

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula**  
**Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud**  
**Postgrado de Pediatría**



**TESIS:**

**Percepción de Urgencia de los Padres Usuarios de la  
Emergencia Pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas**

**Presentado por:**

Dra. Nolvía Lizeth Castillo Girón

**Asesor Técnico:**

Dra. Iris Lizette Avelar Álvarez

**Asesor Metodológico**

Dr. Carlos Amilcar Fuentes Romero

San Pedro Sula, Cortés

Honduras, CA

Diciembre 2016

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.**

**UNAH**

**RECTORA**

MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

**VICERECTORA ACADÉMICA**

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

**SECRETARIA GENERAL**

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS**

MSc. LETICIA SALOMÓN

**DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DR. MARCO TULLIO MEDINA

**SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.**

DRA. ELSA YOLANDA PALOU

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNAH-VS**

**DIRECTOR**

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

**SUBDIRECTOR ACADÉMICO**

MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA

**SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD**

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

**SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE**

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

**COORDINADORA DE POSGRADOS**

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

**DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

**JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL**

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

**COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA**

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE POSGRADOS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

**COORDINADOR POSGRADO DE PEDIATRÍA**

DR. GABRIEL ENRIQUE BENNETT RECONCO

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco profundamente a la Dra. Iris Avelar y Dr Carlos Fuente, quienes fueron mis asesores en este proyecto, por sus valiosas aportaciones, consejos y la guía proporcionada para realizar el estudio.

Al Hospital Mario Catarino Rivas, a sus médicos, enfermeras y pacientes, por su participación en mi formación académica - profesional, siendo una escuela más y por el soporte institucional brindado para la realización de este trabajo.

A todos los catedráticos en mis años de estudio, quienes a través de sus disertaciones, discusiones e interrogantes, me permitieron crecer tanto a nivel personal como profesional.

Y a todas aquellas personas que no he mencionado, pero que han llegado a mi vida y han logrado dejar una impresión en ella y que de alguna manera han hecho de mí una mejor persona.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis, primeramente a Dios, por haberme regalado la vida, y por haber colocado a mi alrededor a las personas correctas en el momento adecuado, y además por brindarme la fortaleza que necesitaba para alcanzar una de las metas más difíciles que me he planteado.

A mis padres, Mateo Castillo y Sandra Girón, quienes han sabido guiarme a través de este camino que es la vida. Porque me han brindado su amor y apoyo incondicional y han logrado de mi persona lo que actualmente soy.

A mis tres hermanos y mejores amigos, Sandra Yadira, Carlos Miguel y Manuel Enrique, por estar siempre para mí cuando más los necesito y por todo el amor y apoyo que me han dado siempre.

## INDICE

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Introducción.....	1
Capítulo 1. Planteamiento del Problema.....	2
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Justificación.....	3
1.3. Pregunta de Investigación.....	3
Capítulo 2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
Capítulo 3. Marco Teórico.....	5
3.1. Marco Conceptual.....	5
3.1.1. Demanda y Necesidades de Salud.....	5
3.1.2. Definición de Urgencia.....	7
3.1.3. Medicina de Urgencia.....	9
3.1.3.1. Historia de la Medicina de Urgencia.....	9
3.1.4. Problemática Actual de los Departamentos de Emergencia.....	11
3.1.5. Saturación de los Departamentos de Emergencia.....	11
3.1.6. Triage.....	13
3.1.7. Uso Inadecuado de los Departamentos de Emergencia.....	13
3.1.8. Características de los Departamentos de Emergencia.....	15
3.2. Marco de Referencia.....	20
3.2.1. Sistema de Salud de Honduras.....	20
Capítulo 4. Diseño Metodológico.....	22
4.1. Enfoque de la Investigación.....	22
4.2. Diseño de la Investigación.....	22
4.3. Alcance de la Investigación.....	22
4.4. Identificación de las Variables.....	22

4.5. Población y Muestra.....	23
4.5.1. Población.....	23
4.5.2. Área.....	23
4.5.3. Muestra.....	23
4.6. Criterios de Selección.....	23
4.6.1. Criterios de Inclusión.....	23
4.6.2. Criterios de Exclusión.....	23
4.7. Plan de Recolección de Datos.....	23
4.7.1. Método de Recolección.....	23
4.7.2. Técnica de Recolección.....	23
4.7.3. Instrumento.....	23
4.8. Plan de Análisis.....	24
4.8.1. Procesamiento de datos.....	24
Capítulo 5. Consideraciones Éticas.....	24
5.1. Principios Éticos a Considerar.....	24
5.2. Clasificación del Riesgo de la Investigación.....	24
5.3. Consentimiento Informado.....	25
Capítulo 6. Resultados.....	26
Capítulo 7. Discusión.....	38
Capítulo 8. Conclusiones.....	40
Capítulo 9. Recomendaciones.....	41
Capítulo 10. Bibliografía.....	42
Capítulo 11. Anexos.....	45
11.1 Operacionalización de Variables.....	45
11.2 Instrumento.....	47
11.3 Cronograma.....	49
11.4 Consentimiento Informado.....	50

## INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española, una urgencia o emergencia es un acontecimiento o situación repentinosa que ponen en peligro la vida o salud del paciente y por lo tanto, requieren de una acción inmediata. (1) (2)

Con el crecimiento demográfico y principalmente en países en desarrollo como el nuestro, en donde la población no sólo se ve afectada por condiciones de salud propias de la biología humana, sino también por otros factores sociales como la pobreza, el hacinamiento, tasas ascendentes de criminalidad, y políticas de protección de la salud deficientes, es de esperar que las necesidades y por tanto las demandas de salud se vean también en ascenso, y es ésta misma población la que busca atención médica en los diferentes servicios de emergencia. A esto se le suma además, las condiciones deplorables de estas áreas, con limitaciones tanto estructurales, materiales y de personal, que finalmente conducen a la saturación y masificación de los departamentos de emergencia. La decisión de acudir a una sala de emergencia depende, en la gran mayoría de los casos, de lo que el paciente, sus familiares o cuidadores consideren como una situación que requiera asistencia médica inmediata, y es ésta subjetividad la causante que muchos individuos busquen de ayuda médica en una sala de emergencia, por situaciones que no suponen un riesgo inminente para la vida, y como un círculo vicioso perpetúan de esta manera, la saturación de estos servicios.

Los factores que determinan la demanda de una sala de emergencias son complicados y múltiples. El presente estudio tiene como propósito identificar las razones por las cuales los padres deciden llevar sus niños enfermos, por situaciones no-urgentes, a la sala de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Mario Catarino Rivas.

## Capítulo 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS

### 1.1 ANTECEDENTES

Los departamentos de emergencia (DE) juegan un papel importante en el sistema de salud, al proveer atención a pacientes con enfermedades agudas y/o que han sufrido algún tipo de trauma. En los últimos años se ha observado que las salas de emergencia se han convertido progresivamente en sitios congestionados, debido a la demanda creciente de los servicios de salud, aumento en la complejidad del sistema de atención y al mayor acceso a estos servicios que tiene la población general.

Desde 1960, en Estados Unidos se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado, para 1968 se logra conformar el Colegio Norteamericano de Medicina de Urgencias, y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse de este sistema. (1)

Se estima que las visitas a los DE por condiciones no urgentes es uno de los principales causales del congestionamiento de éstos servicios. Múltiples estudios se han llevado a cabo, pero no se ha logrado establecer con exactitud la incidencia de estas condiciones no urgentes, ya que se han obtenido rangos tan variables desde un 30% a 80% de las atenciones un DE. (3) (4) (5)

La saturación y congestionamiento de los DE tienen repercusión en la morbi-mortalidad de los pacientes, al igual que en la eficacia y efectividad de estas áreas, que se ven reflejadas en el grado de satisfacción del usuario. (6)

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Durante nuestra formación académica como médicos, tanto en estudios de pregrado como postgrado, ha sido nuestro deber rotar por diferentes áreas en el hospital, incluyendo las salas de emergencia de las diversas especialidades. Por lo general, la primera imagen que se nos crea en la mente al recordar dichas salas, es de un sitio conglomerado, ruidoso, conflictivo y estresante. Son éstos servicios de urgencia los pilares de la atención hospitalaria y representa, además, la vía común de acceso a los servicios de hospitalización. El acudir a un DE dependerá en gran parte de la percepción o sensación de urgencia que represente para la persona enferma o sus familiares y ésta dependerá a su vez, de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa, y en general al grado de aceptación de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud. (6)

El uso inapropiado de los servicios de urgencias hace que sea difícil garantizar el acceso a los casos de urgencia real, disminuye la posibilidad de atención, prolongando los periodos de espera, produce efectos negativos en la calidad de los servicios de urgencia y eleva los costos de atención. Estas condiciones son extensamente conocidas en el contexto médico, principalmente por aquellos pertenecientes al personal de salud, que se desenvuelven diariamente en estas áreas tan altamente conflictivas y conglomeradas; y que en ocasiones predisponen a situaciones que ponen en peligro su propia seguridad, sin embargo, no disponemos en nuestro país de estudios que aborden las causas que llevan a que nuestra sala de emergencia pediátrica se convierta en un área de atención primaria, al indagar cuál es la percepción de urgencia de los usuarios de éstos departamentos.

## **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción de urgencia que tienen los padres o tutores de los pacientes pediátricos que acuden a la sala de emergencia pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas?

## Capítulo 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo primario

Establecer la percepción de urgencia que tienen los padres o tutores de los pacientes menores de 18 años de edad, que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas.

### 2.2. Objetivos secundarios

1. Relacionar la percepción de urgencia del usuario y la atención médica recibida.
2. Identificar los factores sociodemográficos que intervienen en la percepción de urgencia.
3. Indagar la preferencia de los padres/tutores, por la Sala de Emergencia o Consultorio de atención primaria.
4. Determinar los motivos por los cuales se prefiere un servicio determinado, ya sea sala de emergencia o consultorio.

## **Capítulo 3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. MARCO CONCEPTUAL**

En la actualidad los servicios de emergencia son un eslabón fundamental en la cadena del sistema de salud, ya que constituye el primer contacto que tienen los pacientes con los servicios de atención médica. En éstos departamentos se atienden pacientes con múltiples condiciones que varían desde enfermedades que representan un riesgo para la vida hasta problemas menores que pueden ser tratados en un área de atención primaria.

En Estados Unidos e Inglaterra, muchos estudios han examinado las causas de estas visitas no-urgentes, y se identificó que un tercio de estas visitas inadecuadas a los DE pediátricos se debían a una interpretación errónea de la severidad de la enfermedad, por parte de los padres (7).

Para poder discutir las razones por las que se acude a un departamento de emergencia, es importante comprender la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la toma de decisiones relacionadas con la salud y enfermedad.

#### **3.1.1. DEMANDAS Y NECESIDAD DE SALUD**

Las demandas de salud son la expresión de las necesidades de salud por la persona, la familia y la comunidad. Puede ser espontánea, cuando surge de necesidades percibidas o inducida, cuando resulta de situaciones no necesariamente percibidas por la población. (8)

La necesidad de salud es el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen la persona, su familia y la comunidad para proteger, recuperar, mejorar y mantener su salud así como alcanzar una condición saludable deseable. Es la percepción que tiene un individuo que cursa una enfermedad y que considera requiere de atención urgente. Está determinada por tres factores:

- a. Necesidad de salud individual: es el principal factor predictor del uso de los DE. Está determinado por la morbilidad del paciente y por accidentes y traumas. Los estados de salud precarios, como aquellos pacientes con enfermedades crónicas, se asocian con

un mayor número de visitas a las salas de emergencia. Así como también pacientes con abuso de drogas o alcohol. (6) (5)

- b. Percepción individual: la demanda de los servicios de emergencia se asocia con múltiples percepciones individuales. La que se identifica con mayor frecuencia como razón para acudir a un DE es la severidad percibida de la enfermedad, se refiere a la sensación que tiene el paciente sobre el grado de urgencia de su enfermedad, la cual depende tanto de las creencias como de los conocimientos que tenga sobre qué es una emergencia. (5) Otros factores individuales que influyen para acudir a una sala de emergencia se encuentran la percepción que la persona tenga sobre la calidad de atención, los síntomas que percibe en el momento y la percepción de conveniencia, ésta última hace referencia a la facilidad con la que el paciente puede buscar y acceder a los servicios de salud, incluidos el transporte, la distancia y el tiempo que le toma para llegar a un centro de atención. (6) (5)
- c. Factores Sociales: El crecimiento demográfico y cambios en la economía se asocian con aumento en el uso de los DE. Los cambios climáticos estacionales, los desastres naturales y los brotes de enfermedades epidémicas también tienen un alto impacto en la demanda de estos departamentos.

