales, se encuentra un 32.2% de varones y un 67.8% de mujeres, en su mayoría pertenecientes al estrato más bajo del SISBEN, el 1, con un 72.2%. Predomina el sexo femenino, 58.8%, y los gastrointestinales (32%). Razones de preferencia de la Unidad de Urgencia por sobre el consultorio o SAPU: 33% falta de horas en el Consultorio, 22,5 mayor confianza en la calidad de atención de la Unidad de Emergencia y 20, 5% mayor poder de resolución en la atención del Hospital. Conclusiones: Los principales motivos de consulta a la Unidad de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río son la falta de horas en sus consultorios, desconfianza en los diagnósticos y tratamientos efectuados en SAPU/consultorios, sensación de poco poder resolutivo de los problemas en ellos, y desconocimiento del funcionamiento del sistema asistencial. Por esto es necesario una adecuada coordinación entre los consultorios y SAPU con el Hospital. Además los pacientes tienen el deber de informarse acerca de los centros a los que consultan. (60)ESTA DUPLICADO Y SE HA TRASCRIPTO UNA PARTE DE LA CONCLUSION DE LA REFERENCIA ANTERIOR

- ARANGO PINILLA, Margarita María. (2008).Colombia. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud Ese. En Manizales. Resumen Es evidente la congestión cotidiana que se genera en los servicios de urgencias, de allí el interés por indagar sobre la demanda adecuada de este servicio de urgencias en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE (Manizales, Caldas, Colombia). Materiales y Métodos: Se tuvieron en cuenta diversas variables socio demográficas, y criterios de utilización correcta del servicio de urgencias, basados en protocolos de distintos estudios realizados en otros países y adaptados al medio colombiano. La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias del Centro Piloto de Assbasalud E.S.E, a través de encuestas realizadas directamente a los

pacientes, y de historias clínicas. Resultados: Son inadecuadas el 23.6% de las consultas a urgencias, el 16.6% de las estancias hospitalarias, ambas suficientes para saturar este servicio. Prevalece la consulta por patología aguda, 83.2%, en especial aquellas que afectan al sistema respiratorio, 24.1%. La población de pacientes en los extremos de la vida consultan más frecuentemente a los servicios de urgencia, asociado a patologías respiratorias y gastrointestinales, se encuentra un 32.2% de varones y un 67.8% de mujeres, en su mayoría pertenecientes al estrato más bajo del SISBEN, el 1, con un 72.2%. Predomina el sexo femenino, 58.8%, y los rangos educativos más bajos, 58%; el 43.7%, 65.6% no tienen vinculación laboral. (61).

- VÁZQUEZ CARRANZA, Israel. (2011). México. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Resumen Es importante que el paciente o su familiar que acuden a la consulta externa de urgencias del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México (HPN del IMIEM) reconozcan lo que es una urgencia real y una sentida Objetivo: determinar la frecuencia de urgencias reales y sentidas de las consultas otorgadas en la consulta externa de Urgencias del HPN del IMIEM, durante el año 2008. Material y métodos: estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Se recolectó información de 500 pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Urgencias del HPN del IMIEM. Se obtuvo la información de la nota de valoración y consulta del médico y se aplicó una encuesta a los padres del paciente. Para el análisis de la información obtenida, se utilizaron técnicas de estadística descriptiva. Resultados: se clasificaron mediante códigos basados en el diagnóstico hecho por el médico, fueron 262 verdes (52.4%), 188 amarillos (37.6) y 50 rojos (10%). Conclusiones: el distinguir que el 52.4% fueran códigos verdes nos da un panorama de cómo funcionan los Servicios de Urgencias y el tipo de consulta que se maneja de acuerdo con la gravedad de la misma. Se sugiere: 1. Mejorar tiempos de espera desde que el paciente llega hasta que es atendido de acuerdo con el código que le corresponda, 2. Detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función (códigos rojos), 3. Evitar saturación en la demanda de

consulta en el área de urgencias, 4. Una rápida canalización a especialidades como traumatología y cirugía, 5. Influir en la percepción de la gente sobre los Servicios de Urgencias. (63)

#### 4. OBJETIVOS

- a. Identificar las características que presenta el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud, Tacna.
- b. Precisar los factores personales que intervienen en el uso de la consulta Pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud, Tacna.
- c. Precisar los factores institucionales que intervienen en el uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud, Tacna.

