Peruvian Journal of
Health Care and Global Health

Artículo Original

Perfil de pacientes atendidos en urgencias: Implicaciones para la gestión de recursos y la planificación de servicios

Patient profile in emergency departments: Implications for resource management and service planning

Walter Enrique Prudencio-León[1,a], **Carla Ines Chavez-Castañeda**[2,b]

[1] Escuela de Medicina Humana, Universidad Peruana Unión (UPeU). Lima, Perú.
[2] Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
[a] Médico Epidemiólogo, Profesor de Epidemiología.
[b] Médico Auditor

Información del artículo

Citar como: Prudencio-León WE, Chavez-Castañeda CI. Perfil de pacientes atendidos en urgencias: Implicaciones para la gestión de recursos y la planificación de servicios. Health Care & Global Health.2025;9(2):63-69.
DOI: 10.22258/hgh.2025.92.225

Autor corresponsal
Walter Enrique Prudencio León
Dirección: Av. Los Pinos 865, Chaclacayo, Departamento C. Lima, Perú.
Email: walterprudencio@upeu.edu.pe / wpl29@hotmail.com
Teléfono: +51 999671847

Historial
Recibido: 09/05/2025
Revisado: 20/05/2025
Aceptado: 20/07/2025
En línea: 15/08/2025
Revisión por pares interna: Si
Revisión por pares externa: Si

OPEN ACCESS
CC BY

Resumen

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de las atenciones en el servicio de urgencias de un hospital privado durante los años 2021 al 2023. Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza el comportamiento de la atención en el servicio de urgencias. Se utilizó la base de datos administrativa de la institución. Las variables incluidas fueron: diagnóstico CIE-X; sexo, edad, sexo, prioridad y periodo de atención. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel 365 y Stata v.18.0. **Resultados:** Entre el 2021 y el 2023 se registraron en promedio 72,7 (IC95%:72,5 – 72,8) visitas diarias; el 36,8% perteneció a la población pediátrica y el 63,2% a la población adulta; existió una mayor demanda de atención en los meses de noviembre, diciembre y enero, se observó que el día con mayor número de visitas fue el lunes (16,8%). Según la clasificación CIE-X, las Enfermedades del sistema respiratorio (22%) y los Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (20%) constituyeron los diagnósticos más frecuentes entre las atenciones registradas. En cuanto a la cobertura asistencial, el 95% de las atenciones contaba con algún tipo de seguro. Respecto al alta, el 94,5% de los pacientes fue dado de alta con destino a su domicilio. Asimismo, se observaron las siguientes tasas de atención por prioridad en nuestros servicios: una tasa de 13,8/1000 atenciones para la prioridad I y de 198,4/1000 atenciones para la prioridad II. **Conclusiones:** El servicio de emergencia tiene una demanda de atención predominante adulta que presenta una patología que es resuelta el mismo día de la atención.

Palabras claves: Urgencias Médicas; Servicios Médicos de Urgencia; Epidemiología; Visitas a la Sala de Emergencias (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the epidemiological characteristics of emergency department visits at a private hospital from 2021 to 2023. **Materials and methods:** This was a retrospective observational study analyzing emergency department visit patterns. Data was extracted from the institution's administrative database. Variables included: ICD-X diagnosis, sex, age, priority level, and period of care. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel 365 and Stata v.18.0. **Results:** Between 2021 and 2023, an average of 72.7 visits per day (95% CI:72.5-72.8) were recorded. Of these, 36.8% involved the pediatric population and 63.2% the adult population. There was higher demand for care in November, December, and January, and Mondays consistently showed the highest number of visits (16.8%). According to the ICD-X classification, Diseases of the Respiratory System (22%) and Injury, Poisoning, and Certain Other Consequences of External Causes (20%) were the most frequent diagnoses among recorded visits. Regarding healthcare coverage, 95% of visits were covered by some type of insurance. For patient discharge, 94.5% of patients were discharged to their homes. Furthermore, the following priority-based service rates were observed: 13.8 per 1000 visits for Priority I and 198.4 per 1000 visits for Priority II. **Conclusions:** The emergency department predominantly serves an adult population presenting with conditions that are resolved on the same day of care.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Emergency Medical Services; Epidemiology; Emergency Room Visits (Source: MeSH, NLM).