La necesidad de salud se ve influenciada, a su vez por otros factores:

- a. Factores predisponentes: estos factores son los que participan en la transición entre la percepción de salud que tenga un paciente y la acción de buscar un servicio de salud.
- Edad: el uso de los DE varía en diferentes grupos etarios, teniendo dos picos principales, en infantes menores a dos años y las personas de la tercera edad. Se ha observado con mayor frecuencia que en menores de 2 años las visitas a salas de emergencia se dan por situaciones no urgentes. En adolescentes y adultos jóvenes la principal causa de atención se relaciona con situaciones traumáticas y en adultos mayores por condiciones médicas crónicas.

- Género: El género masculino es un predictor independiente tanto para visitas frecuentes como repetidas en el DE. Además éste género se asocia con mayor frecuencia con visitas a los DE por situaciones no urgentes, y generalmente identifican las salas de emergencia como su fuente primaria de atención.
  - Seguro Médico de Salud: en Estados Unidos donde se cuentan con múltiples seguros de salud, éste se relaciona con múltiples patrones del uso de los DE y se considera un factor predictor independiente del uso frecuente de éstos servicios de emergencia.
  - Estado Socioeconómico: Muchos estudios asocian un estado socioeconómico bajo con un aumento en la probabilidad individual del uso de los DE. El ser indigente, divorciado(a), viudo(a), bajos ingresos económicos, también se asocian con mayor uso de las emergencias: (6)
  - Nivel educativo: puede influir en la toma de decisión sobre acudir a un DE. Entre mayor sea el nivel educativo, mayor será la probabilidad de acudir a una sala de emergencia. Al aumentar el nivel educativo, la persona se hace más consciente de sus necesidades de salud y por lo tanto puede buscar ayuda inmediata cuando así lo requiera. (6)
- b. Factores políticos: las políticas de salud afectan como un individuo utiliza de los sistemas de salud, por que definen la manera en que se proporcionan estos servicios de salud, además determina la ubicación y el número de hospitales y también determinan la disponibilidad de otros servicios alternativos.

### **3.1.2. DEFINICIÓN DE URGENCIA**

Una urgencia o emergencia es un acontecimiento o situación repentina que ponen en peligro la vida o salud del paciente y por lo tanto, requieren de una acción inmediata (2). Es necesario hacer la diferencia entre una urgencia real y la percepción de urgencia del sujeto o urgencia sentida. Se define como urgencia real, toda condición médica de instalación súbita que pone en riesgo la vida, un órgano o la función, y que requiere de una atención inmediata.

En cambio, urgencia sentida es aquel padecimiento que el usuario considera debe ser atendido de manera inmediata aún cuando los factores que lo motivan sean múltiples, pero que no ponen en peligro la vida o la función de un órgano. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Urgencia como “la aparición fortuita, imprevista e inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Asimismo, establece que la urgencia es “aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas”.

La definición de urgencia más aceptada, es la condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Esta definición incluye una idea muy importante a la hora de valorar una urgencia, la posible consecuencia perjudicial e incluso vital para el paciente si no se pone tratamiento inmediato, aspecto muy importante desde el punto de vista asistencial. (1)

Las Urgencias se pueden clasificar en función del nivel de gravedad, en tres niveles (10) (9)

1. **Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas a la atención primaria habitual.** Se consideran como demandas de atención primaria fuera de horario, bien por falta de conveniencia para el paciente, o por insuficiencia del centro para atender a todas.
2. **Urgencia no vital, también denominada no grave.** Es problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente, pero que no supone una amenaza importante para la vida ni para la función. Dicha asistencia no requiere cualificación especial ni tecnológica por lo que puede ser resuelta en atención primaria.
3. **Urgencia vital, emergencia, o urgencia verdadera.** Existe un peligro inmediato para la vida del paciente, para órganos o funciones vitales, o de secuelas graves si no recibe atención cualificada sin demora.

### **3.1.3. MEDICINA DE URGENCIAS**

La práctica de la medicina se caracteriza por ser una actividad en la que se toman diariamente muchas decisiones que requieren una gran cantidad de información, y a la vez, una comunicación fluida y rápida entre esta información y los profesionales sanitarios que la necesiten.

Habitualmente, la medicina de urgencias es una actividad multidisciplinar que sirve de enlace entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándolos durante el periodo de evolución del proceso, en su fase aguda. La Medicina de Urgencias es el área de la medicina que se ocupa de la atención a las urgencias y emergencias médicas, docencia, investigación y prevención de las condiciones urgentes y emergentes. Incluye la organización de la asistencia sanitaria en caso de catástrofe de cualquier índole.

#### **3.1.3.1. Historia de la Medicina de Urgencias:**

La medicina de urgencia surge desde que existe el hombre, pues siempre ha habido lesiones o enfermedades agudas que han requerido tratamiento de forma inmediata, en especial las que amenazan la vida, o la integridad del individuo. Ante esta realidad el hombre ha tenido que desarrollar sus conocimientos médicos a lo largo de su existencia, este conocimiento médico se ha diversificado en una forma exponencial, generando la necesidad de la especialización médica. (11)<sup>7</sup>

Cada especialista ha aprendido a atender y manejar las urgencias que a su especialidad conciernen; sin embargo, no así las urgencias que ocurren fuera del ámbito de su especialización. Esto distingue al médico de urgencias, que debe ser capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de urgencia, ya sea médica o traumática, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconómico del paciente.

A nivel hospitalario los DE, fueron conocidos por muchos años como “la tierra de nadie”, eran atendidos por los médicos menos experimentados y capacitados, como residentes de menor jerarquía, médicos internos y en algunos lugares incluso estudiantes de medicina. .Las guerras históricamente han sido caldo de cultivo del avance en las ciencias médicas. Durante

la Segunda Guerra Mundial, pero en especial durante y después de los conflictos de Corea y Vietnam se obtuvieron avances muy importantes en la atención médica de lesionados, esto llevó a pensar que sería beneficioso aplicar los conocimientos adquiridos durante los conflictos bélicos para la atención prehospitalaria y hospitalaria a nivel civil en época de paz. A partir de entonces se empezó a reconocer que se debía contar con personal sanitario especializado en la atención de las urgencias, en especial del trauma, además de equipo médico y vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos.

Durante el siglo XX los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y la aplicación de las técnicas asistenciales y métodos organizativos ensayados durante los conflictos bélicos, condujeron, a finales de los 60, a la puesta en marcha de dispositivos específicos destinados a la asistencia cualificada extrahospitalaria. Todos estos cambios son muy recientes si los comparamos con la historia de la humanidad, y motivó que en países como Canadá, Australia, Inglaterra, México se implantara la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. En otros países europeos como Francia y Alemania, no existe aún dicha especialidad, pero si hay Servicios específicos y personal sanitario involucrado y destinado a la atención urgente y emergente. En la actualidad nos encontramos con dos modelos de entender y organizar los Servicios de Urgencias en el entorno occidental:

**Modelo Angloamericano:** implantado en Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido. Inicia su desarrollo en Estados Unidos a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalarios. En este modelo la medicina de urgencias se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continúa en los servicios de urgencias de los hospitales, donde los médicos les proporcionan la asistencia definitiva: “Los pacientes son llevados al hospital”.

**Modelo francogermano:** es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Está implantado en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia. A diferencia del modelo angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de prestarle

un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital. En el nivel prehospitalario los médicos proporcionan la mayoría de los cuidados y allí mismo los pacientes son clasificados para ser admitidos directamente en los servicios especializados correspondientes.

#### **3.1.4. PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIA**

Los DE constituyen una realidad única y difícil de comparar con del resto de servicios asistenciales de un hospital. Esto se debe a que en primer lugar, debe permitir el acceso de salud durante las 24 horas del día, los 365 días del año, y asegurando que la calidad de atención sea de manera homogénea. Además debido a que es el usuario quien decide cuándo acudir a dicha área, no es posible realizar una programación ordenada de las evaluaciones de los pacientes. Otros factores que podría favorecer a la saturación de las emergencias, es poca disponibilidad de camas en áreas de hospitalización, de manera que el paciente debe permanecer en dicha área por periodos más prolongados, hasta poder disponer de un un cupo.

#### **3.1.5. SATURACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIA**

Aun no se ha logrado establecer con exactitud una manera de valorar el grado de saturación de un DE. Existen ciertos indicadores que podrían demostrar la masificación de los DE: (12) (13) (14)

- El tiempo promedio de espera mayor a una hora.
- El 100% de las camas de urgencias permanecen ocupados por más de 6 horas al día.
- El personal de salud tiene la sensación de sobrecarga por más de 6 horas continuas al día.
- La cantidad de días por año, en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente.
- Si transcurren más de 4 horas entre la orden de ingreso y su colocación en una cama en sala de hospitalización

- La cantidad de pacientes en espera de ser evaluados en urgencias y que debido a ello, finalmente deciden abandonar el hospital sin ser atendidos.

En los últimos 20 años, en todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo se ha producido, un incremento de la utilización de los DE, y por lo tanto esto favorece a su saturación o masificación, incluso por pacientes que podrían haber sido evaluados en otros centros de atención. (15)

La saturación de los DE dificulta la atención adecuada de aquel paciente con condiciones salud en que el tiempo de inicio de su tratamiento es crucial o que su diagnóstico se vea retrasado; por lo tanto esto se relaciona directamente con morbilidad creciente, además podría favorecer el error humano, incrementar la mortalidad hospitalaria, e incrementar la estancia hospitalaria. También se reduce la satisfacción del usuario, aumentando su inconformidad, el número de quejas y a la larga, eleva el número de pacientes que abandonan los DE sin ser atendido. (14)

Esta saturación, no solo afecta al usuario, sino también a los facultativos y el resto del personal de salud, desmotivándolos, con aumento en las cifras de Síndrome de burnout y además ejerciendo su profesión de una manera defensiva.

El creciente fenómeno de masificación lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos, lo cual condiciona que los pacientes que acuden al DE no sean atendidos de forma inmediata. Este tiempo de espera que se genera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. (16) La situación descrita, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean valorados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera. El triaje es por tanto un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el DE, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda /

recursos secundaria a la masificación de los servicios, los pacientes más urgentes sean tratados los primeros.

### **3.1.6. TRIAJE**

Por deficiencias, mala información o poco cultura, el servicio de emergencias es demandado para atención de todo problema de salud que no pueda ser atendido en otras unidades médicas, ya sea por falta de citas en consulta externa, por comodidad para no hacer espera, o por el hecho de que en ese momento se cuente con el tiempo disponible para acudir a consulta, lo que provoca que la sala de urgencias siempre se vea abarrotada por pacientes que en la mayoría de los casos no son urgencias verdaderas, lo que provoca sobrecarga, tardanza para la atención y utilización innecesaria de recursos materiales y humanos, en detrimento de la atención de emergencia real. (3) (11)

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. (3) (17) Éste método surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento, al mismo tiempo dar mayor objetividad al proceso, facilitar el desarrollo de las habilidades del médico para la evaluación del paciente, y establecer la prioridad de atención. (18) (19)

### **3.1.7. USO INADECUADO DE LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIA**

Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años como las áreas de urgencias. La principal razón de esta evolución ha sido un incremento progresivo de la demanda.