#### 5. HIPÓTESIS

Dado que en los servicios de Emergencia se atienden frecuentemente a pacientes que requieren de Consulta de Urgencia y a pacientes que sólo requieren de consulta de atención primaria, por diversos factores.

Es probable que en el Servicio de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna se atienda a pacientes de Pediatría que requieren consulta de Atención Primaria, por factores institucionales.

Dada la idiosincrasia de la población y las características instruccionales de los padres, es probable que se esté dando un uso no pertinente a la consulta pediátrica de Emergencias y esto se deba a factores institucionales

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

##### 1.1. Técnica

La técnica que se utilizará para obtenerla información es el Cuestionario.

##### 1.2. Instrumento

Es el formulario de preguntas.

##### 1.3. Cuadro de coherencias

Variables	Indicadores	Subindicadores	Técnica e Instrumento	Items
<b>Independiente</b> Factores asociados al uso de la Consulta Pediátrica	1. Personales	1.1. Edad 1.2. Sexo 1.3. Nivel educativo de los padres 1.4. Número de hijos 1.5. Nivel de ingreso económico familiar 1.6. Zona de residencia 1.7. Distrito de procedencia	Técnica Cuestionario  Instrumento Formulario de Preguntas	I.1 I.2 I.3 I.4 I.5  I.6 I.7
	2. Institucionales	2.1. Tipo de seguro de salud 2.2. Accesibilidad de atención de salud		II.9 II.10 II.11
<b>Dependiente</b> Uso de la consulta Pediátrica en los servicios de emergencia.	1. Centro Médico de procedencia	1.1. Luis Palza Lévano 1.2. CAP Metropolitano 1.3. Oscar Fernando Dávila 1.4. Otros	Técnica Cuestionario  Instrumento Formulario de Preguntas	1 2 3
	2. Sistema afectado	2.1. Digestivo 2.2. Cardiovascular 2.3. Respiratorio 2.4. Neurológico 2.5. Dermatológico		4
	3. Prioridad de atención	3.1. I 3.2. II 3.3. III 3.4. IV		5

## 1.4. Prototipo del Instrumento

### FORMULARIO DE PREGUNTAS CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA VARIABLE

Protocolo de investigación: Factores asociados al uso de la consulta pediátrica en el Servicio de Emergencia.

Instrucciones: Para ser llenado por el investigador de acuerdo con la información vertida por el paciente y la nota medica correspondiente.

#### I. Factores personales

1. Edad
  - a) 0 a 12 meses ( )
  - b) 1 año a 5 año ( )
  - c) 6 a 10 años ( )
  - d) 11 años a 15 años ( )
2. Género
  - a) Masculino ( )
  - b) Femenino ( )
3. Escolaridad del padre
  - a) Ninguna ( )
  - b) Primaria ( )
  - c) Secundaria ( )
  - d) Superior ( )
4. Escolaridad de la madre
  - a) Ninguna ( )
  - b) Primaria ( )
  - c) Secundaria ( )
  - d) Superior ( )
5. Distrito de Procedencia
  - a) Tacna ( )
  - b) Alto de la Alianza ( )
  - c) Ciudad Nueva ( )
  - d) Gregorio Albarracín ( )
  - e) Calana ( )
  - f) Pocolloy ( )
6. Tamaño familiar
  - a) Dos ( )
  - b) Tres ( )
  - c) Cuatro ( )
  - d) Cinco ( )