Introducción

El servicio de emergencia es un pilar fundamental en los sistemas de salud. Dichos servicios se encuentran equipados para brindar una atención a los pacientes que acuden a cualquier hora los 365 días del año [1].

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la norma técnica del Ministerio de Salud del Perú definen una emergencia médica como una condición imprevista que requiere atención médica inmediata. Esta atención es crucial porque la situación representa un riesgo inminente para la vida o la salud del paciente. Si no se trata con prontitud, puede provocar consecuencias graves, como la muerte o secuelas incapacitantes permanentes [2] [3].

La demanda de las atenciones a nivel mundial y local de estos servicios se incrementa año tras año y en el sistema público este incremento favorece saturación, generando un impacto negativo en la imagen del servicio [1] [4] [5].

En nuestro país, según los datos abiertos de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) correspondientes al 2023, se registraron más de 11 millones de visitas a los servicios de urgencias. De este total, 2 millones de atenciones se realizaron en establecimientos del sector privado. Asimismo, el 50% (5,5 millones) del total nacional, se concentraron en el departamento de Lima [6].

Saber el perfil clínico-epidemiológico que presentan los pacientes que acuden a la emergencia nos permite lograr un acercamiento al conocimiento de las necesidades reales que ayudarán a la instauración y toma de decisiones que faciliten una mejor atención.

Existen pocas publicaciones sobre la dinámica de la atención en los servicios de emergencia del sector privado en nuestro país. El objetivo de la presente investigación fue determinar las principales características de los pacientes que visitan los servicios de urgencias e identificar las patologías más frecuentes causantes de dichas visitas.

Materiales y métodos

Diseño y lugar de estudio
Realizamos un estudio de tipo observacional retrospectivo con el objetivo de analizar la dinámica de la búsqueda de atención en el servicio de urgenciasde un establecimiento de salud privado (clínica nivel II-2) de la ciudad de Lima, Perú.

Población y muestra
La muestra estuvo conformada por todos los pacientes atendidos durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2023. Los datos se obtuvieron de la base administrativa de la clínica. La cual incluyó las variables de fecha y hora de atención, diagnóstico y prioridad de atención, así como las variables de edad, sexo y tipo de seguro del paciente atendido. La morbilidad atendida se codificó según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10).

Criterios de selección: Se incluyeron todos los casos atendidos en los servicios de urgencias con diagnóstico CIE-10.

Variables
Las variables que incluimos en el estudio fueron la edad (años), sexo (masculino y femenino), diagnóstico de atención (CIE-10), prioridad de atención, periodo de atención (fecha y hora), tipo de seguro, y alta del servicio de urgencias. En relación con las patologías identificadas, estas fueron evaluadas por las variables de sexo y edad. En el presente estudio no se ha realizado ninguna validación de los diagnósticos de estas bases de datos ni de la prioridad de atención.

Análisis estadístico
Para el análisis estadístico del estudio se utilizó el programa Stata versión 18 para Windows (StataCorp, College Station, TX, EUA) y Excel 365 (Microsoft, WA, EUA) para su recolección. Desarrollamos un análisis descriptivo en el cual representaron las variables estudiadas en tablas de frecuencia con porcentajes absolutos y relativos. Para el análisis inferencial se aplicó el Chi cuadrado, considerando como significativa una $p<0,05$.

Criterios éticos
Para la ejecución del estudio se solicitó la aprobación por la dirección de la institución. En el estudio se garantizó la confidencialidad de los datos.

Resultados

Durante el periodo analizado, se realizaron 70 219 visitas, el 36,8% (n=26 183) de las visitas realizadas perteneció a la población pediátrica y el 63,2% (n=44 036) a la población adulta.

De manera global, el 53,38% pertenecía al sexo femenino (razón hombre: mujer de 0,8:1) y el promedio de edad en la población adulta fue de 39,3 años (DE±15) con una edad mínima de 15 años y una máxima de 103 años. En el grupo de pediátricos predominó el sexo masculino (52,3%), con un promedio de edad de 4,9 años (DE±3,5), una edad mínima de 0 años y máxima de 14 años.