Los DE están sometidos a una importante presión asistencial, y entre las razones esgrimidas para explicar esta situación no parece estar el aumento demográfico, sino los cambios socioculturales que durante las últimas décadas ha experimentado la población. Así pues, la situación de la atención en los DE es motivo de preocupación para políticos, gestores, la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha

producido un fenómeno de crecimiento de su utilización que supuso en Estados Unidos un aumento de un 25% más en los últimos 10 años. (15)

Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los DE de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria.

Existe amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, que fluctúa entre el 24% y 79%. Las causas de tan importantes diferencias son variadas: (20) Diferentes criterios para definir la inadecuación: explican gran parte de la variabilidad observada. Dependiendo de lo que se entienda por urgencia, así se valorará el concepto de urgencia inadecuada. La valoración de inadecuación se realiza a través de tres alternativas:

1. Criterios subjetivos: basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad.
2. Protocolos de triaje: se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades.
3. Criterios explícitos: en base a una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Numerosos factores se han señalado para justificar este uso inadecuado de los DE, tanto por parte de la demanda (envejecimiento progresivo, incremento de las enfermedades crónicas, falta de cultura sanitaria, incorporación de la mujer al mercado laboral, aumento de la población, cultura de la inmediatez, nivel socioeconómico y cultural etc.) como de la oferta (incremento de la oferta, accesibilidad geográfica, nivel de aseguramiento, facilidad de acceso al sistema, etc.).

El conocimiento de la oferta de servicios, junto con el factor tiempo y las características de las actividades cotidianas del individuo o su situación vital, son los determinantes del

tipo de atención solicitada. Cuanta más importancia tiene para el individuo el factor tiempo, más probabilidad existe para que acuda a un DE.

Los factores de índole social, familiar y laboral tienen una importancia esencial a la hora de movilizar a los pacientes a acudir por propia iniciativa a los DE. La cuestión para el usuario es reducir la incertidumbre frente a una percepción de necesidad derivada de un problema de salud. Cuando el paciente elabora un diagnóstico claro (con síntomas ya conocidos) no se otorga el carácter de gravedad y se decide acudir a un servicio u otro según el conocimiento de la oferta de servicios y de la situación vital del paciente. (21)

Otras razones que argumentan el uso inadecuado de los DE son: la demora en las citas para valoración en atención primaria, cuestiones de comodidad, uso de la urgencia como puerta de entrada al sistema sanitario hospitalario, demoras en otros niveles asistenciales, la cronicidad del proceso o la pluripatología del mismo.

### **3.1.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIA**

Los DE son tan utilizados como controvertidos. A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria de la población, se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal, y su reconocimiento profesional y académico. Hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, por tanto no son modificables y hay que asumirlos, y en contraposición existe un conjunto de aspectos extrínsecos o circunstanciales, potencialmente modificables (11)

#### **1. Aspectos intrínsecos a la Urgencia Médica:**

- a. **Demanda elevada y en crecimiento progresivo:** es bien sabido que los DE están sometidos a una fuerte y progresiva demanda. Se estima que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los DE a lo largo del año y se considera que factores ambientales, sociales y económicos pueden explicar este aumento de la demanda.
- b. **Afluencia discontinua:** la afluencia en los DE no es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica, que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios públicos. Durante la mañana, la

demanda asciende gradualmente hasta alcanzar un pico máximo que se mantiene entre las 11 - 12 horas, con un segundo pico hacia las 17 horas. Posteriormente la asistencia decrece gradualmente alcanzando los niveles más bajos entre las 2 y las 6 de la mañana. De la misma forma, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y existen días de una clara mayor afluencia, fundamentalmente los lunes. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con períodos vacacionales, epidemias, cambios climáticos y atmosféricos, eventos sociales como fútbol u otros programas de televisión. Para mayor complejidad, no hay que olvidar las catástrofes que pueden acaecer en cualquier momento y con un número variable de víctimas teniéndose que reorganizar en un breve plazo de tiempo la actividad asistencial de todo un servicio. (22)

- c. **Actividad continua:** la atención sanitaria debe prestarse 24 horas al día todos los días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento. Esto implica un importante desgaste estructural y de equipamientos, así como la necesidad de un gran equipo de profesionales que permita dar cobertura asistencial
  
- d. **Priorización en la atención:** respondiendo al desmesurado aumento de la demanda asistencial que impide atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al DE, en la mayoría de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial (triaje), donde se realiza un primer contacto con el paciente y se valoran criterios de ordenación del trabajo asistencial.
  
- e. **El factor tiempo y la toma de decisiones:** El factor tiempo está ligado inexorablemente al concepto de urgencia. Es conveniente obtener rápidamente un diagnóstico y un plan, con el fin de poder agilizar el proceso asistencial. La decisión de establecer un diagnóstico se debe fijar en un plazo relativamente breve de tiempo. En este proceso es frecuente la escasez de datos para la elaboración de la historia clínica debido a la situación clínica del paciente (inconsciencia, desorientación, trastorno del lenguaje), por falta de acompañantes o de informes clínicos previos, por problemas para el acceso a la historia clínica de archivo. Estas limitaciones hacen que el proceso diagnóstico en los DE sea más complicado que en otros ámbitos asistenciales y que en muchas ocasiones no

se llegue a un diagnóstico concluyente sino a uno de carácter sindrómico. Habitualmente urge tomar decisiones terapéuticas, que con las limitaciones anteriormente comentadas, puede ser causa de iatrogenia por el empleo de dosis de choque, pautas de impregnación rápida, sumación de efectos. De acuerdo con el procedimiento establecido, tras la valoración del paciente y cuando su situación clínica así lo aconseje, se ha de dar el alta sin demora y con el objetivo de dar agilidad y fluidez a la asistencia, con la limitación de desconocer en muchas ocasiones la evolución y pronóstico de la enfermedad produciéndose un riesgo de que el paciente retorne al DE

- f. **Necesidad de coordinación interna y externa:** Dentro del hospital la relación con otros servicios y/o especialidades (laboratorio, radiología) es fundamental. Asimismo es primordial la coordinación con los sistemas de emergencias y atención primaria. Los objetivos de una adecuada coordinación son: la integración, colaboración y coordinación asistencial con los diferentes dispositivos sanitarios..
  
- g. **Áreas de Observación Clínica:** Los DE han ido desarrollando modernas alternativas al ingreso hospitalario tradicional. El aumento progresivo de los costes sanitarios, junto a un incremento de las demandas legales contra los médicos que desarrollan su labor en el DE, han llevado a la creación en muchos hospitales, de Áreas de Observación. Estas áreas actúan prolongando la asistencia en urgencias más allá de las tradicionales cuatro o cinco horas. Con ello se logra disponer de un tiempo adicional que permite una mejor orientación diagnóstica, evitando ingresos innecesarios y errores asistenciales. La observación de la evolución de determinados procesos puede esclarecer su diagnóstico o permite valorar la respuesta a tratamientos cortos y decidir la necesidad o no de ingreso. Este planteamiento es fundamental para un funcionamiento óptimo, siempre y cuando no se utilicen estas áreas como zonas de hospitalización, lo cual originaría importantes distorsiones en el funcionamiento de la urgencia. Para ello es necesario respetar no solo los criterios de ingreso sino que los propios profesionales del DE lleven a cabo la gestión directa del área.
  
- h. **Desarrollo de actividad bajo presión:** Los acompañantes de pacientes de los DE, presentan rasgos diferenciales respecto a los acompañantes de otros servicios

hospitalarios: asisten al comienzo de la enfermedad, acuden con un gran componente de estrés debido a pensamientos de gravedad o muerte cercana, tienen una alteración brusca de las actividades cotidianas del día y un desconocimiento sobre el tiempo que van a emplear en el DE, suelen tener incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad. Esta situación de alta carga emotiva entre los pacientes y familiares puede contribuir a desencadenar conductas agresivas hacia el personal sanitario. Es por ello que los profesionales deben tener experiencia y formación para manejar estas posibles situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática. Introducción

- i. **Repercusión del DE en la dinámica asistencial del Hospital:** La actividad asistencial del DE va a determinar en gran parte la actividad del hospital. Esto significa que más de la mitad de los pacientes ingresados en nuestros hospitales provienen de urgencias. Y ello se realiza con un bajo índice de ingreso, tan solo se ingresa en torno al 14-16% de las urgencias. Además de los aspectos cuantitativos, los DE tienen una gran incidencia desde el punto de vista cualitativo, ya que la actividad diagnóstica y terapéutica realizada en urgencias determina la evolución posterior de los enfermos ingresados en las diferentes unidades y servicios en cuanto a resolución del proceso, estancia, complicaciones y satisfacción del paciente

1. Aspectos extrínsecos y potencialmente modificables.

**Dotación estructural:** Si bien una gran parte de los DE suelen ser objeto de reformas físicas, con la intención de mejorar sus infraestructuras y adecuarlas tanto al confort y flujo de pacientes como facilitar el trabajo de los profesionales, la situación actual para la mayoría de los DE es que se han quedado pequeños, no disponen de áreas suficientemente amplias y funcionales para facilitar el trabajo asistencial.

**Optimización de los tiempos de espera:** Las situaciones de saturación y demoras en los DE son relativamente habituales. El origen del problema se debe, por un lado, a los denominados determinantes externos como afluencia de pacientes en un determinado intervalo de tiempo, la edad de los mismos y tipo de patología, y por otro, a los determinantes internos como la capacidad propia del DE, la categoría del médico que realiza la asistencia, la demora por exploraciones complementarias, la espera de cama

para el ingreso en planta, la espera de transporte sanitario para el traslado a centros hospitalarios de segundo nivel o al domicilio, los problemas sociales. Estos tiempos de espera empeoran la saturación del DE y provocan un deterioro de la calidad asistencial, y agotamiento y desmotivación en los profesionales.

**Riesgo de vulnerar el derecho a la intimidad y confidencialidad:** La asistencia urgente, con los condicionantes de la premura y la gravedad, puede en ocasiones descuidar el respeto a la intimidad y la confidencialidad. Aún así, evitando la saturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y con diseños estructurales adecuados es posible minimizar el riesgo de vulnerar estos derechos básicos

**Inadecuada discriminación de la urgencia:** La disminución del índice de visitas inadecuadas a los DE sería de gran ayuda, pues disminuiría la saturación y se facilitaría la atención de los pacientes que si precisan de una asistencia urgente

**Presencia de médicos en formación:** en la mayoría de los hospitales docente los DE cuentan con los médicos internos, residentes en la organización de los equipos asistenciales. Esta situación exige una continua supervisión por parte de los médicos titulados y experimentados, la cual se hace difícil cuando el número de éstos es escaso, y aún más cuando los DE están saturados. Como consecuencia de todo ello, la calidad asistencial y docente en urgencias puede quedar comprometida

**Falta de reconocimiento profesional y académico:** Actualmente, es un hecho relevante que la medicina es una profesión catalogada por diversos autores como de alto riesgo de desgaste profesional. Este riesgo se agrava si además los facultativos ejercen su tarea profesional en un DE. Por las características de los DE anteriormente citadas tales como las sobrecargas de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos constituyen sin lugar a dudas una importante fuente de estrés, que hace que los médicos de urgencias estén expuestos a la patología denominada síndrome del burn-out. Este síndrome aparece en personas cuyo trabajo se desarrolla en profesiones de ayuda y de contacto directo y diario con sujetos que sufren, donde el sujeto se implica emocionalmente. Por otro lado la

indefinición académica de los médicos de urgencias favorece las diferencias laborales y de reconocimiento clínico frente a otros profesionales sanitarios.