- e) Seis ( )
7. Ingreso Económico familiar (en soles)
- a) Menos de 500 ( )
  - b) 501 a 999 ( )
  - c) 1000 a 1999 ( )
  - d) 2000 a 2999 ( )
  - e) Más de 3000 ( )
8. Zona de Residencia
- a) Rural ( )
  - b) Urbana ( )
  - c) Urbano marginal ( )

## II. Factores Institucionales

9. Accesibilidad de Atención de Salud:
- a) Consultorio Externo de Pediatría ( )
  - b) Servicio de Emergencia ( )
10. Día de la semana más disponible para la atención en Emergencia
- a) Lunes ( )
  - b) Martes ( )
  - c) Miércoles ( )
  - d) Jueves ( )
  - e) Viernes ( )
  - f) Sábado ( )
  - g) Domingo ( )
11. Turno de consulta que solicita atención de Emergencia
- a) Mañana ( )
  - b) Tarde ( )
  - c) Noche ( )

## SEGUNDO INSTRUMENTO COPRESPONDIENTE A LA SEGUNDA VARIABLE

### Uso de la consulta Pediátrica

1. Centro de Atención primaria que le corresponde:
  - a) Luis Palza Lévano ( )
  - b) CAP Metropolitano ( )
  - c) Oscar Fernández Dávila ( )
  - d) Otro..... ( )
  - e) No sabe ( )
  
2. Tiempo invertido en llegar al Hospital
  - a) 0 a 15 minutos ( )
  - b) 16 a 30 minutos ( )
  - c) 31 a 45 minutos ( )
  - d) Más de 45 minutos ( )
  
3. En relación con la enfermedad por la que solicita, se trata de:
  - a) Agudización del problema previo ( )
  - b) Nueva patología ( )
  
4. Sistema afectado por el que solicita atención de urgencias
  - a) Digestivo ( )
  - b) Cardiovascular ( )
  - c) Respiratorio ( )
  - d) Neurológico ( )
  - e) Dermatológico ( )
  - f) Otros especificar..... ( )
  
5. Prioridad de Atención (dato de la ficha de Emergencia)
  - a) Prioridad I ( )
  - b) Prioridad II ( )
  - c) Prioridad III ( )
  - d) Prioridad IV ( )

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Delimitación Espacial

El presente estudio se realizara en la ciudad de Tacna, en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud.

El Hospital III Daniel Alcides Carrión inicia su funcionamiento en el año 1991, como Hospital II Calana brindando servicio de consulta externa en las especialidades básicas de Medicina General, Pediatría, Nefrología y Medicina Física y Rehabilitación, posteriormente en el año 1992 extiende su cobertura con la implementación del Servicio de Hospitalización y Emergencia, ajustándose a las necesidades de la población asegurada de Tacna, ampliando su infraestructura así como el equipamiento biomédico.

En el año 1998 es elevado a nivel III mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 253-PE-IPSS-1998, denominándose posteriormente como Hospital III Tacna “Daniel Alcides Carrión”.

Finalmente, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 201-PE-EsSalud-2004 se desactivan las Gerencias Departamentales y se crean las redes asistenciales, elevando al Hospital III Daniel Alcides Carrión a: Hospital Base de la Red Asistencial Tacna.

La Red Asistencial Tacna está compuesta por:

- Centro de Atención Primaria I Tarata
- Centro de Atención Primaria I Ite-Locumba
- Centro de Atención Primaria I Ilabaya
- Centro de Atención Primaria II Luis Palza Levano
- Centro de Atención Primaria II Oscar Fernández Dávila
- Centro de Atención Primaria III Policlínico Metropolitano

La población asegurada al momento es de 102,620 asegurados y esta población está distribuida en todo el Departamento de Tacna.