Entre el 2021 y el 2023 se registraron en promedio 72,7 (IC95%:72,5-72,8) visitas diarias, con un rango de atenciones de 40 visitas (2021) y 80 visitas (2022). Se produjeron más visitas en los meses de noviembre, diciembre y enero, siendo el mes con menos visitas febrero ($p=0,001$) (Tabla 1). Los días de la semana presentaron distribución equilibrada en el número de

Tabla 1. Características de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias.

Variables	Atenciones en la urgencia				p-valor
	Total	2021	2022	2023	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
N	n=70219	n=15653	n=26943	n=27623	
Edad	26,5 (sd± 20,61)	30,1 (sd± 20,79)	25,7 (sd± 20,35)	25,3 (sd± 20,53)	<0,001
Población					<0,001
Pediátricos	26183 (37,29)	4564 (29,16)	10411 (38,64)	11208 (40,57)	
Adultos	44036 (62,71)	11089 (70,84)	16532 (61,36)	16415 (59,43)	
Sexo					0,010
Masculino	32873 (46,81)	7526 (48,08)	12497 (46,38)	12850 (46,52)	
Femenino	37327 (53,16)	8122 (51,89)	14439 (53,59)	14766 (53,46)	
Pagador					<0,001
Particular	3418 (4,87)	1007 (6,43)	1335 (4,95)	1076 (3,90)	
EPS	50617 (72,08)	10367 (66,23)	19977 (74,15)	20273 (73,39)	
Seguros	7099 (10,11)	1601 (10,23)	2652 (9,84)	2846 (10,30)	
Convenios	3190 (4,54)	758 (4,84)	1146 (4,25)	1286 (4,66)	
Plan Salud	78 (0,11)	13 (0,08)	41 (0,15)	24 (0,09)	
SCTR	2834 (4,04)	1032 (6,59)	897 (3,33)	905 (3,28)	
SOAT	2983 (4,25)	875 (5,59)	895 (3,32)	1213 (4,39)	
Turno de atención					<0,001
Noche	23636 (33,66)	4801 (30,67)	9037 (33,54)	9798 (35,47)	
Mañana	46583 (66,34)	10852 (69,33)	17906 (66,46)	17825 (64,53)	
Dia de la semana					0,014
Domingo	8396 (11,96)	1745 (11,15)	3301 (12,25)	3350 (12,13)	
Lunes	11827 (16,84)	2655 (16,96)	4499 (16,70)	4673 (16,92)	
Martes	10373 (14,77)	2257 (14,42)	3955 (14,68)	4161 (15,06)	
Miércoles	10201 (14,53)	2328 (14,87)	3861 (14,33)	4012 (14,52)	
Jueves	10189 (14,51)	2271 (14,51)	3972 (14,74)	3946 (14,29)	
Viernes	9636 (13,72)	2202 (14,07)	3636 (13,50)	3798 (13,75)	
Sábado	9597 (13,67)	2195 (14,02)	3719 (13,80)	3683 (13,33)	
Mes					<0,001
Enero	6537 (9,31)	1306 (8,34)	3288 (12,20)	1943 (7,03)	
Febrero	4365 (6,22)	1128 (7,21)	1368 (5,08)	1869 (6,77)	
Marzo	5514 (7,85)	1342 (8,57)	1766 (6,55)	2406 (8,71)	
Abril	5824 (8,29)	1298 (8,29)	1773 (6,58)	2753 (9,97)	
Mayo	5332 (7,59)	1143 (7,30)	2045 (7,59)	2144 (7,76)	
Junio	5860 (8,35)	1085 (6,93)	2320 (8,61)	2455 (8,89)	
Julio	5922 (8,43)	1212 (7,74)	2553 (9,48)	2157 (7,81)	
Agosto	5825 (8,30)	1299 (8,30)	2306 (8,56)	2220 (8,04)	
Septiembre	5763 (8,21)	1230 (7,86)	2118 (7,86)	2415 (8,74)	
Octubre	6033 (8,59)	1475 (9,42)	2182 (8,10)	2376 (8,60)	
Noviembre	6660 (9,48)	1472 (9,40)	2851 (10,58)	2337 (8,46)	
Diciembre	6584 (9,38)	1663 (10,62)	2373 (8,81)	2548 (9,22)	
Prioridad de atención					<0,001
Prioridad I	960 (1,37)	64 (0,41)	822 (3,05)	74 (0,27)	
Prioridad II	13803 (19,66)	4594 (29,35)	5196 (19,29)	4013 (14,53)	
Prioridad III	37830 (53,87)	9587 (61,25)	15303 (56,80)	12940 (46,85)	
Prioridad IV	16953 (24,14)	1310 (8,37)	5466 (20,29)	10177 (36,84)	