Por norma general, los DE se caracterizan por atender a un gran volumen de pacientes, con grandes variaciones en su complejidad y con la expectativa de una gran capacidad de resolución, es decir, una asistencia eficaz y rápida. Sin embargo, para alcanzar estos objetivos sería necesario actuar sobre aquellos factores extrínsecos mencionados, con el fin de adecuar la dotación estructural, dinamizar el proceso de ingreso hospitalario y obviamente profesionalizar estos Servicios.

## **3.2. MARCO DE REFERENCIA**

### **3.2.1. SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS**

El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público incluye a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), además de otras instituciones públicas que administran regímenes especiales de aseguramiento (Fuerzas Armadas) o atienden a poblaciones específicas. La SS ofrece atención a toda la población en sus propias instalaciones y con sus propios médicos y enfermeras, pero se estima que sólo 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes, es decir, 18% de la población total. Este Instituto presta sus servicios en instalaciones privadas (primer nivel) y en instalaciones propias y de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago. Este sector incluye a las aseguradoras privadas y a los consultorios, clínicas y hospitales privados con y sin fines de lucro. Se calcula que 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud. (23)

La estructura sanitaria actual del país se divide en tres niveles: (10)

- Primer Nivel: incluye centros de salud rurales (CESAR), centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO), clínicas materno infantiles (CMI) y clínicas periféricas de emergencia (CLIPER)

- Segundo Nivel: incluye hospitales departamentales y hospitales regionales de referencia
- Tercer Nivel: formado por los hospitales nacionales.

Con la introducción del nuevo Modelo Nacional de Salud, se propone la reorganización y categorización de los establecimientos de salud de acuerdo a la complejidad de las patologías que tratarán.

**CATEGORIZACION Y TIPIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

NIVEL DE ATENCION	ESCALONES DE COMPLEJIDAD CRECIENTE	CATEGORIA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA DISTINTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PRIMER NIVEL	Nivel de Complejidad 1	Centro de Salud Tipo 1	Ambulatorio rural con médico general.
	Nivel de Complejidad 2	Centro de Salud Tipo 2	Ambulatorio urbano con médico general. Es sede del Equipo de Atención Integral de Salud. Atiende referencia de CS Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 3	Centro de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de CS Tipo 2 y del EAPS.
SEGUNDO NIVEL	Nivel de Complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias de del primer nivel.
	Nivel de Complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y algunas sub especialidades. Referencia del Hospital Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente, de especialidades y subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipos 1 y 2.
	Nivel de Complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e Instituto altamente especializado. De referencia nacional.

**Categorización y Tipificación de los Establecimientos de Salud. Tomado del Modelo Nacional de Salud (8)**

## Capítulo 4. DISEÑO METODOLÓGICO

- 4.1. **Enfoque de la investigación:** Cualitativo
- 4.2. **Diseño de la Investigación:** Fenomenológico
- 4.3. **Alcance de la Investigación:** Descriptivo Exploratorio
- 4.4. **Identificación de Variables:**

<b>Objetivo</b>	<b>Variables</b>
1. Identificar epidemiología de urgencias reales y sentidas en el servicio de emergencias pediátricas del HMCR	Tipo de Urgencia
2. Indagar la preferencia del paciente por la Sala de Emergencia o Consultorio de atención primaria.	Motivo de Urgencia Tiempo de Evolución
3. Determinar los motivos por los cuales se prefiere un servicio determinado.	Tiempo de Espera
4. Identificar los factores sociodemográficos que intervienen en la percepción de urgencia.	Procedencia Grado de Escolaridad Edad Sexo Acceso a Atención Primaria
5. Relacionar la percepción de urgencia del usuario y la atención médica recibida	Destino

#### **4.5. Población y muestra**

- 4.5.1. Población / universo: constituido por todos los padres o tutores de pacientes menores de 18 años de edad que acudieron a la emergencia pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas.
- 4.5.2. Área: área de filtro de la emergencia pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas, en el periodo de noviembre de 2015 a Junio de 2016
- 4.5.3. Muestra: se seleccionaron 156 padres/tutores de manera no probabilística, incluyéndose a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y que no completaban los criterios de exclusión.

#### **4.6. Criterios de selección**

- 4.6.1. **Criterios de inclusión:** se incluyeron a todos los padres o tutores de pacientes menores de 18 años de edad, sin distinción de género, que acudieron al área de filtro de la emergencia pediátrica, en horario de 7 am a 4pm, de lunes a viernes.

#### **4.6.2. Criterios de exclusión:**

- Padres cuyos hijos hayan sido referidos de un centro de salud, médico privado u otro hospital.
- Padres cuyos hijos sufrieron un trauma, intoxicación o aspiración de cuerpo extraño, aunque no haya requerido hospitalización.
- Padres que hayan acudido durante fines de semana o en horario de 4pm a 7am.
- Padres o tutores que no acepten participar del estudio

#### **4.7. Plan de recolección de datos**

- 4.7.1. Método de recolección: Los datos se obtuvieron mediante la entrevista directa de los padres o tutores de los pacientes que acudieron al área de filtro de la emergencia pediátrica.
- 4.7.2. Técnica de recolección: los datos recabados se introdujeron en el formato de recolección de datos.
- 4.7.3. Instrumento: se realizó un formato de recolección de datos, se trata de un cuestionario que recoge información sociodemográfica de los padres usuarios de la emergencia y además sobre la preferencia de utilización de éste servicio. (ver anexos)

#### **4.8. Plan de análisis**

4.8.1. Procesamiento de datos: Los datos recolectados se vaciaron en una base de datos y se procesaron electrónicamente, con el programa epidemiológico SPSS versión 23. Y luego la información se sistematizó en tablas y gráficos según características de las variables utilizando además Microsoft Word y Excel 2007.

### **Capítulo 5. CONSIDERACIONES ETICAS**

#### **5.1. Principios Éticos a Considerar**

El presente estudio tiene como finalidad indagar la percepción que tienen los padres sobre la severidad de urgencia que representa la enfermedad de sus hijos. Respetando los principios de dignidad humana y con el objetivo de crear medidas que a la larga puedan ser de beneficio para todos los usuarios de la sala de emergencia pediátrica. Cualquier información personal que se obtenga, será utilizada con fines de investigación y por lo tanto se mantendrán en confidencialidad. Todas las personas que acudan al DE tendrán la posibilidad de participar de él, así como los beneficios futuros se podrán extrapolar a la población general.

#### **5.2. Clasificación del Riesgo de la Investigación**

El presente estudio se trata de una investigación categoría I o sin riesgos, ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental y aquéllos no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

### 5.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### Estudio: Percepción de Urgencia

Por medio de la presente yo: \_\_\_\_\_ padre o madre de: \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio que se realiza en este hospital.

Se me ha explicado el propósito de la investigación, y soy consciente de los beneficios y complicaciones que puede traer el participar en este estudio, por lo que estoy de acuerdo con todo lo que se realizará. El investigador me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial por lo tanto, acepto libremente participar en este estudio.

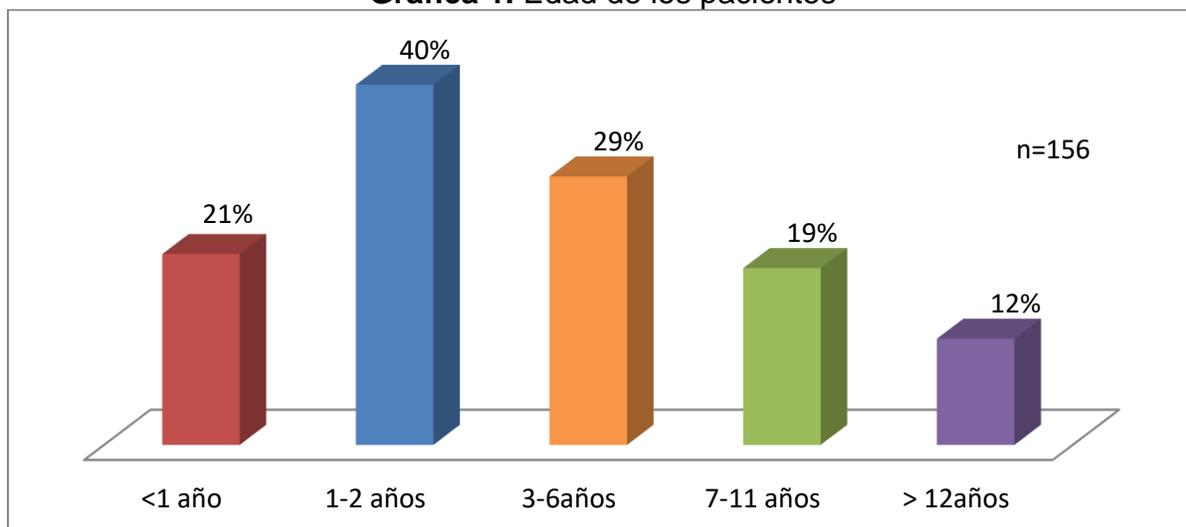
\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

## Capítulo 6. RESULTADOS

### Edad del Paciente

De los 118 niños, el 40% se encontraba entre 1 a 2 años, con una edad media de 4 años, moda de 3 años y desviación estándar fue de 4 años. La mínima fue de 17 días de vida y la máxima de 18 años. Un 61% de los casos se trataban de niños menores de 2 años de edad.

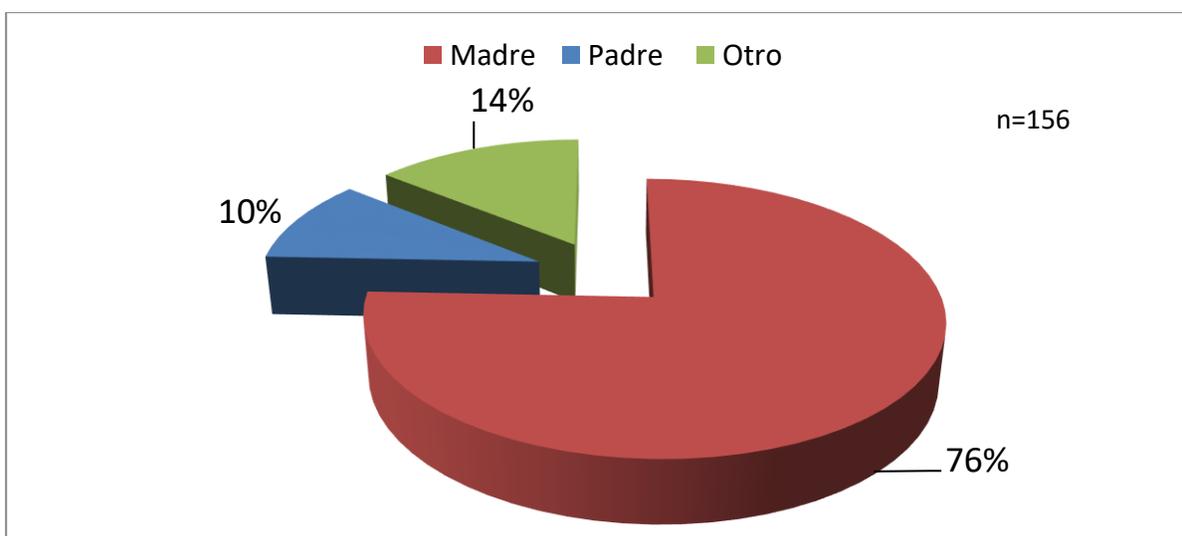
**Gráfica 1. Edad de los pacientes**



### Datos de los Padres

Quien lleva al niño(a) a la emergencia: el 76% de los niños son llevados al DE por sus madres. En segundo lugar, por otro familiar y/o tutor en un 14% y en un 10% por sus padres.