El Hospital III Daniel Alcides Carrión cuenta con un total de 315 trabajadores, de los cuales 94 pertenecen a las especialidades médicas, 105 enfermeras, 06 cirujanos dentistas, 05 químicos farmacéuticos, 13 obstetras, 02 psicólogos, 03 nutricionistas, 03 trabajadoras sociales, 25 tecnólogos médicos, 58 técnicos de enfermería y 02 auxiliares de enfermería.

El Hospital III Daniel Alcides Carrión cuenta con 105 camas en el Servicio de Hospitalización.

## 2.2. Delimitación Temporal

Tiene una duración de 10 meses: julio 2014 – mayo 2015.

## 2.3. Unidades de Estudio

Como unidad de investigación se tomarán a los padres de niños que acuden al servicio de Emergencia y el personal médico que brinda la atención.

### 2.3.1. Universo y muestra

En el año 2012 se atendieron en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Daniel Alcides Carrión un total de 24078 pacientes según fórmula de tamaño muestral (\*) se tomara una muestra significativa con un margen de error del +/- 5% y un nivel de confianza del 95%, lo que da un total de 379 pacientes. Para elección de los mismos se aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

Los valores de k más utilizados y sus niveles de confianza son:

Valor de k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97.5%	99%

(\*) Raosoft simple size calculator: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

#### - Criterio de Inclusión:

- Pacientes en edad pediátrica que acuden al Servicio de Emergencia

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con antecedente de problemas crónicos de salud que reciben tratamiento permanente.
- Pacientes con antecedente de Prematuridad (displasia broncopulmonar, pobre ganancia ponderal, etc.)

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización

- Parte administrativa, a través de la Dirección de Sede sur se tramitará a con la oficina de Capacitación y la Jefatura del Departamento de Emergencia de la Gerencia Departamental de EsSalud Tacna los permisos correspondientes para el desarrollo del presente trabajo. Para la aplicación del instrumento a las personas que acuden al servicio de Emergencia se les dará una rápida explicación para obtener el íntegro de colaboración.
- Iniciaremos la aplicación del cuestionario a los pacientes pediátricos que van llegando al Servicio de emergencia hasta completar las 349 fichas.
- Validación del instrumento: el instrumento diseñado fue validado por expertos en urgencias e investigación clínica y educativa del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aplicación del Instrumento.

#### 3.2. Recursos

##### 3.2.1. Humanos

El recurso humano será el investigador.

##### 3.2.2. Materiales

Ordenador personal, programa estadístico SPSS v.16, papel bond, lapiceros.

##### 3.2.3. Financieros

Total	312
Papel bond	12
Asesoría estadística	250
Fotocopias	10

Anillados	20
Otros	20
<b>Total</b>	<b>624</b>

Fuente: Elaboración propia. 2015

### 3.3. Criterios para el manejo de resultados

- Obtenidos los datos en la ficha correspondiente se procederá a la codificación (a cada instrumento se le asignara el numero correlativo). Posteriormente se procederá a la tabulación.
- Los datos una vez tabulados se procederá a su procesamiento con la utilización del Programa estadístico SPSS versión 16.
- Procesados los datos se procederá a la realización de las tablas y gráficas estadísticas
- Se hará una interpretación cuantitativa y discusión de los mismos, comparando los resultados con los anteriormente obtenidos en el tema y bibliografía especializada
- Se elaborará las conclusiones y recomendaciones correspondientes. Analizando las recomendaciones se seleccionara la más importante para la elaboración de la propuesta respectiva

## IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de información		X	X	X																
Análisis y Sistematización de datos.					X	X	X	X												
Conclusiones y Recomendaciones									X	X										
Preparación del Informe.											X	X	X	X	X	X	X	X		
Informe.																			X	X