atenciones, mientras que la demanda fue mayor al inicio de la semana: lunes 14078 (16,8%), seguido por los martes con 12395 (14,8%), miércoles 12150 (14,5%), jueves 12125 (14,5%) (p=0,014). La mayor demanda de atención se produjo durante el horario de 08:00 a 19:00 horas (p=0,001).

El 21,2% (n=14 763) de las atenciones fue catalogada como prioridad I y II, lo que representa una tasa de atenciones por prioridad I de 13,8 por cada 1000 atenciones y una tasa de atenciones por prioridad II de 198,4 atenciones por cada 1000 atenciones.

El 95% (n=66 801) de las atenciones realizadas presentaba alguna cobertura por seguro, siendo las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) el tipo más frecuente (75,7%). El gasto de bolsillo representó el 4,8%. Las atenciones por el seguro obligatorio de accidente de tránsito (SOAT) representaron el 4,2%, mientras que las atenciones por el seguro complementario por riesgo de trabajo (SCRT) representaron el 4%. En la mayoría de las visitas [94,5% (n=66 357)] el destino al alta fue el domicilio, solo el 1,8% (n=1264) de las visitas a la urgencia requirieron ingreso hospitalario.

Quince diagnósticos concentran el 60,6% (n=42553) de todas las visitas a las urgencias en estos tres años: el COVID-19 [CIE-X: U07] representó el 8,6% (n=6039), Faringitis aguda [CIE-X: J02] con el 8,2% (n=5758), Rinofaringitis aguda [resfriado común] [CIE-X: J00] con 6,6% (n=4634), Fiebre de origen desconocido [CIE-X: R50] con 6,5(n=4564), el Dolor abdominal y pélvico [CIE-X: R10] con el 6,4%(n=4494), la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso [CIE-X: A09] con el 6,2% (n=4354), Náusea y vómito [CIE-X: R11] con 3,0%(n=2107), Dorsalgia [CIE-X: M54] con 2,8% (n=1966), Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie [CIE-X: S93] con 1,9% (n=1334), Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo [CIE-X:T00] 1,8% (n=1264), Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano [CIE-X: S60] 1,8% (n=1264), Bronquitis aguda [CIE-X: J20] 1,8% (n=1264), Traumatismo superficial de la pierna [CIE-X: S80] 1,7% (n=1194), Otros trastornos del sistema urinario [CIE-X: N39] 1,6% (n=1124), y el Traumatismo superficial del tobillo y del pie [CIE-X: S90] 1,5% (n=10536) (Tabla 2).

Según la CIE-10, el capítulo más frecuente fue el correspondiente a las Enfermedades del sistema respiratorio (22%) en el que destacan los siguientes diagnósticos: Faringitis aguda, Rinofaringitis aguda y Bronquitis aguda, las cuales representaron el 75,8% de estas enfermedades. El capítulo de Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas representaron el 20,6% de las visitas a la emergencia. Los diagnósticos más frecuentes de este capítulo fueron: Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie, Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano, Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo, Traumatismo superficial de la pierna, Traumatismo superficial del tobillo y del pie, estos diagnósticos representaron el 41,9% de este capítulo del CIE – X.

Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la urgencia en salud como un evento de salud imprevisto, que surge en cualquier contexto y presenta una diversidad de causas y grados de severidad. Esta condición genera una percepción inmediata de necesidad de atención médica tanto en el paciente como en su entorno familiar. La definición de la OMS subraya la heterogeneidad inherente a las urgencias, abarcando tanto aspectos objetivos, como la gravedad y la rapidez de inicio del proceso patológico, como subjetivos, relacionados con la percepción de urgencia por parte del paciente. Esta dualidad implica que no todas las urgencias son clínicamente iguales y que la urgencia no es sinónimo de gravedad. La expectativa de una respuesta rápida y efectiva por parte del sistema de salud, inherente a la percepción de urgencia, subraya la importancia de una evaluación clínica precisa y adecuada para categorizar y priorizar las demandas asistenciales [7][8].