**Gráfico 2. Acompañante del Paciente**



### Edad de los Padres:

El 52% de las madres se encontraban entre 20-30 años. Con una media de edad de 24 años. En cambio, el 38% de los padres que acudieron con sus hijos(as) eran mayores de 30 años. Con edad media de 33 años.

**Tabla 1.** Edad de la Madre

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt;19 años</b>	43	36%
<b>20-30</b>	61	52%
<b>&gt; 30</b>	14	12%
<b>Total</b>	118	100%

**Tabla 2.** Edad del Padre

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt;19 años</b>	1	6%
<b>20-30</b>	9	56%
<b>&gt; 30</b>	6	38%
<b>Total</b>	16	100%

### Escolaridad de los padres:

El 37% de las madres no había completado la primaria, el 25% si había culminado la primaria, el 15% tenía la secundaria incompleta y un 12% había completado la secundaria. El 10% eran analfabetas. De los padres el 50% había cursado la secundaria, sin haberla terminado por completo.

**Tabla 3.** Escolaridad de la Madre

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeta	12	10%
Primaria Incompleta	44	37%
Primaria Completa	30	25%
Secundaria Incompleta	18	15%
Secundaria Completa	14	12%
<b>Total</b>	118	100%

**Tabla 4.** Escolaridad del Padre

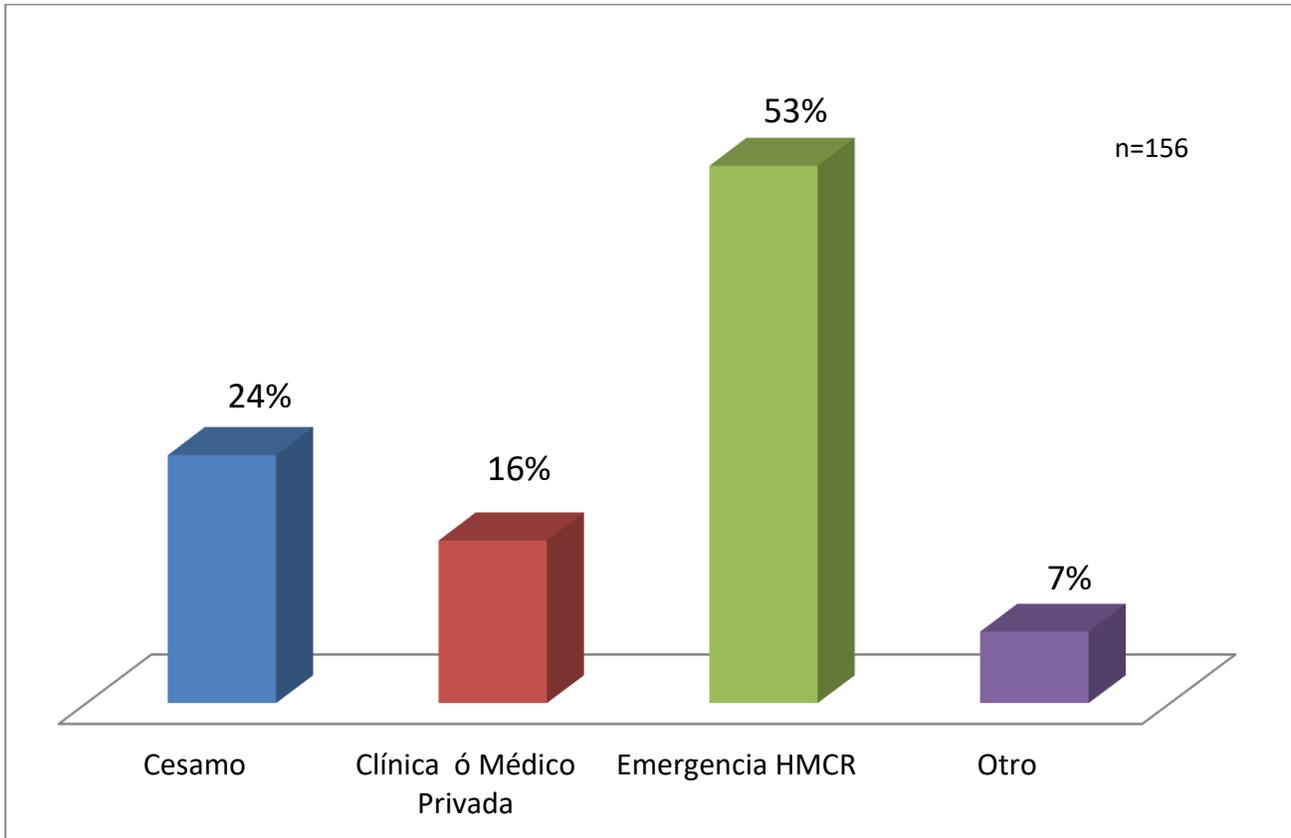
	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Analfabeta	1	6%
Primaria Incompleta	5	31%
Primaria Completa	3	19%
Secundaria Incompleta	5	31%
Secundaria Completa	2	13%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

#### **Acceso a Servicios de Atención Primaria**

##### **Atención médica de rutina**

Se les preguntó a los padres, a que sitio llevaban a sus hijos para atención médica de rutina. El 53% de los padres refiere que acude a la emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas, cuando su hijo requiere atención médica de rutina. El 24% prefiere acudir a un centro de salud, para atenciones rutinarias. 16% llevan a sus hijos a una clínica o médico privado, y un 7% refirió diferentes razones, entre ellas, 3% no llevan a sus hijos a evaluaciones de rutina, sólo en casos de emergencia buscan atención médica, 2% refirió no tener médico de cabecera, 1% acudía con curanderos conocidos en su localidad y 1% prefería consultarlo primero con amigos o vecinos y automedicar.

**Gráfico 3.** Sitio de Atención Médica de Rutina

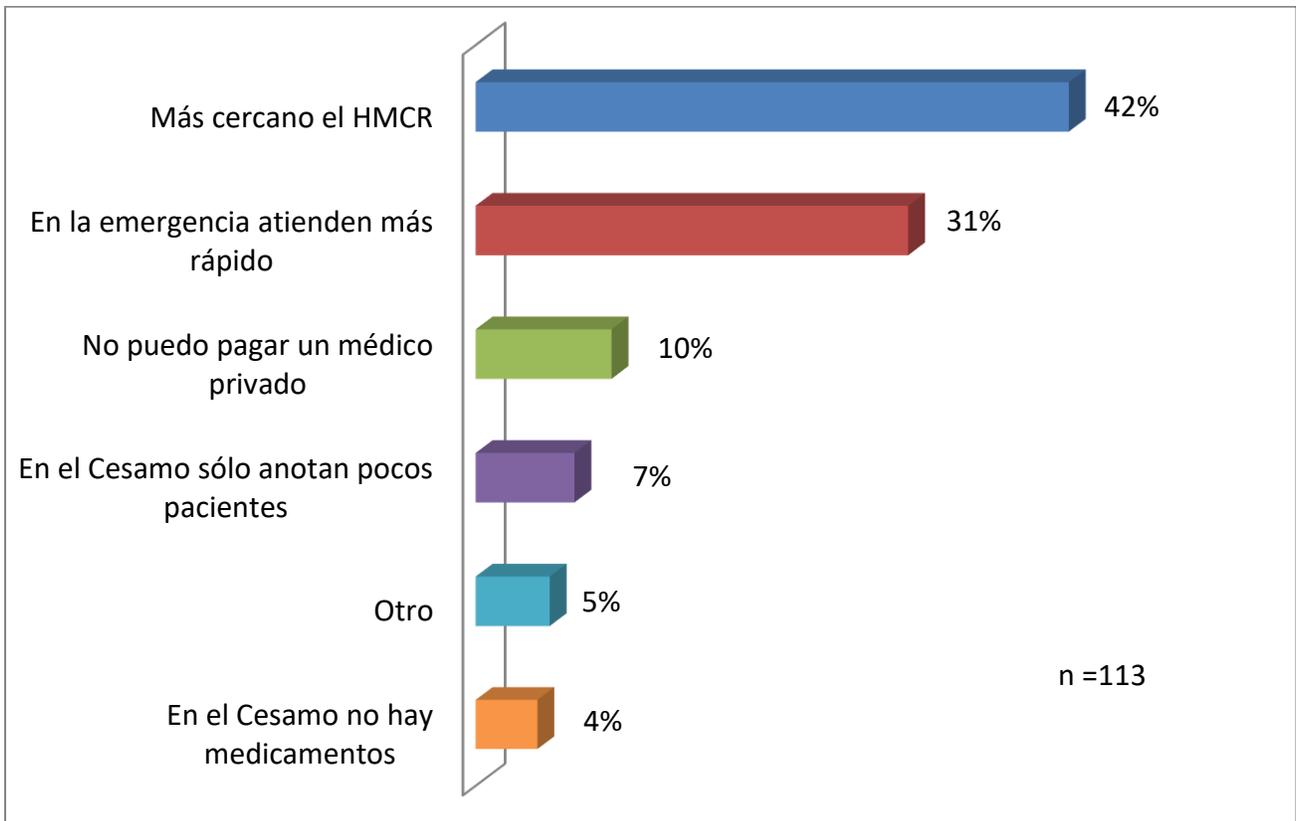


El 72% (113) de los padres acudieron a la emergencia como primera opción durante enfermedad del momento, en lugar de llevarlo a algún centro de salud o médico privado. De éstos 113 padres, el 42% refirió que se debía a la cercanía de éste centro para acudir desde sus hogares. El 31% indicó que sentía que en la emergencia recibían atención más rápida. El 10% refirió falta de capacidad económica para pagar un médico privado. Un 7% dijo que su motivo para acudir a la emergencia era porque en el centro de salud anotaban pocos pacientes y que ya no tenían disponibilidad de cita, al igual que un 4% indicó que no acudía a los centros de salud por que no había medicamentos. El 5% restante dio razones diversas, así como; un 2% indicó que tenía mejor atención en el hospital, 1% por que siempre había llevado sus hijos a la emergencia y siempre se les atendía, 1% no conocía a que otro sitio podía llevar a sus hijos para atención médica y 1% restante no respondió.