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Most visits to ER unnecessary, surveys says. Health Care Strategic Man 2002; 20:6-7.
2. Arango Ponilla Margarita y Colaboradores. (2009). identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ese. en Manizales. año 2008. Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(1): 25-34.
3. Balanzo X, Pujol R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. Med. Clin (Barc) 1989; 92: 86-90.
4. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: Complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000; 35:63-8.
5. Grumbach K, Keane D, Brindman A. Priamry care and public emergency department overcrowding. Am J Public Health. 1993; 83:372-8.
6. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Góransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indictive of high use of other health care services. Ann Emerg Med 2001; 37:561-7.
7. J. Sánchez López, A. Bueno Cavanillas (2005) España "Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias hospitalario". Emergencias 2005; 17: 138-144.
8. Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. Acad Emerg Med 1999; 6:1147-52. 68.
9. Loria-Castellano, Jorge y colaboradores (2010) México. "Frecuencia y factores asociados con el uso de la consulta de urgencias de un hospital". Cir 2010; 78: 508-514.
10. Loscertales Abril y Colaboradores (2003) España Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil HHUVR Sevilla.

11. Lloret J, Aregall S. Reflexions sobre el passat, present i futur deis servéis hospitalaris d'urgéncies. Ann Med. 2002; 85:122- 5.
12. McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. Acad Emerg Med 2003; 10: 1362-70.
13. Milla Santos J. Urgencias Médicas, algo más que una serie televisiva. Med Clin (Barc) 2001; 117:295-6.
14. Ministerio de Salud (2004) Perú." Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud.
15. Muñoz García, José Luis, y colaboradores (2008) Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. Aten Primaria. 2008; 40 (6):297-301.
16. Núñez López, Raúl y colaboradores (2009). Porque acuden los pacientes a urgencia hospitalaria. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina8.html>
17. Ochoa J, Ramalle-Gómar E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. Med Clin (Barc) 2000; 115: 377-8.
18. Ortega Martín, G; Querol Gutiérrez, J.; Pérez Galán, R.J.; Fernández Delgado, M.T.; Villodres Morales, M.A.; López Ga. Vinuesa, P.; Ruiz Alario, M.; y Domínguez Fernández. Julián Manuel (2005) Utilización Inadecuada de las Urgencias Hospitalarias.
19. Patel S, Dubinsky I. Outcomes of referrals to the ED by family physicians. Am J Emerg Med 2002; 20:144-50.
20. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud. 1999;33:3-12

21. Pereira S, Oliveira A, Quintas M, Almeida J, Manijo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 580-6.
22. S, Afílalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tslios C, Dankoff J, Guttman A. Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003; 41:173-85.
23. Santos-Eggimann B. Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *Br Med J* 2002;324:1186-7
24. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 568-79.
25. Sun BC, Burstin HR Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 320-8.
26. Tudela P, Modol JM. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:711-6.
27. Vázquez Carranza, Israel (2011). México. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Archivos de investigación Materno Infantil*. Volumen III número 1.enero-abril 2011.pag 19-23. [http://www. medigraphic. com/maternoinfantil](http://www.medigraphic.com/maternoinfantil).
28. Viorklumds, Carolina Miranda y colaboradores (2007). Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Rio: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? *Rev. Ped. Elec.* [en línea] 2007, Vol. 4, N° 2. ISSN 0718-0918.
29. Walls CA Rodees KV, Kennedy JJ. The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 national health interview survey. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 1140-5.



**ANEXO N° 2**

**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS**



Accesibilidad	C.E.P	S.E.	Atención día de la semana							Horario			Zona de Residencia				Centro Médico				Sistema Afectado					Prioridad				
			L	M	M	J	V	S	D	Mañ	Tard	Noch	Rural	Urb	U.Marg	L.P.L.	Metr	O.F.D.	Otro	Dig.	Card	Resp	Neur	Derm	Otros	Prio I	Prio II	Prio III	Prio IV	
1	1						1		1				1			1		1		1							1	1		
1	1	1							1				1							1		1						1		1
1	1						1		1				1		1					1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1							1		1							1	
1	1						1		1				1							1		1							1	
1	1	1							1				1																	