La dinámica de las visitas por mes y día de la semana es similar a la de otros estudios Internacionales [1][9][10][11][12][13] y nacionales [4][14], observando un incremento en las atenciones cada año. La creciente demanda de los servicios de urgencia es, en gran medida, consecuencia de las deficiencias en la atención primaria de salud, el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas y la falta de una primera línea de atención efectiva, generando una mayor presión sobre los servicios de urgencia, los cuales se ven obligados a gestionar un volumen creciente de pacientes con diversas necesidades [5][7][11].

Las patologías que motivaron la atención de urgencias por capítulos CIE-X son similares a los descritos en otros estudios [1][4][9][15][16][17] En cuanto al destino al alta, la mayoría fue derivada a su hogar como se reporta en la literatura. [1][13][14][16][17][18]. Encontramos diferencias en el sexo, siendo la mayoría de las atenciones en el sexo femenino, similares a lo reportado a nivel nacional [4][14] e internacional [1][8][9][19][20].

El uso de los servicios de urgencias por parte de la población pediátrica fue similar a otros estudios [17].

El estudio ha revelado un aumento constante en la demanda a lo largo del tiempo. A diferencia de las razones comunes para el incremento de la demanda en el sector público, como la falta de atención primaria o

Tabla 2. Morbilidad atendida en los servicios de urgencias.

Categoría CIE-X	Patología	Urgencias 2021					Urgencias 2021					Urgencias 2021				
		Sexo		Total	(%)	Rank	Sexo		Total	(%)	Rank	Sexo		Total	(%)	Rank
		Hombres	Mujeres				Hombres	Mujeres				Hombres	Mujeres			
U07	COVID-19			2009	12,8	1			3427	12,7	1			612	2,0	8
	Pediátricos	35	22				70	86				4	2			
	Adultos	886	1066				1330	1941				236	370			
J02	Faringitis aguda			610	3,9	6			2424	9,0	2			2747	10,0	1
	Pediátricos	107	104				528	456				700	668			
	Adultos	171	228				607	833				575	804			
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]			615	3,9	5			1938	7,2	3			2116	8,0	2
	Pediátricos	272	260				825	767				703	660			
	Adultos	38	45				130	216				293	460			
R50	Fiebre de origen desconocido			960	6,1	4			1742	6,5	4			1870	7,0	4
	Pediátricos	415	406				819	759				828	808			
	Adultos	59	80				74	90				103	131			
R10	Dolor abdominal y pélvico			1091	7,0	2			1652	6,1	5			1778	6,0	5
	Pediátricos	80	60				165	150				173	189			
	Adultos	292	659				412	925				441	975			
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso			999	6,4	3			1425	5,3	6			1956	7,0	3
	Pediátricos	329	271				443	394				485	350			
	Adultos	165	234				211	377				425	696			
R11	Náusea y vómito			527	3,4	8			872	3,2	7			679	2,0	7
	Pediátricos	226	201				355	402				292	268			
	Adultos	16	84				18	97				32	87			
M54	Dorsalgia			560	3,6	7			693	2,6	9			724	3,0	6
	Pediátricos	4	1				4	3				6				
	Adultos	262	293				343	343				336	382			
S93	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie			317	2,0	10			491	1,8	10			540	2,0	11
	Pediátricos	13	17				35	33				27	21			
	Adultos	128	159				172	251				210	282			
T00	Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo			478	3,0	9			437	1,6	12			334	1,0	18
	Pediátricos	1	4				7	5				1				
	Adultos	300	173				257	168				177	156			
S60	Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano			262	1,6	13			444	1,6	11			543	2,0	10
	Pediátricos	12	14				46	38				72	60			
	Adultos	146	90				227	133				253	158			
J20	Bronquitis aguda			162	1,0	19			813	3,0	8			262	1,0	23
	Pediátricos	92	50				381	317				66	64			
	Adultos	8	12				45	70				52	80			
S80	Traumatismo superficial de la pierna			296	1,8	11			410	1,5	13			485	2,0	12
	Pediátricos	9	7				23	15				27	21			
	Adultos	176	104				215	157				233	204			
N39	Otros trastornos del sistema urinario			286	1,8	12			395	1,5	14			433	2,0	14
	Pediátricos	14	66				28	94				18	102			
	Adultos	18	188				33	240				36	277			
S90	Traumatismo superficial del tobillo y del pie			200	1,2	17			371	1,4	15			453	2,0	13
	Pediátricos	7	15				32	23				44	32			
	Adultos	96	82				162	154				204	173			