**Tabla 5.** Acudió a otro Centro de Atención

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	43	28%
<b>No</b>	113	72%
<b>Total</b>	156	100%

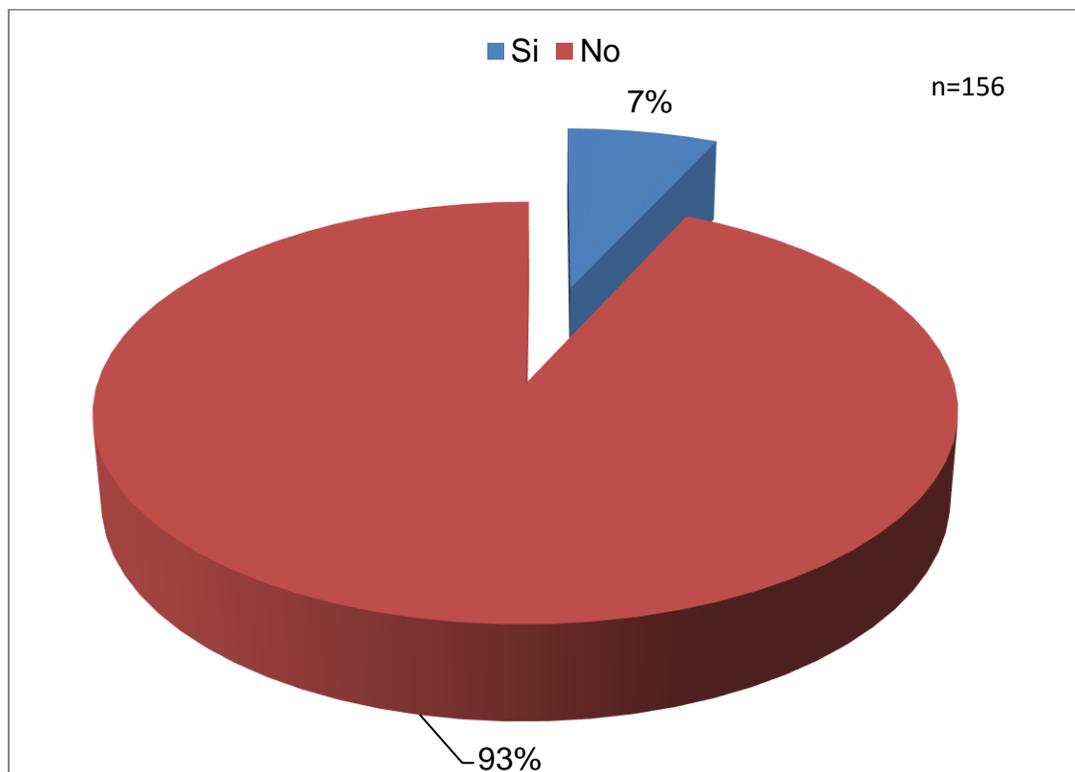
**Gráfico 4.** Razones para acudir no acudir a un Centro de Atención Primaria



### Seguridad Social

Sólo un 7% (11) de los pacientes contaba con seguridad social y a pesar de ello acudieron a la emergencia del HMCR. La totalidad de ellos refirió que el motivo para no acudir al IHSS era que no portaban los documentos que lo identificaban como cuenta habiente o beneficiario.

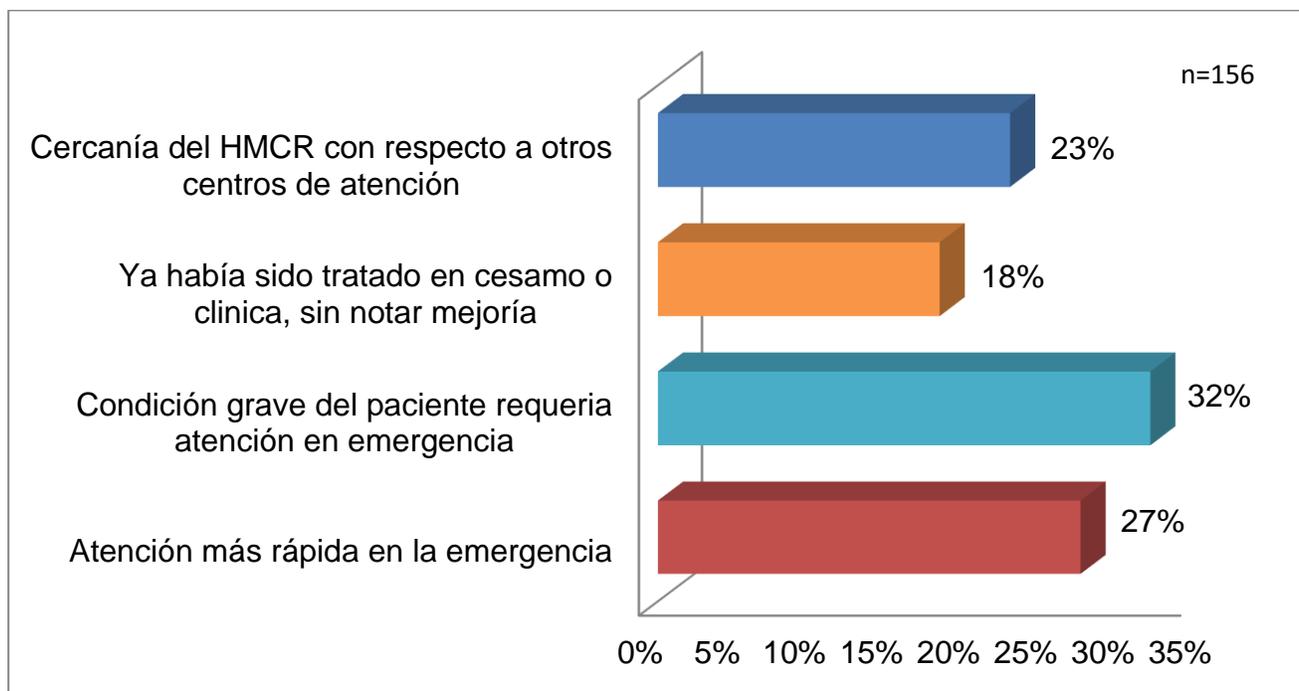
**Gráfico 5. Pacientes beneficiarios del IHSS**



### Decisión del padre

El 32% los padres refirió que el motivo para llevar a su hijo a la emergencia era porque la condición de salud de su hijo era muy grave y requería atención inmediata. El 27% consideraba que la atención sería más rápida en la emergencia. Un 23% consideraba que el HMCR era más cercano con respecto a otros centros de atención. Y un 18% refería que buscaban atención en la emergencia por que ya había consultado por misma condición en otros centros de atención, sin notar mejoría de su hijo.

**Gráfico 6.** Razón para acudir a la Emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas



**Calidad de atención:**

El 57% de los padres consideran que si tuvieran la posibilidad de acudir a otro sitio de atención, llevarían a su hijo(a) a un consultorio. Y el 43% restante a un médico privado.

**Tabla 6.** Sitio de atención en lugar de acudir a la emergencia

	Cantidad	Porcentaje
Consultorio	89	57%
Médico privado	67	43%
Total	156	100%

Para la condición actual, el 73% consideran que la emergencia es el mejor sitio de atención.

**Tabla 7.** La emergencia es el mejor lugar de atención

	Cantidad	Porcentaje
Si	114	73%
No	42	27%
Total	156	100%

## Conocimiento de la diferencia entre condiciones urgentes y no urgentes

El 64% de los padres refirió que si hubieran tenido una cita en un consultorio médico, no habrían llevado a su hijo a la emergencia. Pero a pesar de ello, el 77% aún afirma que su hijo necesita atención urgente. Podría estar relacionado con el hecho que el 95% de los padres no ha recibido información sobre qué es una situación urgente, diferencia entre urgencia y tiempo de atención y cuáles son las condiciones que ameritan una atención en un DE.

**Tabla 8.** Acude a la emergencia, aun con cita en un consultorio médico

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	56	36%
<b>No</b>	100	64%
Total	156	100%

**Tabla 9.** Su hijo tiene una enfermedad que necesita atención urgente

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	34	77%
<b>No</b>	10	23%
Total	156	100%

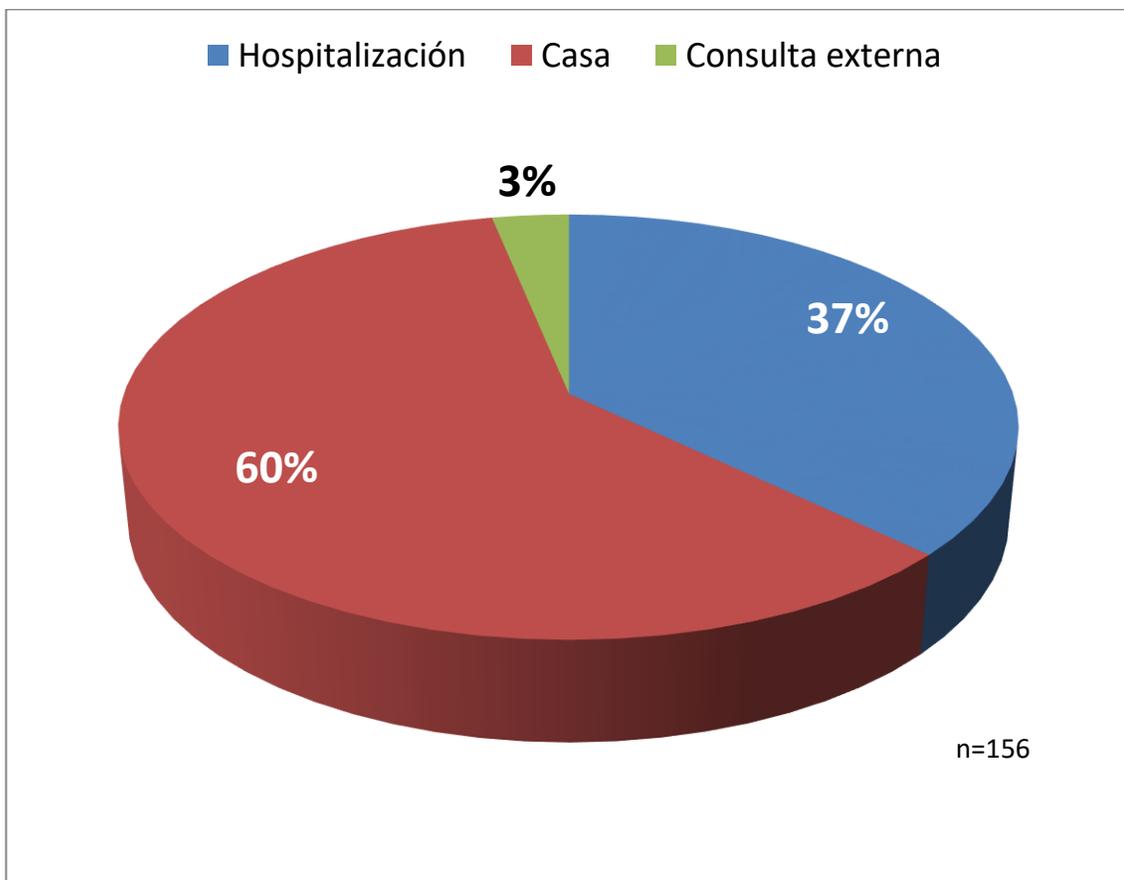
**Tabla 10.** Información recibida sobre situaciones que requieren atención en emergencias

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	2	5%
<b>No</b>	42	95%
Total	156	100%