el envejecimiento de la población, aquí se observa una particularidad: la gran mayoría de los pacientes cuentan con algún tipo de seguro de salud, principalmente EPS. Esto sugiere que la accesibilidad económica no es la barrera principal. En cambio, la percepción de inmediatez y la disponibilidad de la atención primaria parecerían ser los factores clave que llevan a los pacientes a optar por la urgencia.

Nuestro estudio encontró que la mayoría de los pacientes atendidos en las urgencias comprendían al grupo etario entre 30 y 59 años (etapa de vida adulta), a diferencia de otros estudios [4][14][16].

El estudio reveló un posible uso inapropiado de los servicios de emergencia, un fenómeno reportado globalmente [20][21][22]. Durante el 2023, la mayor demanda de atenciones correspondió a la prioridad tipo III, siendo la faringitis aguda [CIE-X: J02] la causa más frecuente. Este patrón de uso puede sobrecargar los recursos del servicio y disminuir su eficiencia para atender emergencias reales.

Las razones detrás de este uso inadecuado son complejas, pero la literatura sugiere dos factores principales: el difícil acceso a la atención primaria (caracterizado por citas prolongadas o tiempos de consulta insuficientes) y la falta de educación del paciente sobre cuándo y dónde buscar el nivel de atención más apropiado. [11][20] El hecho de que la mayoría de estos pacientes fueran dados de alta a domicilio confirma que muchas de estas atenciones no eran emergencias críticas y podrían haberse manejado eficazmente en un entorno de atención primaria.

Las limitaciones presentadas durante la realización del estudio son: primero, la data fue obtenida de la base administrativa de la institución el cual podría presentar algún sesgo en el registro de la información; sin embargo, la mayoría de las variables estudiadas son obtenidas a través de nuestra historia clínica electrónica; segundo, los datos presentados representan a una población local y específica, lo cual no podría extrapolarse a nivel nacional.

Conclusiones

El servicio de emergencia atiende predominantemente a una población adulta, resolviendo la mayoría de las patologías el mismo día de la consulta, lo que subraya su rol como punto de acceso crucial para condiciones agudas. Los patrones de demanda, con picos estacionales y al inicio de la semana, junto con la alta cobertura de seguros de salud, sugieren que el uso del servicio va más allá de las emergencias vitales. Parece influenciado por la percepción de inmediatez y la conveniencia, posiblemente superando el uso de la atención ambulatoria programada. El elevado porcentaje de atenciones de baja prioridad (tipo III), sumado al bajo porcentaje de ingresos hospitalarios, indica un posible uso inadecuado del servicio de emergencia para condiciones no urgentes. Esta situación puede sobrecargar los recursos, afectando la eficiencia operativa y la capacidad de respuesta para casos verdaderamente críticos. Esto no solo repercute en la experiencia del paciente, sino también en la gestión general de los recursos hospitalarios.

Para optimizar la gestión de la demanda y asegurar que los recursos del servicio de emergencia se concentren en su misión principal, se recomiendan la posibilidad de implementar campañas informativas dirigidas a pacientes y sus familias, destacando la diferencia entre una urgencia vital y una condición que puede manejarse en la consulta externa. Estas campañas podrían difundirse a través de la web del hospital, folletos en salas de espera, redes sociales o mensajes directos a asegurados, proporcionando guías claras y accesibles. Mejorar la accesibilidad de las consultas externas, ampliando horarios de atención, optimizando sistemas de citas (como citas el mismo día para casos no urgentes) y explorando la telemedicina para valoraciones iniciales, a la vez que se promueven activamente los beneficios de la atención primaria y especializada, enfatizando su manejo más integral y costo-efectivo para condiciones no urgentes.

Información complementaria

Contribución de los autores: **WEPL:** Participó en la concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y aprobación de su versión final. **CICC:** Participó en la concepción del estudio, análisis, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Fuente de financiamiento: Este estudio no recibió ningún tipo de subvención económica por parte de agencias de financiación ni del sector público ni privado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con la publicación de este estudio.

Agradecimientos: Ninguno.

Disponibilidad de datos: No aplicable.

Referencias

1. González-Peredo R, Prieto-Salceda MD, Campos-Caubet L, Fernández-Díaz F, García-Lago-Sierra Á, Incera-Alvear IM. Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. Medicina de Familia SEMERGEN. 2018;44(8):537–548. DOI: 10.1016/j.semerg.2018.05.009.

2. Carrasco Jiménez MS PCJA. Tratado de Emergencias Médicas. Aran. Madrid; 2000.
3. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. NT No42-MINSA/ DGSP-V.01. Lima-Perú; 2007. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417851/117933904798456740620191106-32001-yhk5it.pdf?v=1573077740
4. Vásquez-Alva R, Amado-Tíneo J, Ramírez-Calderón F, Velásquez-Velásquez R, Huari-Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An Fac med. 2016;17(4):379–85. DOI:10.15381/anales.v77i4.12654.
5. Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Gázquez Pons M, Buti Solé M. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. Emergencias. 2004;16:178-83.
6. Superintendencia Nacional de Salud. SUSALUD. Datos Abiertos. Disponible en: http://datos.susalud.gob.pe/
7. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. emergencias 2006;18:156–64.
8. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2009;21:339-45.
9. Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc). 2004 Nov 6;123(16):615-8. DOI: 10.1016/s0025-7753(04)74618-7.
10. Cairns C, Ashman JJ, King JM. Emergency Department Visit Rates by Selected Characteristics: United States, 2021. NCHS Data Brief. 2023 Aug;(478):1-8.
11. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. Int Emerg Nurs. 2017 Nov;35:51-55. DOI: 10.1016/j.ienj.2017.06.001.
12. Fekadu G, Lamessa A, Mussa I, Beyene Bayissa B, Dessie Y. Length of stay and its associated factors among adult patients who visit Emergency Department of University Hospital, Eastern Ethiopia. SAGE Open Med. 2022 Aug 10;10:20503121221116867. DOI: 10.1177/20503121221116867.
13. Cairns C, Ashman JJ, Kang K. Emergency Department Visit Rates by Selected Characteristics: United States, 2022. NCHS Data Brief. 2024 Aug;(503):10.15620/cdc/159284. DOI: 10.15620/cdc/159284.
14. Amado JP, Vasquez R, Huari RW, Palacios AN. Readmisión frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Lima-Perú 2012. Rev Soc Per Med Interna. 2015;28(4):153–157.
15. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. An Sist Sanit Navar. 2009;32(3):371-384. DOI: 10.23938/ASSN.0133.
16. Torné Vilagrasa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarin Rua M, Borrell Thió C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona Aten Primaria. 2003;32(7):423-424. DOI: 10.1016/S0212-6567(03)70761-6.
17. Erich Steve Picón Silva, Julián Hernando Salgado Hernández, Miguel Angel Saavedra Ortiz. Perfil epidemiológico del servicio de urgencias según motivo de consulta. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2013;22(3):197–203.
18. Hooker EA, Mallow PJ, Oglesby MM. Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). J Emerg Med. 2019;56(3):344-351. DOI: 10.1016/j.jemermed.2018.12.025.
19. Pascasie K, Mtshali NG. A descriptive analysis of Emergency Department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. African Journal of Emergency Medicine. 2014;4(4):178–183. DOI: 10.1016/j.afjem.2013.10.001.
20. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007;7:131. DOI: 10.1186/1472-6963-7-131.
21. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, Middleton R, Eagar K. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. Emerg Med Australas. 2007;19(4):333-340. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2007.00968.x.
22. Wang R, Lukose K, Ensz OS, Revere L, Hammarlund N. Emergency department visit frequency and health care costs following implementation of an integrated practice unit for frequent utilizers. Acad Emerg Med. 2024;31(11):1112-1120. DOI: 10.1111/acem.14973.