## Urgencia Real o Urgencia Percibida

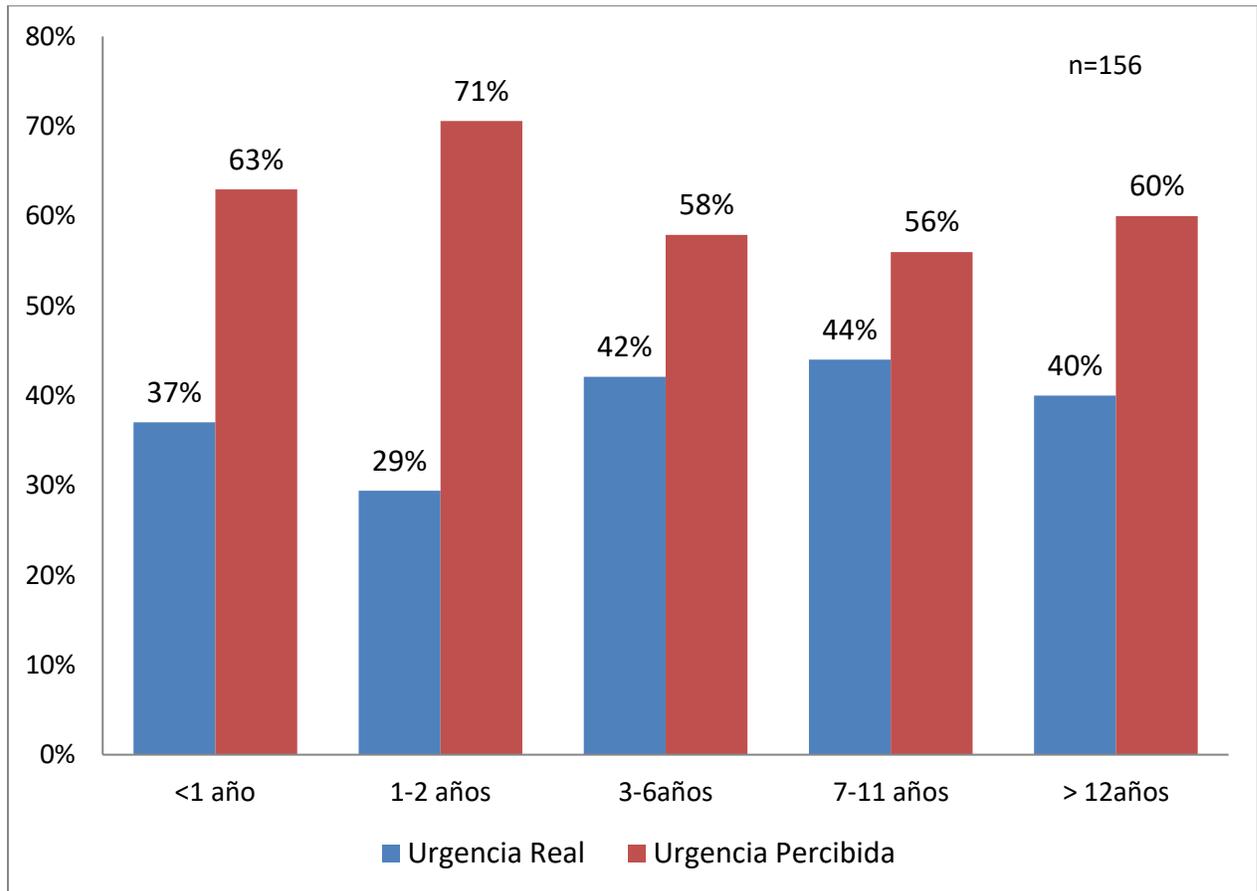
Para poder clasificar como urgencias reales o percibidas, se tomó en cuenta cuál fue la conducta médica con respecto a su condición. Si el paciente fue hospitalizado, se consideró una urgencia real y si fue enviado a casa o a consulta externa, se clasificó como urgencia percibida. De ésta manera, el 63% (98) de los casos se trataron de urgencias percibidas y sólo el 37% (58) de urgencias reales.

**Gráfica 7.** Destino del pacientes/ Percepción de Urgencia



## Percepción de Urgencia y Edad del Paciente

**Gráfico 8.** Relación entre la Percepción de Urgencia y la Edad del Pacientes

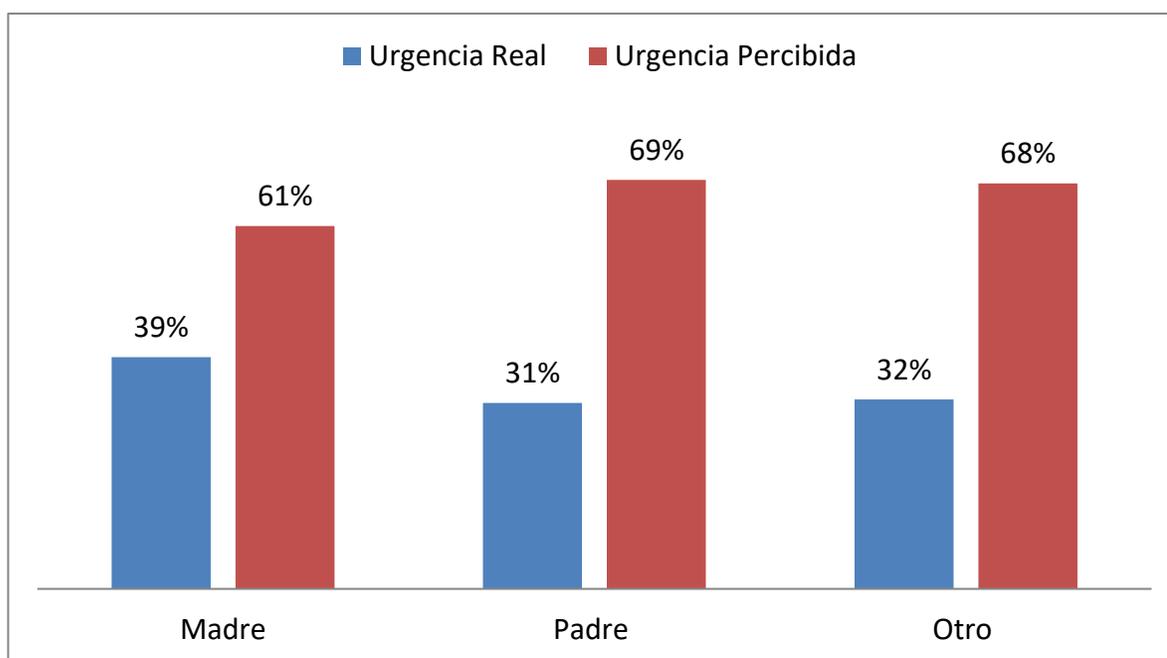


Al asociar la edad del paciente con la percepción de urgencia, se pudo observar que aquellos pacientes menores de 2 años solían ser catalogados como urgencias percibidas, en un 63-71% de los casos, comparado con 29-37% de urgencias reales.. En cambio los pacientes mayores a esta edad, tenían tasas muy cercanas entre ambos tipos de urgencias.

## Percepción de Urgencia y Acompañante

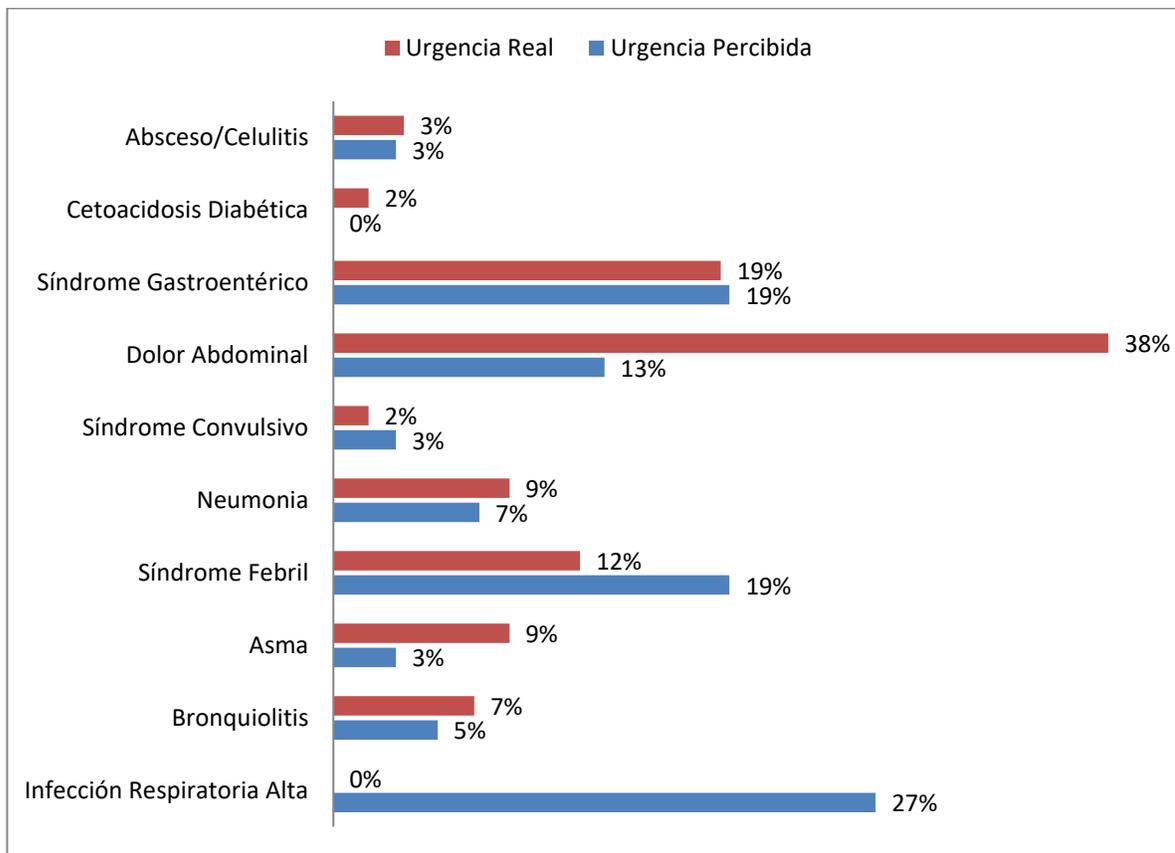
n=156

**Gráfico 9.** Relación entre Percepción de Urgencia y el Acompañante del paciente



En el 39% de los pacientes que fueron llevados a la emergencia por sus madres, se catalogaron como urgencias reales y el 61% como urgencias percibidas. En cambio el 31% de los niños que fueron llevados por sus padres fueron clasificados como urgencias reales y el 69% como urgencias percibidas. Las madres podrían tener una mejor percepción de que condiciones son urgentes en comparación con los padres u otro familiar/tutor

## Percepción de Urgencia y Condición de Consulta



En cuanto a las condiciones médicas, la principal razón de consulta médica en el caso de la urgencias percibidas, fueron las infecciones respiratorias altas (27%), seguidas por los síndromes febriles y gastroentéricos (19% ambas). Sobre las urgencias reales, el motivo de consulta más frecuente fueron los dolores abdominales (38%), seguido por los síndromes gastroentéricos (generalmente asociados a algún grado de deshidratación o intolerancia a la vía oral) y en último lugar por los síndromes febriles (12%)

## Capítulo 7. DISCUSIÓN

Del total de atenciones incluidas en nuestro estudio, un 63% se trataron de urgencias percibidas o condiciones no urgentes, sólo 37% de ellas eran urgencias reales. Un porcentaje un poco mayor, al compararlo con el estudio realizado por Vásquez (9), donde la mitad de los casos eran urgencias percibidas. En nuestro caso, las urgencias reales son menores, ya que los padres tienden a utilizar el servicio de urgencia cuando los niños presentan sintomatología que puede ser manejar en un consultorio de atención primaria. Esto podría explicar que la percepción de urgencia de los padres no está correlacionada con la evaluación médica del paciente. (24)

Las madres fueron el familiar responsable de llevar al niño en busca de atención médica en la mayoría de los casos, seguido por otros familiares o tutores, y en último lugar los padres. El grado de escolaridad también fue un factor importante, ya que la mayoría de los padres sólo contaban con la primaria. Según Morrison et al, entre menor es el grado de escolaridad y por tanto, de los conocimientos en salud que puedan poseer los padres, mayor es el riesgo que éstos acudan a un DE por una condición no urgente, y es en estos padres que deben realizarse intervenciones enfocados en informar sobre qué condiciones requieren atención urgente y de ésta manera reducir la utilización innecesaria del DE. (25) (26)

Al indagar cual es el sitio al que suelen llevar a sus hijo para atención de rutina, un 53% refirió que a la emergencia del HMCR y consistente con ello, un 72% de los padres acudieron a dicha área sin haber consultado en otro sitio previo, ya sea centro de salud o consulta externa y la principal razón referida para acudir directamente a la emergencia fue porque les resultaba más cercano el hospital. Chen et al, condujeron un estudio en Carolina del norte, donde investigaban el factor de conveniencia, principalmente la distancia que debía viajar el pacientes y encontraron que aquellos pacientes que vivían en las cercanías de los centros hospitalarios son más propensos a realizar consultas no urgentes. Del 28% restante, la principal razón para acudir al HMCR fue porque no había notado mejoría en la condición del niño con el tratamiento indicado (27). El factor de conveniencia debe tomarse muy en cuenta como predictor de visitas por razones no urgentes. (28)

El análisis de los tipos de urgencias, permite establecer estrategias de acción para dar mejor calidad de atención. Un aspecto fundamental es el prevenir la sobreutilización de estos servicios, lo cual se da en situaciones donde el motivo de consulta pudiera resolverse en otros ambientes como un consultorio. (29)

Al estudiar las urgencias percibidas, la principal razón de consulta médica fueron los cuadros respiratorios altos y los síndromes febriles. Morrison et al, también establece en otro de sus estudios que la fiebre presenta un verdadero desafío para los cuidadores que tienen un nivel de conocimientos bajo. Ya que requiere establecer cuál es el valor numérico de la temperatura, reconocer y tratar adecuadamente otros síntomas. Ya que suelen tener pobre entendimiento de la enfermedad y suelen dosificar de manera incorrecta los antipiréticos, lo que conduce a un mal manejo de la fiebre en casa. (30)

Con respecto a la edad de los pacientes, la mitad de los pacientes incluidos se trataban de niños menores a 2 años de edad. Esto es similar a lo referido por Uscher et al, quien establece que entre menor es la edad del paciente, mayor es la probabilidad de asistir a una emergencia por una condición no urgente. (5)

## **Capítulo 8. CONCLUSIONES**

Las madres suelen ser los familiares responsables que acuden en busca de ayuda médica para sus hijos en la sala de emergencia. La baja escolaridad de los padres y la poca información sobre entidades clínicas que requieren atención de urgencia fueron factores frecuentes.

La cercanía del hospital y la pronta resolución del motivo de consulta en la sala de emergencia, es un factor que los usuarios consideran importante para decidir acudir a éste servicio.

La atención brindada en las áreas de emergencia a pacientes que no requieren tal atención, podría favorecer a perpetuar el mal uso de éste servicio. Por lo tanto, se requiere de una reestructuración de los servicios de pre-consulta o preclínica para la aplicación de una clasificación óptima de pacientes antes de pasar al DE y esto ayudaría en gran medida al aprovechamiento máximo del servicio, derivando desde antes la entrada de pacientes que realmente lo ameritan.

Además por parte de nosotros los pediatras la estandarización en la educación para la salud a los padres en el manejo de los síntomas y signos que ameriten el tratamiento de los niños con síntomas y signos leves, puede reducir la tasa de consultas por urgencias sentidas.

## **Capítulo 9. RECOMENDACIONES**

Realizar campañas informativas sobre qué condiciones ameritan atención en un centro de salud, consultorio de atención primaria o en una sala de emergencia, haciendo énfasis en las desventajas de un servicio de urgencia saturado.

Desincentivar el uso erróneo de las salas de emergencia al recibir sólo aquellos pacientes que acudan referidos desde un centro de 1° o 2° nivel de atención, o en todo caso derivándolo a un consultorio de atención primaria.

Separar el lugar donde se realiza el triaje, y donde se atiendan casos con urgencias reales de las percibidas según su clasificación inicial.

Conducir nuevos estudios que comparen la percepción de urgencias con la clasificación del triaje actual, implementado en la emergencia pediátrica a partir de junio de 2016, una vez que nuestro estudio había finalizado

## Capítulo 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Adams HA. Medicina de urgencias: generalidades. In Adams HA, Flemming , Friedrich , Ruschulte. Medicina de Urgencias. Madrid: Panamericana; 2008. p. 2-12.
2. Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 25]. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=emergencia>.
3. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010; 33(Supl1).
4. Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. Pediatr Emer Care. 2012 Oct; 28(10).
5. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. Am J Manag Care. 2013 Jan; 19(1).
6. He J, Hou Xy, Toloo S, Patrick JR, Fitz-Gerald G. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. World J Emerg Med. 2011; 2(4).
7. KAlidindi S, MAhajan P, Thomas R, Sethurama U. Parental Perception of Urgency of Illness. Pediatr Emer Care. 2010 Aug; 26(8).
8. Secretaría de Salud de Honduras. Secretaría de Salud. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 26]. Available from: [http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo\\_Nacional\\_de\\_Salud.pdf](http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf).
9. Vásquez I, Fuentes MdC. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Arch Inv Mat Inf. 2011 Ene; 3(1).
10. Bermúdez-Madriz J, Sáenz MdR, Muiser J, Acosta M. Sistema de Salud de Honduras. Salud Pública de México. 2011; 53 Supl 2.
11. Tudela P, Mòdol J. Urgencias Hospitalarias. Med Clin. 2003 Mayo; 120(18).
12. Hoot N, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects and Solutions. Ann Emerg Med. 2008 Aug; 52(2).
13. Moskop JC, Sklar D, Geiderman J, Schears R, Bookman K. Emergency Department Crowding, Part 2—Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. Ann Emerg Med. 2009 May; 53(5).
14. Moskop JC, Sklar D, Geiderman J, Schears R, Bookman K. Emergency Department Crowding, Part 1—Concept, Causes, and Moral Consequences. Ann Emer Med. 2009 May; 53(5).
15. Brousseau D, Mistry R, Alessandrini E. Methods of Categorizing Emergency Department Visit Urgency - A Survey of Pediatric Emergency Medicine Physicians. Pediatr Emer Care. 2006 Sept; 22(9).

16. Ellbrant J, Åkeson J, Åkeson P. Pediatric Emergency Department Management Benefits From Appropriate Early Redirection of Nonurgent Visits. *Pediatric Emergency Care*. 2015 February; 31(2).
17. Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage Assessment in Pediatric Emergency Departments - A National Survey. *Pediatr Emer Care*. 2010 Aug; 26(8).
18. Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, Numans ME, Buitendijk SE, Kocken P. A Novel Triage Approach to Identifying Health Concerns. *Pediatrics*. 2016 March; 137(3).
19. Duke T. New WHO guidelines on emergency triage assessment and treatment. *Lancet*. 2016 February; 387.
20. Chan CL, Lin W, Yang N, Lai R, Huang HT. Pre-Emergency-Department Care-Seeking Patterns Are Associated with the Severity of Presenting Condition for Emergency Department Visit and Subsequent Adverse Events. *PLOS One*. 2015 June; 10(6).
21. Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 November; 14(11).
22. Nokoff N, Brunner AM, Linakis JG, Amanullah S. Presentation to Either the Pediatric Emergency Department or Primary Care Clinic for Acute Illness. *Pediatric Emergency Care*. 2014 March; 30(3).
23. Secretaria de Salud de Honduras. Secretaría de Salud de Honduras. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 26. Available from: [http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo\\_Nacional\\_de\\_Salud.pdf](http://www.salud.gob.hn/documentos/Modelo_Nacional_de_Salud.pdf).
24. Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, Shea JA. A Qualitative Assessment of Reasons for Nonurgent Visits to the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2012 March; 28(3).
25. al Me. The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *Academic Pediatric Association*. 2013 October; 13(5).
26. Morrison Aea. Low Caregiver Health Literacy is Associated with Higher Pediatric Emergency Department Use and Non-urgent Visits. *Academic Pediatric Association*. 2014 March; 14(3).
27. Chen B, Cheng X, Bennett K, James H. Travel distances, socioeconomic characteristics, and health disparities in nonurgent and frequent use of Hospital Emergency Departments in South Carolina: a population-based observational study. *BMC Health Services Research*. 2015 May; 15(203).
28. Salami O, Salvador J, Vega R. Reasons for Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits: Perceptions of Health Care Providers and Caregivers. *PEdiatric Emergency Care*. 2012 January;

28(1).

29. Pines JM, McCarthy ML. Interventions to Improve Quality in the Crowded Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 2011 December; 18(12).
30. Morrison Aea. Caregiver Low Health Literacy and Nonurgent Use of the Pediatric Emergency Department for Febrile Illness. *Academic Pediatrics*. 2014 September - October; 14(5).

## Capítulo 11. ANEXOS

### 11.1. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Tipo de Urgencia	Atención médica solicitada en el servicio de urgencias que puede ser real si el problema pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata	-----	Urgencia Real Urgencia Percibida
Motivo de Consulta	Padecimiento que motivó al paciente a acudir al servicio de urgencias	-----	Tos Gripe Dificultad respiratoria Dolor abdominal Fiebre Síndrome diarreico Otros
Tiempo de Evolución	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al servicio de urgencias	Horas	<24 hrs 24 – 72hrs >72 hrs
Tiempo de Espera	Tiempo que el paciente tiene que esperar desde que llega al servicio de urgencias hasta que recibe la atención médica	Minutos	30 min 30-60 min > 60min
Destino	Decisión que se toma en el servicio de urgencias al concluir la valoración, sobre el ingreso o egreso hospitalario del pacientes	-----	Domicilio Hospitalización
Escolaridad	Nivel de preparación académica referida al momento de la	Grados aprobados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> </ul>

	encuesta		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secundaria</li> <li>Universitaria</li> </ul>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Meses y años	-----
Sexo	Diferencia entre hombre y mujer tomando en cuenta criterios y características anatómicas y cromosómicas	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>

## 11.2. Instrumento de Recolección de Datos

**Datos del paciente:** Edad: Sexo: H:\_\_\_\_ M:\_\_\_\_\_

### Datos de los Padres

Quien acompaña al niño(a) (marque X): Madre: Padre: Otro(indicar parentesco):

Edad de la Madre: Edad del Padre:

Escolaridad de la Madre: Escolaridad del padre:

Estado Civil:

### Acceso a Atención Primaria

1. Donde lleva a su hijo(a) normalmente para atención médica de rutina
2. Llevo a su hijo(a) a algún centro de salud o médico privado hoy? O en los últimos días?  
Por qué no?
3. Si fue llevado a un centro de salud, pero no fue atendido, por qué no fue atendido?

### Seguridad Social

1. Tiene Seguro Social (marque X): Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ si respuesta es afirmativa, por qué no acudió al IHSS?

### Decisión del padre

1. Por qué decidió venir a la emergencia en lugar de un centro de salud o su médico de cabecera?

### Calidad de atención:

1. Si existiera la posibilidad que su hijo fuera visto por otro médico en un consultorio hoy, en lugar de acudir a la emergencia. Que preferiría ud?

2. Usted cree que la emergencia es el mejor lugar para atender la enfermedad de su hijo(a)?

**Conocimiento de la diferencia entre condiciones urgentes y no urgentes**

1. Si le hubieran dado una cita para un consultorio médico para hoy por la mañana, ¿hubiera venido siempre a la emergencia?
2. Usted cree que su hijo(a) tiene una enfermedad que necesita atención urgente?
3. Usted cree que algo malo le habría pasado a su hijo(a) si hubieran esperado un día para que lo atendiera un médico en un consultorio?
4. Algún médico o enfermera le ha hablado sobre que situaciones se consideran urgencias y que es necesario que traiga a su hijo la emergencia? Si la respuesta es sí, ¿que condiciones serían?

### 11.3. Cronograma

	Segundo Año		Tercer Año	
	Enero - Junio	Julio - Diciembre	Enero - Junio	Julio - Diciembre
Concebir la idea				
Plantear el problema				
Elaborar el marco teórico				
Definir el tipo de investigación y el alcance				
Elegir el diseño				
Validar el instrumento de Recolección de Datos				
Seleccionar la muestra				
Presentar Primer borrador				
Recolectar los datos				
Analizar los datos				

#### 11.4. Consentimiento Informado

San Pedro Sula, Cortés \_\_\_\_\_ del Mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Estudio: Percepción de Urgencia

Por medio de la presente yo: \_\_\_\_\_ padre o madre de: \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio que se realiza en este hospital.

Se me ha explicado el propósito de la investigación, y soy consciente de los beneficios y complicaciones que puede traer el participar en este estudio, por lo que estoy de acuerdo con todo lo que se realizará. El investigador me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial por lo tanto, acepto libremente participar en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor