

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



**PROGRAMA DE POSTGRADO EN
GERENCIA DE LA SALUD**

**Evaluación del impacto de la Re-estructuración realizada en el año 2007,
en el Servicio de Urgencias del Hospital C.L.V.V.**

**Tesina sometida a la consideración del Tribunal Examinador del Programa
de Postgrado en Gerencia de la Salud para optar al Título de Especialista en
Administración de Servicios de Salud**

Roy Ledezma Ramírez

**San José, Costa Rica
Mayo, 2008**

-

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MBA. Leonidas Martínez Vargas
Presidente del tribunal

MSc. Evelio Quesada Naranjo
Director de Tesina

Dr. Jorge Eduardo Chacón Madrigal
Examinador designado

Roy Ledezma Ramírez
Sustentante

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la vida y la salud para ver concluido este trabajo con éxito. A mis Queridos padres, que a pesar de sus enfermedades me han acompañado y bendecido cada día con sus oraciones y consejos, alimento vital para todo mi ser. A mis compañeros de Grupo de trabajo durante el proceso de aprendizaje, que con gran sabiduría y humildad, lograron entenderme y ayudarme en todos y cada uno de los objetivos logrados.

Dedicatoria

Este esfuerzo se lo dedico a mi esposa Margie, y a mis Tres hijas Nyeska, Tiffany y Solanly, que desde su llegada a mi vida, han significado la principal fuente de inspiración para mi desarrollo persona y profesional. Que Dios las bendiga por siempre.

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo pretende fundamentalmente evaluar el nuevo sistema de atención y Triage de pacientes (consultorio de valoración y clasificación), implementado en el Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Luís Valverde Vega de la comunidad de san Ramón en la Provincia de Alajuela, en un periodo comprendido entre el 13 de Junio y el 31 de Diciembre del 2007. Para este estudio se tomaron en cuenta el análisis del sistema tradicional de atención desarrollado históricamente en nuestro país, y practicado en el hospital antes de de la incorporación de el sistema de Triage. Para ello se utilizo el análisis FODA del servicio.

Los principios de la valoración y clasificación de los pacientes se basan en el concepto de TRIAGE, que en términos generales se basa en la clasificación de los pacientes según las prioridades de atención, en relación directa con las patologías documentadas por el médico.

En cuanto al nuevo sistema a implementar, se utilizo la experiencia del servicio de Urgencias del hospital San Rafael de la ciudad de Alajuela en el año 2006, y que se basa en la creación de una consulta de choque, mediante un consultorio medico que recibe todos los pacientes que se hagan presentes al departamento de Urgencias, y que los Clasifica y los prioriza, en cuanto a el tiempo de espera para su atención y abordaje definitivo. Como parte la evaluación se realizara un estudio de tiempos de espera, para cuantificar el impacto que a tenido el nuevo modelo de atención.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I Marco Conceptual	¡Error! Marcador no definido.8
1. Reseña Historica del Hospital.....	8
1.1 Antecedentes Historicos del Desarrollo de la Organización.....	10
1.2 Visión	11
1.3 Misión.....	12
1.4 Ubicación Geográfica.....	12
1.5 Diagrama de Flujo del Hospital.....	13
1.6 Tipos de productos y servicios que brinda y sus características.....	14
1.7 Labores realizadas, especialistas en medicina de emergencias.....	15
1.8 Justificación del estudio.....	19
1.9 Objetivos del estudio.....	20
CAPITULO II Marco Teorico.....	211
2. <i>Conosiendo los Servicios de Emergencias</i>	211
2.1 FODA	211
2.2 Sistema de TRIAGE	23
CAPITULO III Marco Metodologico	27
3.1 Sistemas de recoleccion de datos utilizados	27
3.1.1 Analisis FODA	27
3.1.2 Revisionde los archivos Estadisticos.....	279
3.1.3 Estudios de Tiempos de Espera.....	30
3.2 Alcances Limitaciones.....	31
3.2.1 Alcances del Servicio de urgencias año 2007.....	31
3.2.1.1 Recurso Humano.....	31
3.2.1.2 Recursos Materiales.....	32
3.2.1.3 Educación e investigación.....	33
3.2.2. Limitaciones.....	34
CAPITULO IV Diagnostico de la situacion actual.....	336
4. Reestructuración del Servicio de Emergencias	33
4.1 Modelo de atencion tradicional en los Servicios de Emergencia.....	34
4.1.1 Fortalezas.....	38
4.1.2 Debilidades Generales	38
4.1.3 Debilidades Planta Física.....	39
4.2 Nuevos Modelos de Atención.....	41
4.2.1 Consideraciones Generales.....	41
4.2.2 Objetivo General del Nuevo modelo de Atención.....	42
4.3 Tabulación y Descripción de los Resultados.....	43
CAPITULO V Resultados Obtenidos.....	63
CAPITULO VI Conclusiones y Recomendaciones.....	70
6.1 Conclusiones.....	70
6.2 Recomendaciones.....	74
BIBLIOGRAFIA	766

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se pretende realizar una evaluación al nuevo sistema de atención implementado en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Luís Valverde Vega, durante el periodo comprendido entre el 13 de Junio al 31 de Diciembre del año 2007. La base fundamental del nuevo sistema fue, la implementación de un abordaje inicial de los pacientes desde su llegada al centro hospitalario, de tal forma que permitiera al cuerpo medico valorar y clasificar la prioridad de atención, según las patologías inicialmente documentadas o sospechadas por el medico desde el punto de vista clínico.

La intención del nuevo proyecto es cambiar y eliminar el sistema de atención tradicional usado en casi la totalidad de nuestros hospitales desde hace muchos años. En esta evaluación se tomaran en cuenta variables tales como resultados de la clasificación y Trige de los pacientes, cantidad de pacientes atendidos en cada categoría y los tiempos de espera de los usuarios desde su llegada al servicio de urgencias hasta su valoración médica definitiva.

Para la realización de este estudio se cuenta con el aval de la dirección y administración del centro hospitalario en estudio, así como la colaboración y anuencia de todos los trabajadores tanto del servicio de emergencias como del departamento de REMES y servicio de Admisión, de los cuales se ameritara mucha colaboración en vista de la gran cantidad de datos estadísticos que conlleva este análisis.

Las conclusiones y recomendaciones que de esta investigación surjan, serán presentados a las autoridades competentes del Hospital Carlos Luís Valverde vega (Dirección Medica, Dirección Administrativa, Jefaturas de Servicio de Urgencias, Dirección de Enfermería, Jefatura de REMES), para su análisis correspondiente y furas implementaciones, para el mejoramiento en las estrategias de atención de los usuarios del Servicio en estudio.

En los resultados del estudio se incluirán mediante tablas, gráficos y cuadros toda la información que se obtenga durante el proceso de investigación.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. *Reseña Histórica del Hospital*

El pueblo Ramonense, históricamente se ha caracterizado por su actitud de lucha, compromiso y colaboración en el proceso de construcción de su salud integral.

En el año 1886, surge la inquietud para dotar al cantón de San Ramón de un hospital. Fue en 1896, cuando se abrió el primer centro en una casa situada en la esquina noroeste del actual Colegio Patriarca. Luego en 1899, se reubicó en otra casa más grande, diagonal a la esquina noroeste de la Iglesia Parroquial.

Posteriormente, en el año 1896, al fundarse la primera Junta de Caridad, se inicia la construcción de un Hospital, (en el sitio donde se encuentra actualmente el Instituto Superior Julio Acosta García), que se inauguró el 05 de agosto de 1906, con el nombre de San Vicente de Paúl, el cual fue destruido por un terremoto en el mes de marzo de 1924.

Con el esfuerzo del pueblo se levanta un nuevo hospital al que se le dio el nombre de Hospital Nicolás Orlich. Este hospital, por los materiales usados para su construcción (bahareque) en aquel tiempo, se deterioró rápidamente.

En el año 1934, debido a que ningún médico quería trabajar en un lugar distante de la capital, el Dr. Carlos Luis Valverde Vega se ofreció venir desde San José, una vez por semana, a prestar sus servicios en forma gratuita. .

En la administración de don León Cortés (1936-1940), se inició la construcción de un nuevo hospital, pero en los años posteriores se paraliza la obra debido a dificultades económicas.

No fue sino hasta el 23 de marzo de 1949, en la sesión extraordinaria de la Junta de Salud y con el apoyo del Ministro de Salubridad Pública Dr. Raúl Blanco Cervantes y el Director General de Asistencia Médico Social Dr. Fernando

Escalante Pradilla (este último se destacó por su empeño en llevar a feliz término la obra), acuerdan construir un hospital completamente nuevo, con todos los adelantos de la moderna arquitectura hospitalaria.

En abril de 1952 se inicia la construcción del hospital en dos lotes comprados para dicho fin, el área del terreno es de 23,219.92 mt² en total, y se adquirió por un valor de ₡18.000.00. La obra fue adjudicada a la Compañía Quirós & Ulate y el plano arquitectónico fue diseñado por el Ing. Lenín Garrido Llovera. En la sesión del 05 de julio de 1953 de la Junta de Salud, se acordó darle el nombre de **Hospital Dr. Carlos Luís Valverde Vega**, cuyos servicios hospitalarios fueron inaugurados el 01 de marzo de 1955, por el entonces Presidente de la República don José Figueres Ferrer. El costo de la construcción y terreno fue de ₡1.313.352.55 y el equipo por un valor de ₡236.691.90.

A partir de esa fecha y siendo director del hospital el Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier, se inició con el apoyo de la comunidad, el desarrollo de un programa con una concepción integral de la salud, conocido como “Hospital sin Paredes”.

En el periodo de 1979 a 1982, se construyó el edificio anexo de Servicios Generales, promovido por el Dr. Ortíz y con el apoyo del Presidente de la República Rodrigo Carazo Odio.

El 21 de diciembre de 1984, se firma el Convenio de Traspaso del Hospital, propiedad de la Junta de Protección de San Ramón, a la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con la Ley 5349 del 24 de septiembre de 1973.

Para entonces, las instalaciones se encontraban deterioradas y con inadecuada distribución de la planta física y reducido espacio en infraestructura, por lo que fue necesario establecer un plan de reconstrucción y ampliación, así como de dotar de equipo moderno por parte de la institución.

1.1 Antecedentes Históricos del Desarrollo de la Organización

La ejecución del plan de mejoramiento de infraestructura inicia desde 1986, con la construcción del Servicio de Urgencias, se complementan las mejoras de los servicios hospitalarios, administrativos y gran parte del equipamiento en el transcurso de la década de los noventa.

A partir del año 1997, con la reforma del sector salud, el hospital asume nuevamente el programa de Atención Primaria, implementa los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en los diferentes distritos del cantón, bajo la Dirección de la Dra. Flory Murillo Sánchez y la coordinación del Dr. Juan Ramón Santamaría Solano.

Desde el año 2000, el hospital se integró a los Compromisos de Gestión, que consiste en la “venta” de servicios de salud a la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que justifica así, la asignación presupuestaria para su funcionamiento.

A inicios del año 2003, el Director General del Hospital Dr. Guillermo Santiesteban Ávila, con el apoyo del nivel superior, dispuso conformar e independizar administrativamente el Área de Salud de San Ramón, traslada recurso humano del hospital, con el objetivo de fortalecer la estructura básica de los servicios de Atención Primaria en el cantón.

En relación al servicio de Urgencias, históricamente estuvo a cargo de médicos generales, los cuales tenían bajo su responsabilidad, el abordaje de todos los usuarios que llegaran al servicio durante las 24 horas del día, ellos realizaban ínter consultas a las diferentes especialidades de otros servicios, como apoyo en la solución de las patologías de sus pacientes. Fue por lo anterior, que nace la necesidad de contar con un especialista en medicina de emergencias en el servicio, que pudiera abordar junto a los médicos generales los pacientes críticamente enfermos y víctimas de accidentes de una forma oportuna, adecuada, e inmediata.

Fue así como en Enero del 2002, llega al hospital el primer especialista en el campo de las emergencias.

Con la consigna de ser uno de los principales hospitales del país en la atención en salud, el cuerpo gerencial se ha avocado a la gestión de equipo tecnológico en el ámbito quirúrgico, radiológico y en otras áreas. Además, se prepara como proyecto piloto que impulsa la institución, la implementación de un sistema automatizado de información en red, con la finalidad de facilitar el servicio y brindar atención de calidad a los usuarios.

VISIÓN

Ser un hospital líder en la prestación de los servicios integrales de salud, dando respuesta a los problemas y necesidades de la población, brindar servicios oportunos y de calidad en armonía con el ambiente.

Construir una cultura de mística, de compromiso y de respeto hacia los pacientes y la comunidad; de comportamiento ético orientado a alcanzar la excelencia.

Fomentar la capacitación continua y la motivación en los funcionarios a fin de buscar una gestión innovadora, abierta al cambio, con acceso a los sistemas de información para lograr mayor eficiencia y calidad en los servicios que se brindan.

Aplicar fielmente los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad y obligatoriedad.

Usar la mejor tecnología disponible y buscar extender la oferta de servicios especializados, de acuerdo a las necesidades de la población, dar énfasis en la resolución de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas.

Proveer la atención sanitaria a los pacientes para optimizar el uso de los recursos. El propósito es ser una organización desconcentrada en la que el personal pueda servir a los intereses de los pacientes y asuma la responsabilidad de sus acciones y decisiones.

MISIÓN

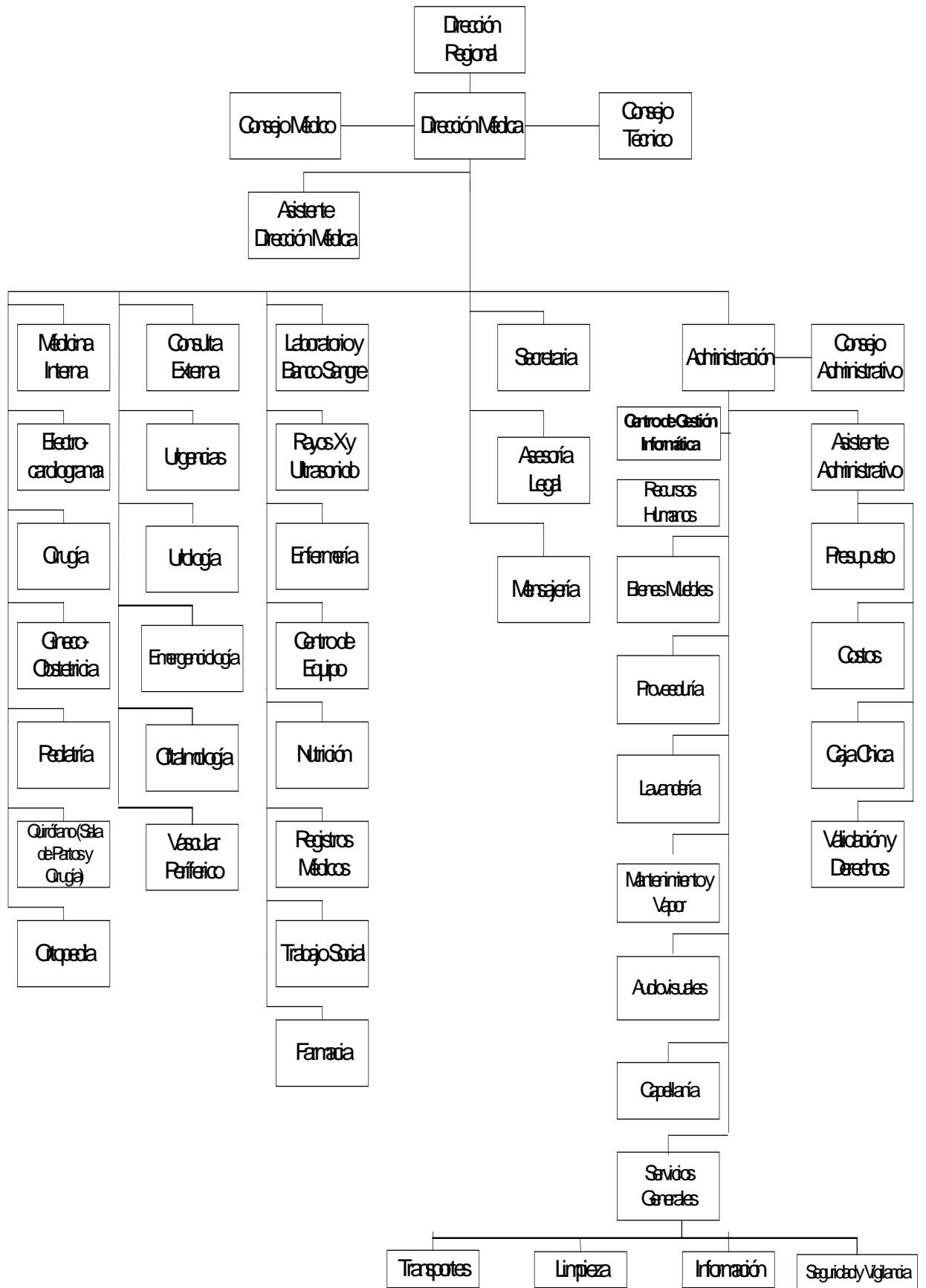
Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, a la familia y a la comunidad, con eficiencia y calidad en el segundo nivel de atención, conforme a la legislación vigente.

1.4 Ubicación Geográfica

Geográficamente, este Hospital se encuentra ubicado en el cantón segundo de la Provincia de Alajuela y ocupando el cantón una extensión de 990.63 Km² constituyendo el 2% del área total de Costa Rica. Su altitud es de 1800 metros sobre el nivel del mar y se encuentra al N.O. de la meseta central. Limita al norte con el cantón de San Carlos, al sur con Esparza, San Mateo y Atenas, al este con San Carlos, Alfaro, Naranjo y Palmares, al oeste con Tilarán, Montes de oro de Miramar y Esparza. Su clima es variado con temperaturas entre 17 y 26 C; predominando el clima templado húmedo.

Territorialmente el cantón de San Ramón se divide en trece Distritos a saber Centro, San Juan, San Isidro de Peñas Blancas, San Rafael, Ángeles, Concepción, Santiago, Alfaro, Piedades Sur, Piedades Norte, Zapotal, Volio y San Isidro. El área de Atracción del Hospital es San Ramón, Palmares y el Distrito de Alfaro Ruiz, con una población a atender de en el 2008 de 139829 habitantes distribuidos en 85630 de San Ramón, 37293 de Palmares y 16906 de Alfaro Ruiz (PAO 2008 H. Dr. C. L. V. V.).

Actualmente la infraestructura alcanza los 12.116 mt², la cual se encuentra en buenas condiciones, pero con el incremento de oferta y demanda, el espacio es insuficiente para permitir el dimensionamiento idóneo de nuevos servicios y la comodidad de nuestros usuarios.



1.6 Tipos de Productos y Servicios que Brinda y sus características Generales

La estructura organizacional del Hospital esta compuesta de Un Director General, un Director Administrativo, Un Jefe de Consulta Externa, Un Jefe de Clínica de Medicina Interna, Un Jefe de Clínica de Cirugía, un Jefe de Clínica de Pediatría, Un Jefe de Clínica de Ortopedia, Un Jefe de Clínica de GinecoObstetricia, un Jefe de Clínica de Anestesia, Coordinador de Rayos X, Jefe de Clínica de Urgencias, una Directora de Enfermería, Una jefe de Trabajo Social, Una Jefe de Farmacia, Un Jefe de Laboratorio Clínico, Una Jefe de Recursos Humanos, Un Jefe de Mantenimiento, Una Jefe de Nutrición, un Jefe de área de Gestión de Bienes y Servicios, Un Jefe de Registros Médicos, Un Jefe de Ropería y lavandería, Un Jefe de Servicios Generales, una jefe de Gestión 1 en TIC.

De acuerdo a datos de la oficina de Recursos Humanos existen un total de 713 funcionarios 502 con plaza y 211 interinos, de estos funcionarios son profesionales en Medicina 37 médicos especialistas 37 y 14 médicos generales.

Con los funcionarios anteriormente mencionados se brindan los siguientes servicios a los usuarios de el área de atracción de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz: Hospitalización con 100 camas distribuidas en 40 de Medicina, 28 de Cirugía, 10 de Pediatría, 14 de Maternidad y 8 de Ginecología, Sala de operaciones con cirugía de encamados de mediana y alta complejidad y cirugía electiva, Consulta externa especializada con 23 diferentes tipos de oferta de servicios en la misma, consultas de otros profesionales como Psicología, Nutrición, Audiometría, Trabajo Social, Clínica de lactancia materna, Clínica del Dolor con visitas domiciliarias, servicios de apoyo como laboratorio clínico, Farmacia, Rayos X con estudios especiales de medios de contraste, mamografía y Ultrasonidos generales y Ginecológicos, también se oferta procedimientos ambulatorios mayores como gastroscopías, colonoscopías, rectoscopias, cistoscopias, pruebas de esfuerzo. Holter, Rehabilitación, entre otros.

En el Servicio de Urgencias se cuenta con 11 camas de observación de adultos y 5 camas de niños, se cuenta con una Unidad de Cuidados Críticos con

-

tres camas totalmente independientes y que reúne todas las condiciones para la atención de los pacientes que ameriten este tipo de unidad especializada, la misma esta a cargo de los Especialistas en Medicina de Emergencias., durante las 24 horas del día. En general todas las acciones tanto de médicos generales, como de de los especialista, van orientadas a la atención directa de los usuarios que acuden al hospital en busca de atención medica en salud.

A continuación se describen algunas de las acciones que los médicos especialistas en medicina de emergencias realizan durante su jornada laboral, como servicio al usuario en la atención directa de los mismos.

1.7 Labores realizadas por los especialistas en Medicina de Emergencias

Labores administrativas propias del Servicio de Urgencias

- Realizar las labores Administrativas del Servicio de Urgencias
- Coordinar los roles de trabajo de todos los médicos generales que laboran en el hospital incluyendo: Servicio de Urgencias, Sala de Operaciones, Salón de Cirugía, Salón de Ginecobstetría, Medicina Interna, y Clínica del Dolor.
- Coordinar la cobertura de la Unidad del Dengue cuando se requiere su apertura.
- Integrar Comisiones como: Emergencias Regional, Emergencias Local, Farmacoterapia, Consejo Académico.
- Valorar de incapacidades emitidas por otros médicos, análisis y definición de referencias a especialistas a nivel central y en nuestro propio centro.
- Realizar labores propias como Emergenciólogo (ver rol de funciones de trabajo).
- Realizar y coordinar capacitaciones en temas de actualización medica continua junto a los médicos asistentes generales del servicio.

Labores Médicas realizadas por los Especialistas en Medicina de Emergencias

- Valoración de pacientes en consultorios
- Valoración de pacientes en área de camillas
- Valoración de pacientes en inhala terapia
- Recepción y valoración de pacientes en cirugía menor
- Paso de visitas periódicas al servicio de observación
- Responsables y encargados de la Unidad de Críticos
- Atender Inter. consultas de otros especialistas de salones de internamiento y recuperación
- Recuperar pacientes provenientes de sala de operación
- Responsables de realizar todos los tratamientos invasivos y no invasivos en los pacientes que ingresan al servicio que sí lo ameriten (ver lista de procedimientos adjunta)

Mediante estas funciones se logra principalmente:

- Evacuar ínter consultas a los médicos Generales
- Definir manejo especializado.
- Prescribir los tratamientos farmacológicos de pruebas especiales.
- Realizar procedimientos especializados
- Definir ingresos y disposición de los pacientes
- Atención directa y evolución de pacientes
- Revaloraciones Programadas a pacientes egresados del servicio, que así lo requirieren.

Lista de procedimientos invasivos y no invasivos, realizados por especialistas emergenciólogo

1. Manejo de Vía Área Difícil
 - Intubación endotraqueal
 - Intubación retrograda
 - Cricotirotomía punción
 - Trasqueostomía de emergencia
 - Uso de mascarar laríngas

2. Toma de Vías Venosas Centrales
 - Subclavia
 - Yugular interna
 - Femoral

3. Marcapaso transverso

4. Marcapaso transcutaneo

5. Colocación de vías intra óseas

6. Sellos de torax

7. Toracosentesis diagnostica y terapéutica

8. Parasentesis diagnostica y terapéutica

9. Lavados peritoneales

10. Ultrasonido fast

11. Procedimientos invasivos guiados por ultrasonido

12. Sedición de pacientes para procedimientos y reducción de fracturas.

- 13. Punciones lumbares
- 14. Colocación de sonda naso gástrica y oro gástrica
- 15. Colocación de sonda foley de difícil manejo
- 16. Pericardiosentesis
- 17. Colocación de catéter para Diálisis Peritoneales
- 18. Aplicación de protocolos de soporte avanzado:
 - Trauma
 - Neonatal
 - Pediátrico
 - Cardíaco

1.8 Justificación del Estudio

Durante muchos años, el servicio de urgencias de nuestro hospital, siguió un patrón de trabajo muy semejante al de la gran mayoría de hospitales de nuestro país, en el que se carecía de un sistema que le permitiera tanto a los pacientes como a los médicos un contacto directo e inicial desde su llegada al servicio de urgencias, donde se realizara un verdadero triage o valoración médica inicial, logrando de esta manera una dos cosas fundamentales:

- Priorización de los pacientes, de acuerdo a las patologías encontradas.
- Disminución de los tiempos de espera en general en el abordaje de todos los pacientes.

Fue así como a inicios del año 2007, la jefatura de urgencias, se abocó a la búsqueda de un sistema que nos permitiera resolver y ordenar el servicio y los sistemas de atención de pacientes de una forma más efectiva, pronta y de calidad.

Con este fin, a inicios del año 2007, se realiza un análisis y evaluación del servicio que mostró una serie de áreas problemáticas, las cuales evidenciaron la inminente necesidad de realizar cambios en la estructura de la atención en el servicio, que permitiera superar las debilidades identificadas. De esta manera se inició con el proyecto que hoy analizamos y evaluamos.

1.9 Objetivos del Estudio

- **Objetivo General**

Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del nuevo modelo de atención del Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Luis Valverde Vega, entre el 13-06-07 al 31-12-07.

- **Objetivos Específicos:**

- Diagnosticar la situación actual, respecto a los resultados obtenidos mediante la aplicación de los cambios ejecutados en la re-estructuración del servicio de urgencias, aplicada en el año 2007.
- Determinar el impacto que ha tenido en el servicio al paciente y a nivel organizacional, la re-estructuración del servicio de urgencias, aplicada en el año 2007.
- Proponer las acciones de mejora o de reforzamiento, que ayuden a la organización a potenciar los resultados obtenidos con la re-estructuración del servicio de urgencias, aplicada en el año 2007.

-

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CAPITULO II MARCO TEORICO

2. Conociendo los servicios de Urgencias

En el presente capítulo se detalla la teoría que sustentó la realización del presente estudio de investigación.

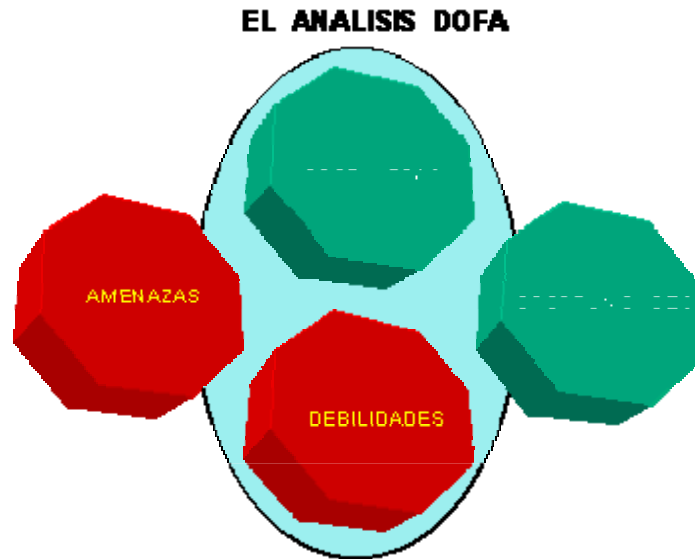
Históricamente a las consultas de los servicios de emergencias han llegado una cantidad considerable de pacientes, tanto en el día, como en las noches. Lo anterior obedece a una conducta tradicional, en la cual a los usuarios les resulta mas cómodo acudir a estos servicios y no tener que pasar por todo el largo procesó que significa las consultas en Clínicas Periféricas y Ebais.

Por consiguiente, el servicio de urgencias a sido visualizado en forma errónea por la gran mayoría de personas que a el acuden, sin sufrir de una dolencia o enfermedad que realmente requiera una atención hospitalaria de Emergencia. Se detalla seguidamente las características del modelo de atención tradicional en los servicios de Urgencias. Para el diagnóstico del servicio y el análisis del sistema tradicional ya mencionado, se realizo un FODA en el departamento de urgencias que nos permitió conocer la situación real a la que nos enfrentamos.

2.1 Análisis FODA

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa u organización (en nuestro caso el Servicio de Urgencias como parte del centro hospitalario), permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y las políticas formuladas. En la figura 1 se ilustra de una forma sencilla los cuatro componentes de este análisis.

Figura 1



El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (en inglés SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

Fortalezas: son las capacidades especiales con que cuenta la institución, y por los que cuenta con una posición privilegiada frente a la competencia. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente.

Oportunidades: son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa el servicio o institución, y que permiten obtener ventajas competitivas.

Debilidades: son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia. Recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente.

Amenazas: son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

Otro de los términos o conceptos básicos en que se fundamenta el nuevo modelo de atención es el de TRIAGE, del cual se presentan algunas nociones generales a continuación.

2.2 Sistema de TRIAGE

Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de atención médica que necesitan y el medio de transporte para llevarlos a las incipientes instalaciones de salud. La atención masiva de víctimas, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético, implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención médica que cada paciente requiere. Ante interrogantes como:

- ❖ ¿Qué paciente debe recibir primeramente auxilio?
- ❖ ¿Cuál paciente no tiene que ser reanimado o atendido?
- ❖ ¿En qué hospital debe recibir atención cada paciente?

y otras igualmente delicadas, surge como una necesidad establecer previamente, criterios para dar la mejor respuesta a eventos que ponen en jaque la capacidad resolutive inmediata de los sistemas de salud.

Para lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros de un sistema coordinado de atención de urgencias, es necesario que el personal tenga un alto grado de responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de pacientes, de lo cual depende la prioridad de atención, el medio de transporte a utilizar y el hospital receptor. La palabra "triage" proviene del vocablo francés "trier" cuyo significado es clasificación o selección y se utilizaba básicamente para el área agrícola. Su utilización en la terminología médica es relativamente reciente y hoy día, es aceptada a nivel mundial.

Antecedentes históricos

Las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: **"Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse"**. Para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones y les proporciona carrozas tiradas con caballos, recubiertas de pelo de crin de caballo, lo que reduce la incomodidad, favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto médico para recibir los cuidados por parte de los médicos militares.

En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones, complejos en su aplicación. A continuación presentaremos en forma breve algunos de ellos y finalmente presentaremos una propuesta para aplicarla en nuestro medio.

El código internacional de colores

Todos los sistemas de clasificación que han sido desarrollados, tienen como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica prehospitalaria, transportación, tipo de unidad hospitalaria receptora y atención médica definitiva. Con la finalidad de hacer más objetivos los sistemas, internacionalmente se ha adoptado un código de colores que, independientemente del sistema que utilizemos, dividirá a los pacientes en cuatro categorías (*Cuadro 1*)

Cuadro 1
Código Internacional de Colores

COLOR	PRIORIDAD DE ATENCION	DESCRIPCION
Rojo	Uno	Pacientes críticos, Potencialmente recuperables, que requieren atención médica inmediata
Amarillo	Dos	Pacientes graves que requieren atención médica mediata
Verde	Tres	Pacientes con lesiones leves, que puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física
Negro	Cero	Pacientes con lesiones mortales por necesidad o fallecidos en el lugar

Fuente : TRAUMA, Vol. 9, Núm. 2, pp 48-56 • Mayo-Agosto, 2006

En el caso particular de la clasificación utilizada en el servicio de urgencias en este estudio, se debe a una adaptación para centros hospitalarios, publicada en el Canadian E.D.Triage and Acuity Scale, donde se incorpora en color Azul, para aquellos pacientes que requieren atención Inmediata, el color Blanco para denotar las no emergencias, que en este trabajo se denominan pacientes Reubicados.

-

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Sistemas de recolección de datos utilizados

En el desarrollo de esta investigación, se utilizaron como herramientas de recolección de datos e investigación tres formas que se exponen a continuación para este fin.

3.1.1 Análisis FODA

Como ya fue mencionado, el análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y las políticas formuladas.

De tal forma que este método nos permitió, poder documentar las principales Fortalezas y Debilidades que a lo interno tenia el servicio de urgencias del hospital de San Ramón, las cuales se ponen en evidencia en el capítulo de diagnóstico de la situación actual en este trabajo. Para ello se contó con el apoyo de gran parte de los trabajadores que conforman el personal tanto médico con de enfermería del servicio de urgencias del centro, y se logra recopilar toda la información, en una forma muy participativa e interactiva.

Este análisis se llevo a cabo dentro de las propias instalaciones de departamento de urgencias contó con el aval y permisos correspondientes de las jefaturas, tanto de Emergencias, como de la dirección y administración respectivas.

3.1.2 Revisión de Archivos Estadísticos

Para la recolección de los datos estadísticos fue necesaria la participación de los profesionales y técnicos de los siguientes Servicios de apoyo del departamento de urgencias y del hospital, tales fueron:

- 1- Servicio de Admisión de Urgencias.
- 2- Archivos de la jefatura medica de Urgencias
- 3- Archivos de la coordinación de enfermería de urgencias.
- 4- Registro estadístico de la unidad de Cuidados Críticos del Servicio de urgencias
- 5- Registro estadístico de pacientes de la unidad de terapia respiratoria.
- 6- Registro estadístico de pacientes de la unidad de Observación del hospital
- 7- Departamento de estadística del hospital
- 8- Departamento de Remes del hospital

Durante la revisión de la información y los datos, se contó con documentos tanto en formato escrito como en formato digital, cabe mencionar que el registro y detalle de la información se facilito en gran medida con la implementación del nuevo sistema de atención de urgencias ,pues este incorporo el formato digital de las diferentes categorías con que se cuenta, permitiéndole a los estadísticos finalmente una mayor especificidad y detalle en la información con que se cuenta en los archivos en general.

3.1.3 Estudio de Tiempos de Espera

El estudio de tiempos de espera es una herramienta muy útil en la presente evaluación, puesto que arroja una información objetiva y totalmente cuantificable, que nos permite saber de una forma concreta el impacto directo en todo el proceso de atención de los usuarios que consultan día con día.

Se creó un formato electrónico con la colaboración del departamento de Informática del hospital, el cual fue llenado con la colaboración de una estudiante de medicina, en el marco del cumplimiento de su trabajo comunal universitario y el cual se realizó durante los meses de Marzo y abril del 2008.

Este estudio contó con algunas características específicas, las cuales se describen a continuación:

- 1- Se trabajó con una muestra aleatoria de pacientes.
- 2- El registro de los datos se hizo en diferentes horas del día, para lograr homogenizar la muestra a estudiar.
- 3- La encargada de la recolección de la información lo hizo en forma personalizada y directa con los usuarios encuestados.
- 4- Dicha encargada de esta estadística, no informó al personal del servicio, tanto médico como de enfermería, del inicio de este trabajo. Lo anterior para disminuir al máximo el sesgo en los resultados y lograr una información muy objetiva.

Los resultados de este estudio se muestran en el capítulo correspondiente en este trabajo, para su análisis detallado.

3.2 Alcances y Limitaciones

3.2.1 Alcances del Servicio de Urgencias Año 2007

Los principales alcances de este estudio, se refieren al análisis del impacto que ha surtido tanto a nivel organizacional, como en el servicio a los usuarios, el nuevo sistema implementado en el servicio de urgencias, comprendido en un periodo de tiempo que va del 13 de junio al 31 de Diciembre del 2007, y que pretenden dos logros Fundamentales:

- Lograr el abordaje, valoración y clasificación por parte de un medico, de todos los pacientes que lleguen al servicio de urgencias buscando atención medica.
- Disminuir los tiempos de espera en la atención y resolución definitiva de las patologías de los usuarios consultantes al servicio.

En una forma mas detallada, se pueden mencionar en forma concreta y especifica, los mayores logros positivos para el servicio de emergencias, logrados con la implementación del nuevo sistema de atención

3.2.2 Limitaciones

A continuación se describen las principales limitaciones encontradas en el presente estudio:

- ❖ En esta evaluación no se han tomado en cuenta el tiempo invertido por el medico general del Servicio de Observación en la asistencia a Sala de Operaciones por cirugías de emergencias.
- ❖ No se ha incluido el tiempo requerido por los médicos en los traslados de pacientes de cualquier servicio del hospital al nivel central, en los cuales se invierte por lo mínimo 3 horas en cada una de ellos.
- ❖ Esta evaluación deja por fuera también el tiempo que demandan las salas de Shock que requiere la asistencia de varios médicos al mismo tiempo (mínimo 1 medico general y 1 Emergenciólogo, con una duración promedio de 1 hora).

- ❖ La evaluación excluye todos los pacientes que por las características de sus padecimientos, fueron resueltos en el área de consultorios sin necesidad de ser ingresados a observación, pero que requirieron estudios de laboratorio o Rayos x, con varias valoraciones por parte de los médicos generales y/o especialistas.

- ❖ En la realización del estudio de tiempos de espera, se contó con la limitante de falta de personal disponible para realizar la recolección de los datos, puesto que la única persona que lo realizó, fue en forma voluntaria, y con tiempo muy limitado por los propios requerimientos de sus estudios en el campo de la medicina. Esto limitó en gran parte el poder recopilar una mayor muestra de pacientes.

CAPITULO IV

**DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN
ACTUAL**

CAPITULO IV

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4. Re estructuración del Servicio de urgencias

En el presente capítulo se detalla las bases fundamentales de los cambios encontrados durante el análisis de la información, producto de la investigación realizada en el servicio de emergencias, y la implementación su nuevo modelo de atención. Seguidamente se enlistan los principales hallazgos y datos encontrados.

La investigación tuvo su origen en la opinión de profesionales médicos como de otras áreas hospitalarias, así como de las preguntas y recomendaciones que los propios usuarios realizaban ante la jefatura del servicio de Urgencias en el transcurso del año 2006 y primera mitad del año 2007. Lo anterior en relación a situaciones que se enumeran a continuación:

- 1-Largas esperas de los pacientes para ser atendidos.
2. Largas filas en las consultas
- 3-Ausencia de una valoración medica inicial que priorizara y clasificara los usuarios.
- 4- Ausencia de mecanismos estadísticos para clasificar desde este punto de vista la complejidad de los pacientes atendidos.
- 5- Complicación de las patologías de algunos pacientes durante la espera en la sala delegada para este fin, esto precipitado por la ausencia del Triage inicial.

4.1 Modelo de Atención Tradicional en los Servicios de Urgencias

En esta parte del estudio se hace mención de algunas fortalezas y debilidades que se encontraron en el sistema tradicional de atención de emergencias, y particularmente en el propio servicio de urgencias del hospital. Todas estas fueron en su mayor parte la inspiración para la iniciativa de implementar un nuevo modelo, que llenara de una forma más adecuada y oportuna las necesidades existentes.

4.1.1 Fortalezas

- Registro estadístico de todos los pacientes atendidos
- Atención del 100 % de los usuarios
- Toma de signos vitales a todos los usuarios
- Tiempos de espera elevados en la atención de pacientes, despacho de recetas, y pruebas de Laboratorio y Gabinete

4.1.2 Debilidades / Generales

- Ausencia de clasificación o Triage de los pacientes que acuden al servicio, por parte del médico.
- Ausencia de priorización de los pacientes, según su patología
- Tiempos de espera prolongados, en pacientes que requieren atención pronta, por las características clínicas de su patología.
- Inadecuado uso de los recursos hospitalarios, por la confluencia masiva de usuarios, que no requieren atención de Urgencias.
- Ausencia de una clasificación estadística que permita, sub dividir los pacientes según
 - Destino final dentro del servicio
 - Grado de complejidad de sus padecimientos

- Insuficiente cantidad de personal
 - Médico
 - Enfermería
- Excesiva prescripción de recetas (No Urgentes)
- Excesiva utilización de recursos como:
 - Laboratorio
 - Gabinete
- Áreas problemáticas donde se genera la mayor espera de pacientes para su atención: (Áreas Criticas)
 - Camillas
 - Cirugía Menor
 - Inhalo terapia
- Abuso en el transito de personal del hospital por el Servicio de Urgencias.
- Utilización del área de cirugía menor para cirugías programada
 - Mayor requerimiento y consumo de Equipo y Materiales
 - Menor disponibilidad de camillas y espacio para la atención de Urgencias en el área Quirúrgicas
 - Mayor confluencia de personas *En Espera* en el Servicio
- Carencia de Equipo de altavoz para el llamado de los pacientes en sala de espera.

4.1.3 Debilidades / Planta Física

- Ausencia de Alarma o Código de Emergencia, que alerte al personal responsable, de la llegada de una **Emergencia Calificada**

- Condiciones no ideales para la atención de las pacientes Gineco-Obstétricas
- Insuficiente ventilación de toda el área de consultorios, y Observación
- Ausencia de cuarto de aislamiento
- Falta de instalación de puertas adecuadas en los consultorios, para optimizar Privacidad del paciente
- Falta de espacio y división adecuada de la Unidad de Cuidados Críticos
- Carencia de una sala de espera especial:
 - Pacientes en PTO
 - En espera de tratamiento
 - Resultados de pruebas realizadas
- Sala de Inhalo terapia:
 - Espacio físico insuficiente, área muy reducida y no cuenta con asientos adecuados para la estancia prolongada de los pacientes.
- Ausencia de un cubículo independiente para la observación de pacientes pediátricos, ya que en estos momentos se mantienen en una área compartida con adultos .
- Necesidad de una sala para Reuniones y Actividades Docentes en el Servicio
- Sala de estar para el personal médico de guardia y que laboran jornadas nocturnas dentro del propio servicio de urgencias, que contenga los servicios básicos.

Seguidamente, se mencionan algunas notas en relación al nuevo modelo de atención para los servicios de urgencias, que se implementó en el hospital Doctor

Carlos Luís Valverde Vega de la comunidad de San Ramón, durante la segunda mitad del año 2007.

4.2 Nuevo Modelo de Atención

4.2.1 Consideraciones Generales

Después de un análisis de los diferentes sistemas de atención en los hospitales de nuestro país, nos encontramos dos modelos de trabajo que contenían la particularidad de contar con un triade o valoración y clasificación de pacientes desde su arribo al servicio de urgencias, estos fueron los del hospital San Juan de Dios y el hospital San Rafael de Alajuela, evidenciando que en este ultimo centro ya se contaba con un estudio completo realizado por la institución, donde se estudió y se implemento con detalle el nuevo sistema de atención.

Con la firme idea de implementar este nuevo sistema en nuestro hospital, se gestionó una visita al servicio de urgencias del hospital de Alajuela, donde fuimos recibidos atentamente y donde se nos explicó con detalle el modelo de trabajo y los logros alcanzados en aproximadamente un año de su implementación. A esta reunión se hicieron presentes los siguientes trabajadores del hospital:

- Dr. Juan José Solís Vargas, Asistente de la dirección medica
- Dr. Roy Ledezma Ramírez, Jefe del Servicio de Urgencias
- Ing. Carmen Suárez, Jefe del departamento de informática
- Lic. Flori Quesada, Coordinadora de enfermería Servicio de Urgencias
- Tec. Rafael Jiménez , Jefe de REMES

Fue así como después de los análisis, ajustes y adaptaciones correspondientes, Se logró dar inicio en nuestro hospital, con el nuevo sistema de atención el 13 de Junio del año 2007. El objetivo Basico y fundamental en el cual se sustenta esta iniciativa.

4.2.2 Objetivo General y Análisis del nuevo Modelo de Atención

“Establecer y Lograr una Pronta, Eficiente, y Oportuna, valoración y Clasificación del 100% de los pacientes, que ingresen al Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Luis Valverde Vega, estableciendo prioridades de atención, según las patologías que el **Medico** documente a la llegada del Paciente, al Departamento de Emergencias.”

Es parte fundamental del proyecto el que como resultado de su implementación se logre una significativa disminución en los tiempos de espera de los pacientes en todo su abordaje integral.

1. Se mantiene funcionando continuamente, un consultorio de Valoración y Clasificación en el Servicio de Urgencias.
2. Existe un Médico Designado que laborara junto a otros profesionales médicos, en forma alterna en este consultorio, en horario de 7am a 10pm, los 7 días de la semana, durante todos los días.
3. En el consultorio de valoración se implementa el uso de la escala de TRIAGE, para la clasificación de los pacientes, tomada del Canadian E.D. Triage and Acute Scale, y adaptado al servicio del Hospital, esto para la priorización de los pacientes, según sus patologías.
4. Se Logra una valoración médica inicial del 100% de los usuarios consultantes desde su arribo a urgencias.
5. Se categoriza el grado de prioridad de atención, clasificando las Urgencias en las categorías de, Rojo, Amarillo y Verde, según corresponda
6. Hay adecuada Implementación del uso de etiquetas adhesivas con los colores, Rojo, Amarillo y Verde, entregadas a los pacientes por el Medico a cargo del Triade o valoración y clasificación inicial.


7. Se reubica y orienta a los usuarios que consultan por motivos que no corresponden a patologías urgentes.
8. Existe en uso la boleta de atención de las **No Urgencias**, la cual es entregada al paciente para ser llevada al área o centro de salud que corresponda.
9. Se elabora las hojas de Urgencias por parte del personal de admisión, estableciendo prioridades de llenado según la valoración medica previa.
10. La atención de las pacientes con patologías ginecológicas y obstétricas se brinda en los consultorios del servicio de urgencias, y no en los servicios de esta especialidad en el área de hospitalización, a pesar de que no existen las condiciones idóneas para el mejor y más cómodo abordaje de estas pacientes.

A continuación se presenta la boleta de diseñada en el servicio de urgencias y utilizada por el medico a cargo del consultorio de valoración y clasificación. La misma es entregada por este profesional a los pacientes que no requieren atención de urgencias en el momento de la consulta.

4.3 Tabulación y descripción de resultados

FIGURA 2

Hoja de Urgencias Utilizada por el Médico del consultorio de Valoración para Reubicación de los pacientes no Urgentes

		No. 00000000	
		FECHA: _____	
Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega		HORA: _____	
Servicio de Emergencias			
PACIENTE: _____		# IDENTIFICACIÓN: _____	
FUE VALORADO EL DÍA DE HOY CON EL DX: _____			
QUE NO CORRESPONDE A UNA EMERGENCIA, PUEDE SER VISTO EN SU CENTRO DE ABDSCRIPCIÓN RESPECTIVO. (EBAIS, CLINICA O ÁREA DE SALUD)			
MOTIVO DE CONSULTA:			
MEDICA <input type="checkbox"/>	CIRUGÍA <input type="checkbox"/>	PEDIATRÍA <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTETRICIA <input type="checkbox"/>
FIRMA MÉDICO: _____		CÓDIGO _____	

El criterio medico para el Triage o Clasificación de los pacientes se basa en el Canadian E:D:Triage and Acuity Scale, y fue adaptado para su uso en el Servicio de Emergencias del hospital Carlos Luis Valverde Vega en Junio 2007. A continuación se describe con detalle esta clasificación:

FIGURA3

<p>Escala de TRIAGE en Servicio de Emergencias Todo paciente debe tener una valoración inicial no mayor a los 10 minutos de su llegada</p>	<p>Tomado del Canadian E:D:Triage and Acuity Scale / Adaptado al Servicio de Emergencias HCLVV en Junio 2007</p>
---	---

NIVEL DE TRIAGE I	PRESENTACIÓN
Tiempo de atención INMEDIATO	<p>Estado de PARO Cardíaco/respiratorio</p> <p>Signos vitales ausentes o inestables</p> <p>Deshidratación severa con trastorno local, SIRS severo</p> <p>Lesión traumática, Trauma penetrante tórax/abdomen, pérdida de extremidad</p>
	<p>Estado de Lesión Cardíaca, pulmonar, pérdida sanguínea, estado séptico</p>
	<p>Insuficiencia respiratoria severa</p> <p>Asma severo (pre paro resp)</p> <p>Quemadura severa > 30% SCT, Quemadura facial con compromiso de vía aérea</p>
	<p>Alteración de estado de conciencia (inconciencia, delirio)</p> <p>Sobredosis/ intoxicación con hipotensión</p> <p>Inconciencia, Trast. Metabólico severo</p>
	<p>IAM complicado con ICC, PA baja,</p> <p>TCE mayor con PC, Estado Epiléptico</p>
Nivel de TRIAGE II Emergencia	<p>Politraumatismo, fracturas costales, fracturas expuestas o con</p>

15 MINUTOS	<p>compromiso neurovascular</p> <p>Lesión de cuello/columna dorsal</p>
	<p>Alteración del estado mental (letargia, confusión, convulsión, somnolencia, agitación)</p>
	<p>Exposición química a ojos: Quemadura ocular con localis/cáusticos.</p>
	<p>Reacción alérgica severa, ANAFILAXIS</p>
	<p>Obstrucción por: IAM, angina inestable, ICC, Dolor torácico NO MSK</p>
	<p>Sobredosis (conciente)</p> <p>Abstinencia a droga</p>
	<p>Sangrado GI con SV anormales, abortos</p>
	<p>Accidente cerebrovascular</p>
	<p>EPOC, Croup con SIRS asociado</p> <p>Asma severo (PEFR < 40%)</p>
	<p>Sangrado vaginal agudo, dolor en escala >5, ± SV anormales, Embarazo ectópico/ rupturas de membranas</p>
	<p>Diarrea y/o vómito + deshidratación severa</p>
	<p>Fiebre (edad ≤ 3 meses) T≥38.0° rectal</p> <p>Epiglotitis, meningitis, sepsis</p>
	<p>Psicosis aguda, agitación extrema</p>
	<p>Diabetes: Hipoglucemia <</p>

	50 mg/dl hiperglicemia con glicemia > de 500 mg/dl o con cetoacidosis
	Cefalea (escala dolor 8-10/10) + HTA, desorientación o confusión. Déficit neurológico agudo
	Cuerpo extraño en ojo
	Escala de dolor 8- 10 (Cólico renal)
NIVEL DE TRIAGE	PRESENTACIÓN
Nivel de TRIAGE III Urgencia 30 MINUTOS	TCE sin PC, alerta y con vómito
	Dislocación anterior de hombro, fx tibia/fibula, Fx de tobillo, Fx. Colles
	Abuso, negligencia, asalto
	Vómito o diarrea edad ≤2 años
	Sangrado GI con SV normal
	Sangrado vaginal agudo, signos vitales estables.
	DM con descompensación simple
	Dolor torácico agudo sin síntomas viscerales: MSK, Gastro intestinal, pleurítico y no EAC previa
	Dolor Abdominal no postrante.
	Dolor escala 8-10/10 con lesiones menores secundario a trauma leve sin complicación hemodinámica
	Dolor escala 4-7/10 por cefalea, dorsalgia, contractura MSK

	Complicaciones psiquiátricas, Síntomas/neurosis, personalidad y Alteraciones no psicóticas
Nivel de TRIAGE IV MENOS URGENTE ATENCIÓN 60 MIN	TC, alerta, sin vómito
	Trauma menor, esguince
	Dolor abdominal, no peritonismo, dolor agudo de intensidad moderada + SV normales. Puede variar su evolución
	Dolor torácico, Trauma menor o Mus. Esquelético, no SIR
	Vómito y diarrea sin DH
	Reacción alérgica menor, Urticaria
	Escala de dolor 4-7/10
	Cefalea (no migraña, no súbita)
	ITU / Otaglia
NO URGENTE	Trauma menor, no necesariamente agudo
	Dolor de garganta, Sin síntomas respiratorios
	Diarrea- no DH,
	Vómito sin alteración a estado mental, no DH
	Dismenorrea/ menstruación
	Síntomas menores Cambio de vendajes/ cambios de yesos
	Dolor abdominal/ crónico, estreñimiento
	Escala de dolor < 4, Laceraciones superficiales
	Dorsalgia crónica
	Síntomas de IVRS

Como podemos identificar, esta hoja de Triage permite al medico clasificar a los pacientes consultantes al servicio de Urgencias en cuatro categorías designadas por los colores respectivos:

Azul: Pacientes que requieren una atención Inmediata desde su llegada al hospital.

Rojo: Pacientes que requieren atención dentro de los 15 minutos de su llegada al hospital.

Amarillo: Pacientes que requieren atención en los siguientes 30 minutos de su llegada al hospital.

Verde: Pacientes que requieren atención medica en los siguientes 60 Minutos de su llegada al hospital.

El documento anterior también brinda una lista de las principales patologías que se enmarcan en cada una de las categorías, aquellas que no se encuentran en esta lista, son definidas por el criterio medico del profesional a cargo del Triage.

En el cuadro 2 y 3 respectivamente, podemos encontrar la lista de todos los médicos que laboran en el Servicio de Urgencias, así como algunas características particulares como lo son, tipo de nombramiento y horarios de cada jornada de trabajo.

CUADRO 2

Listado de Médicos que laboran con nombramientos estables en el Servicio de Urgencias año 2007, HCLVV

Nombre del Medico	Condición de Nombramiento	Observaciones
Dr. Adrián Herrera Castro	Propiedad	Labora en II Turno
Dra. Hannia Esquivel Mesen	Propiedad	Labora en I y III Turno
Dr. Luís Sosa Chinchilla	Propiedad	Labora en I y III Turno y SOP
Dra. Ana Salas Araya	Propiedad	Labora en I y III Turno
Dr. Marino Ramírez Carranza	Propiedad	Labores Administrativas en Dirección Medica / Urgencias
Dr. Edgar Chavarría Traña	Propiedad	Laboro I, II, III Turno y SOP
Dr. Diego Quesada Rodríguez	Propiedad	Labora en Clínica del Dolor
Dr. Oscar Jiménez Arredondo	Interino	Laboro I, II, III Turno y SOP
Dr. Iván Alfaro Barquero	Interino	Laboro I, II, III Turno y SOP
Dr. Gustavo Rojas Vargas	Interino	Laboro I, II, III Turno y SOP
Dra. Jackeline Báez	Interino	Laboro I Turno salón de Cirugía
Dra. Karla Carballo	Interino	Laboro I Turno Salón de Ginecobstetría
Dra. Johnna Leitón Valverde	Interino,	Laboro I, II, III Turno y SOP
Nombre del Especialista		
Dr. Roy Ledezma Ramírez	Propiedad	Jefe del Servicio, I Turno
Dr. Dagoberto Picado Hernández	Interino	Labora I Turno

- Fuente, oficina de recursos Humanos HCLVV

CUADRO 3

Listado de médicos colaboradores en rol de sustituciones año 2007

❖ Dr. Franklin Solís Solís	❖ Dra. Marisel Madrigal
❖ Dra. Mariela Díaz Castro	❖ Dra. Sabrina Alfaro Hidalgo
❖ Dra. Laura Jiménez Arredondo	❖ Dra. Ingrid Montero
❖ Dr. Eduardo Villegas Rodríguez	❖ Dra. Ana Maria Mora Badilla
❖ Dra. Maria de la Cruz González Villar	❖ Dra. Johnnatan Arroyo

*Fuente, oficina de recursos Humanos HCLVV

Los médicos del servicio se distribuyen durante las 24 horas en tres turnos:

I Turno: De 7 am a 4 pm, de Lunes a jueves, Viernes de 7am a 3 pm, laboran 5 médicos.

II Turno: De 2 pm a 10 pm, de Lunes a Viernes, laboran 5 médicos.

III Turno: De 10 pm a 07 am, de Lunes a Viernes, laboran 2 médicos.

En el cuadro 4, se encuentra la distribución de los médicos por los diferentes Servicios del departamento de Urgencias.

CUADRO 4 **Distribución de los Médicos Generales en el** **Hospital año 2007**

SERVICIO	NUMERO DE MEDICOS
Consultorio de Valoración	1
Consultorio Pacientes Verdes	1
Consultorios Pacientes Amarillos y Rojos	1
Área de Camillas, Terapia Respiratoria y Cirugía Menor	1
Observación, Sala Shock, Traslado a otros Centros y asistencia Sala de Operaciones de Emergencia	1
Sala de Operaciones	3
Salón de Cirugía	1
Salón de Ginecología y Obstetricia	1
Clínica del Dolor	1

*Fuente, oficina de recursos Humanos HCLVV

Fueron 9 los códigos destinados al Servicio de Urgencias, durante la jornada ordinaria de trabajo de 24 horas, los otros 3 médicos necesarios para la distribución en los tres turnos, se completaron mediante el uso de las partidas de Personal Sustituto y tiempo extraordinario.

En el siguiente cuadro numero 5, se anotan el total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias durante todo el año 2007, nótese que a partir del mes de Junio se incorpora el sistema de Clasificación, por lo que se incorporan los usuarios que fueron reubicados.

CUADRO 5

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL 01/ENE/07 AL 31/DIC/07

MES	N. PACIENTES ATENDIDOS	N. PACIENTES REUBICADOS	TOTAL
Enero	8474		8474
Febrero	7458		7458
Marzo	8691		8691
Abril	8532		8532
Mayo	9278		9278
Junio	7943	2244	10187
Julio	5140	2520	7660
Agosto	5196	2376	7572
Septiembre	5108	2429	7537
Octubre	6021	2385	8406
Noviembre	5716	1497	7213
Diciembre	6053	1582	7635
TOTAL	83610	15033	98643 (*)

Fuente: Departamento de REMES, HCLVV

(*) Consultas pactadas en compromiso de gestión para el 2007: 97,500

En el departamento de Urgencias, se cuenta con diferentes cubículos de atención para los pacientes, según sus necesidades de atención, en el siguiente cuadro podremos encontrar la distribución de los usuarios atendidos en cada uno de ellos.

CUADRO 6

Distribución de pacientes según área de atención

SERVICIO DE ATENCION	N. PACIENTES ATENDIDOS	PORCENTAJE
Resuelto en Consultorios	76686	77.5 %
Observación / Encamados	10.293 (*)	10.5%
Observación / Inhalo terapia	10.622 (*)	11 %
Cirugía Menor	992	1%
Cuidados Críticos	50	0.05 %
TOTAL	98.643	100%

Fuente: Departamento de REMES, HCLVV, Censo de pacientes, Unidad de Críticos

Como ya se expuso anteriormente, el consultorio de clasificación, prioriza la necesidad de atención de los pacientes, según sus patologías documentadas o sospechadas por el medico quien realiza esta acción, en el siguiente cuadro se documenta el resultado de los pacientes atendidos en los meses en estudio.

CUADRO 7
Pacientes clasificados y atendidos según prioridad en relación a las patologías documentadas

MES	ROJO	AMARILLO	VERDE	NO CLASIFICADO	TOTAL
Junio	105	700	2024	957	3786
Julio	134	1243	3036	727	5140
Agosto	66	1218	3491	421	5196
Septiembre	49	1240	3434	385	5108
Octubre	33	1274	3864	850	6021
Noviembre	23	1353	3780	560	5716
Diciembre	33	1472	3822	726	6053
TOTAL	443	8500	23451	4626	37020
%	1%	23%	63%	12%	100%

Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

Podemos realizar un análisis del total de los pacientes atendidos en todo el periodo del estudio, así como el consolidado de los pacientes que fueron reubicados a otros centros de atención, esta información se adjunta en el cuadro siguiente.

CUADRO 8

Paciente con valoración Medica priorizados y atendidos en el Servicio de Urgencias HCLVV, del 13/jun/07 al 31/dic/07

CATEGORIZACION DE PACIENTES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
No Clasificados	4626	9%
Rojos	443	1%
Amarillos	8500	16%
Verdes	23451	46%
Reubicados	14503	28%
TOTAL	51523	100%

Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

Los pacientes reubicados en el servicio se pueden distribuir mensualmente y así ver su comportamiento durante el periodo en estudio, a continuación se ofrece esta información en la siguiente tabulación.

CUADRO 9

Distribución mensual Pacientes con valoración Médica y Reubicados Servicio de Urgencias HCLVV del 13/jun/07 al 31/dic/07

MES	N. PTE VALORADOS Y REUBICADOS
Junio	2244
Julio	2520
Agosto	2376
Septiembre	2429
Octubre	2385
Noviembre	1497
Diciembre	1582
TOTAL	15033
Promedio Mensual	2148
Promedio Diario	72

Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

En los servicios de urgencias se llevan estadísticas numéricas del total de pacientes que ingresan al centro en busca de atención médica, sin embargo no se llevan estas estadísticas tomando en cuenta la complejidad de los pacientes, ya que dependiendo de ella, será el tiempo que todo el personal deba de invertir para su abordaje. En las siguientes tablas de la 10 a la 13 podemos encontrar algunas estadísticas concernientes a este particular.

CUADRO 10

Promedio general estadístico de los pacientes atendidos sin tomar en cuenta la complejidad de sus patologías

TOTAL DE PTES ATENDIDOS	PROMEDIO MENSUAL	PROMEDIO DIARIO	PROMEDIO POR MEDICO
98643	8220	1274	23

* Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

CUADRO 11

Promedio General estadístico pacientes atendidos ajustado a la complejidad de sus patologías

TOTAL DE PTES ATENDIDOS	PROMEDIO MENSUAL	PROMEDIO DIARIO	PROMEDIO POR MEDICO
185279	15440	515	42

* Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

CUADRO 12

Calculo de la proyección de los pacientes atendidos según su complejidad

SERVICIOS CON MULTIPLES VALORACIONES	TOTAL DE PACIENTES	FACTOR DE CORRECCION Y AJUSTE	TOTAL REAL DE PACIENTES	DIFERENCIA SEGÚN COMPLEJIDAD
Observación Encamados	10293	4	41172	30879
Observación Terapia Respiratoria	10622	4	42488	31866
Cirugía Menor	992	3	2976	1976
TOTAL PTES	21908		86636	64728

* Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión HCLVV

CUADRO 13

Total de pacientes proyectados según su complejidad

TOTAL ESTADISTICA DE PACIENTES	ADICIONALES SEGÚN COMPLEJIDAD	TOTAL REAL DE PACIENTES
98643	86636	185279

Fuente: Departamento de REMES, Servicio de Admisión, Jefatura de Urgencias HCLVV.

Como podemos observar, existe una gran diferencia entre ambos cuadros, ya que al incorporar la complejidad de los pacientes, y realizar un proyectado de la cantidad de pacientes promedio atendidos por cada medico, se produce un aumento en la producción muy sustancial. Lamentablemente en nuestra institución no se tienen este tipo de consideraciones, en lo que a servicios de emergencias se refiere.

La incorporación de sistemas de clasificación como el evaluado en el presente trabajo, permiten de una manera muy ordenada realizar este tipo de consideraciones, esto porque la complejidad de los pacientes se establece desde su llegada al servicio , información que es analizada y digitada por el personal de admisión , y que puede ser consultada en forma digital, y que puede ser consultada en cualquier momento.

Unidad De Cuidados Críticos

Como se anotó con anterioridad el servicio de urgencias cuenta con una unidad de cuidados críticos desde hace varios años la cual a permitido el abordaje de pacientes con patologías severas y también a permitido, la recuperaron de pacientes con complicaciones trans operatorias , o la atención de pacientes con cirugías grandes programadas, que demandan atención especializada tanto antes como después de las mismas.

A continuación con se desarrollan algunas estadísticas del trabajo que se realizo en la Unidad de Cuidados Críticos durante el pasado año 2007.

CUADRO 14

Pacientes Unidad de Cuidados Críticos HCLVV, Según condición de salida año 2007

CONDICION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Vivos	26	52 %
Fallecidos	22	44%
No se anota	2	4%
TOTAL	50	100%

* Fuente; unidad de Remes, Unidad de Admisión, Jefatura de Emergencias.

CUADRO 15

Pacientes Unidad de Críticos HCLVV, Según edad de salida año 2007

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Menores 20 años	2	4
De 20 A 40	6	12
De 41 a 60	11	22
De 61 A 80	22	44
Mas de 80	9	18
TOTAL	50	100

* Fuente; unidad de Remes, Unidad de Admisión, Jefatura de Emergencias.

CUADRO16

Pacientes Unidad de Críticos HCLVV, según Diagnóstico de ingreso año 2007

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORSENTAJE
Cardiopatía Isquémica	6	12
Intoxicación	1	2
Cirugías Complejas	9	18
Estado posterior a PCR	4	8
Falla Ventilatoria	8	16
Estatus Epiléptico	1	2
Politraumatismo	1	2
Sepsis Intra Abdominal	4	8
Sangrado Digestivo	1	2
Dengue	1	2
Síndrome Séptico	6	12
Complicaciones Quirúrgicas	5	10
Cetoacidosis Diabética	1	2
AVC	1	2
SOC	1	2
TOTAL	50	100

- Fuente; Unidad de Remes, Unidad de Admisión, Jefatura de Emergencias.

CUADRO 17

**Pacientes Unidad de Cuidados Críticos HCLVV, según patología quirúrgica, días de estancia y concisión de salida
año 2007**

DIAGNOSTICO	DIAZ DE ESTANCIA	CODICION DE SALIDA
Abdomen Agudo	1	Vivo
Cirugía Abdominal	8	Fallecido
Bypas Gástrico	1	Viva
Laparotomía	1	Viva
Amputación MI	1	Viva
Hernia Inguinal Encarcelada	2	Fallecido
Complicaciones post Tiroidectomía	2	Viva
Oclusión Intestinal	1	Vivo
Tumoración Intra Abdominal	4	Vivo
Post Colesistectomía Reintervención	1	Vivo
Fractura de Cadera, PCR	1	Vivo
Esplenectomía	1	Fallecido
Sepsis Intra Abdominal	1	Fallecido
Sepsis Intra Abdominal	1	Vivo
Politraumatismo	1	Vivo
Abdomen Agudo	1	Vivo
TOTAL	28	

* Fuente; unidad de Remes, Unidad de Admisión, Jefatura de Emergencias.

CAPITULO V

RESULTADOS OBTENIDOS

CAPITULO V

RESULTADOS OBTENIDOS

En general se puede decir que el nuevo sistema arroja datos positivos en gran medida para el proceso de atención de los pacientes, a continuación se detallan y enumeran estos resultados:

5.1 Mejoras en la Calidad de la Atención

1- Se logra la creación y adaptación del consultorio de Triage, el cual cuenta con todas las necesidades básicas para su funcionamiento.

2- Se incorporo un medico mas en las labores de trabajo diarias para hacer frente a la nueva estrategia de atención.

3- Las estadísticas se facilitaron en forma muy importante con La incorporación del nuevo sistema informático digital para la información que emana este consultorio.

4- Al revisar el numero de pacientes atendidos en el periodo en estudio se evidencia, que del gran total de 98643 pacientes, después del mes de junio se reubicaron un total de 15033 pacientes, lo que denota que esta cantidad de pacientes fueron valorados y posteriormente Reubicados por no tener patologías de resolución quirúrgica. Esto resulta en la descongestión del servicio y por ende en una atención más oportuna a los que realmente lo ameritaron. (Cuadro 5)

5- Del Total del pacientes atendidos el 77.5% de ellos fueron resueltos en consultorios, lo que denota, la capacidad de resolución del Servicio.(Cuadro numero 6)

6- Se logró la Reubicación del 12% de los pacientes atendidos en el periodo del 13-06-7 al 31-01-07.(cuadro 7)

7- El 1% de los pacientes que arribaron al servicio se catalogaron como Rojos, y recibieron el abordaje inicial con la prioridad del caso. (Cuadro7)

8- En los servicios de urgencias se llevan estadísticas numéricas del total de pacientes que ingresan al centro en busca de atención médica, sin embargo no se llevan estas estadísticas tomando en cuenta la complejidad de los pacientes, ya que dependiendo de ella, será el tiempo que todo el personal deba de invertir para su abordaje. En las siguientes tablas 10, 11,12, y13, podemos evidenciar la gran diferencia estadística cuando se toman en cuenta estas variables. Esto significa un aumento del 53% en la cantidad de pacientes atendidos.

5.2 Tiempos de Espera en la Atención de Pacientes

En relación a los tiempos de espera para la atención del paciente en el cubículo de valoración y el primer contacto con el médico tratante y posterior disposición del mismo, ya sea su egreso o espera por toma de radiografías o exámenes de laboratorio y gabinete. Se creó un formato electrónico con la colaboración del departamento de Informática del hospital, el cual será llenado por la Srta. Andrea del Carmen Orozco Cárdenas estudiante de medicina de la universitaria de Ciencias Médicas, como parte de su trabajo comunal universitario y el cual se iniciara a partir del mes de Febrero del 2008.

Para este estudio se tomaron muestras aleatorias en diferentes días, a diferentes horas, y sin el conocimiento de los médicos y personal en general del servicio de urgencias, todo con el fin de lograr un estudio verdaderamente significativo y con el menor sesgo posible. Las muestras del estudio se tomaron durante los meses de , Marzo y Abril del presente año 2008.

Los resultados del estudio se muestran de una forma resumida en la las siguientes tablas 1 y 2 .

TABLA 1
Estudio Tiempos de Espera, Servicio de Urgencias
HCLVV 2008

Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega
Servicio de Urgencias
San Ramón

Registro de Tiempos de Espera Atención de Urgencias

Fecha 28/02/2008

Nº Expediente	Promedio General		00:06:32		00:06:15		00:22:55	00:35:41
	Hora Llegada	Hora Ingreso Cons. Valoración	Tiempo Promedio Llegada Vrs Valoración	Hora Llenado Hoja de Urgencias	Tiempo Promedio Valoración Vrs Llenado Hoja	Hora Ingreso Consultorio Atención Médica	Tiempo Promedio Hoja Urgencias Vrs Atención Médica	Tiempo Promedio Tiempo de Espera
603090274	09:59:00	10:04:00	00:05:00	10:10:00	00:06:00	10:25:00	00:15:00	00:26:00
206890850	10:14:00	10:20:00	00:06:00	10:22:00	00:02:00	10:30:00	00:08:00	00:16:00
205320467	11:00:00	11:02:00	00:02:00	11:04:00	00:02:00	11:22:00	00:18:00	00:22:00
108860234	12:00:00	12:05:00	00:05:00	12:08:00	00:03:00	12:35:00	00:27:00	00:35:00
203450987	12:05:00	12:12:00	00:07:00	12:25:00	00:13:00	12:40:00	00:15:00	00:35:00
201330955	12:10:00	12:20:00	00:10:00	12:25:00	00:05:00	12:45:00	00:20:00	00:35:00
207370966	12:15:00	12:25:00	00:10:00	12:40:00	00:15:00	13:05:00	00:25:00	00:50:00
204430597	13:00:00	13:15:00	00:15:00	13:20:00	00:05:00	13:45:00	00:25:00	00:45:00
209870123	13:10:00	13:20:00	00:10:00	13:45:00	00:25:00	14:00:00	00:15:00	00:50:00
202120345	13:20:00	13:30:00	00:10:00	13:36:00	00:06:00	14:10:00	00:34:00	00:50:00
205420243	13:26:00	13:34:00	00:08:00	13:40:00	00:06:00	14:20:00	00:40:00	00:54:00
603670945	13:30:00	13:40:00	00:10:00	13:45:00	00:05:00	14:25:00	00:40:00	00:55:00
203210153	09:00:00	09:10:00	00:10:00	09:15:00	00:05:00	09:45:00	00:30:00	00:45:00
103560784	09:06:00	09:16:00	00:10:00	09:20:00	00:04:00	09:45:00	00:25:00	00:39:00
106340742	09:10:00	09:15:00	00:05:00	09:20:00	00:05:00	09:40:00	00:20:00	00:30:00
203540374	09:13:00	09:25:00	00:12:00	09:28:00	00:03:00	09:53:00	00:25:00	00:40:00
206350832	10:00:00	10:10:00	00:10:00	10:14:00	00:04:00	10:25:00	00:11:00	00:25:00
602860347	10:04:00	10:10:00	00:06:00	10:14:00	00:04:00	10:44:00	00:30:00	00:40:00
205830142	10:09:00	10:18:00	00:09:00	10:44:00	00:26:00	10:58:00	00:14:00	00:49:00
201120554	10:19:00	10:23:00	00:04:00	10:30:00	00:07:00	10:59:00	00:29:00	00:40:00
108670881	10:24:00	10:29:00	00:05:00	10:34:00	00:05:00	10:55:00	00:21:00	00:31:00
208780371	12:30:00	12:40:00	00:10:00	12:55:00	00:15:00	13:20:00	00:25:00	00:50:00
603770442	12:35:00	12:40:00	00:05:00	12:48:00	00:08:00	13:05:00	00:17:00	00:30:00
208890435	12:45:00	12:55:00	00:10:00	12:59:00	00:04:00	13:00:00	00:01:00	00:15:00
206050239	09:35:00	09:39:00	00:04:00	09:40:00	00:01:00	10:30:00	00:50:00	00:55:00
700630163	09:50:00	09:58:00	00:08:00	10:04:00	00:06:00	10:40:00	00:36:00	00:50:00
206390414	09:52:00	09:59:00	00:07:00	10:02:00	00:03:00	10:44:00	00:42:00	00:52:00
206890262	09:55:00	09:58:00	00:03:00	10:04:00	00:06:00	10:15:00	00:11:00	00:20:00
101240756	10:35:00	10:40:00	00:05:00	10:41:00	00:01:00	10:46:00	00:05:00	00:11:00
117380648	10:00:00	10:07:00	00:07:00	10:08:00	00:01:00	10:51:00	00:43:00	00:51:00
206180771	10:18:00	10:32:00	00:14:00	10:35:00	00:03:00	11:38:00	01:03:00	01:20:00
206030683	10:30:00	10:33:00	00:03:00	10:34:00	00:01:00	11:32:00	00:58:00	01:02:00
110250470	10:32:00	10:34:00	00:02:00	10:40:00	00:06:00	11:15:00	00:35:00	00:43:00
204020244	09:12:00	09:15:00	00:03:00	09:20:00	00:05:00	09:25:00	00:05:00	00:13:00
201090892	09:05:00	09:10:00	00:05:00	09:16:00	00:06:00	09:24:00	00:08:00	00:19:00

Fuente: Estudio Tiempos de Espera, Servicio de Urgencias, HCLVV 2008

TABLA 2
Estudio Tiempos de Espera, Servicio de Urgencias
HCLVV 2008

Caja Costarricense de Seguro Social
 Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega
 Servicio de Urgencias
 San Ramón

Registro de Tiempos de Espera Atención de Urgencias

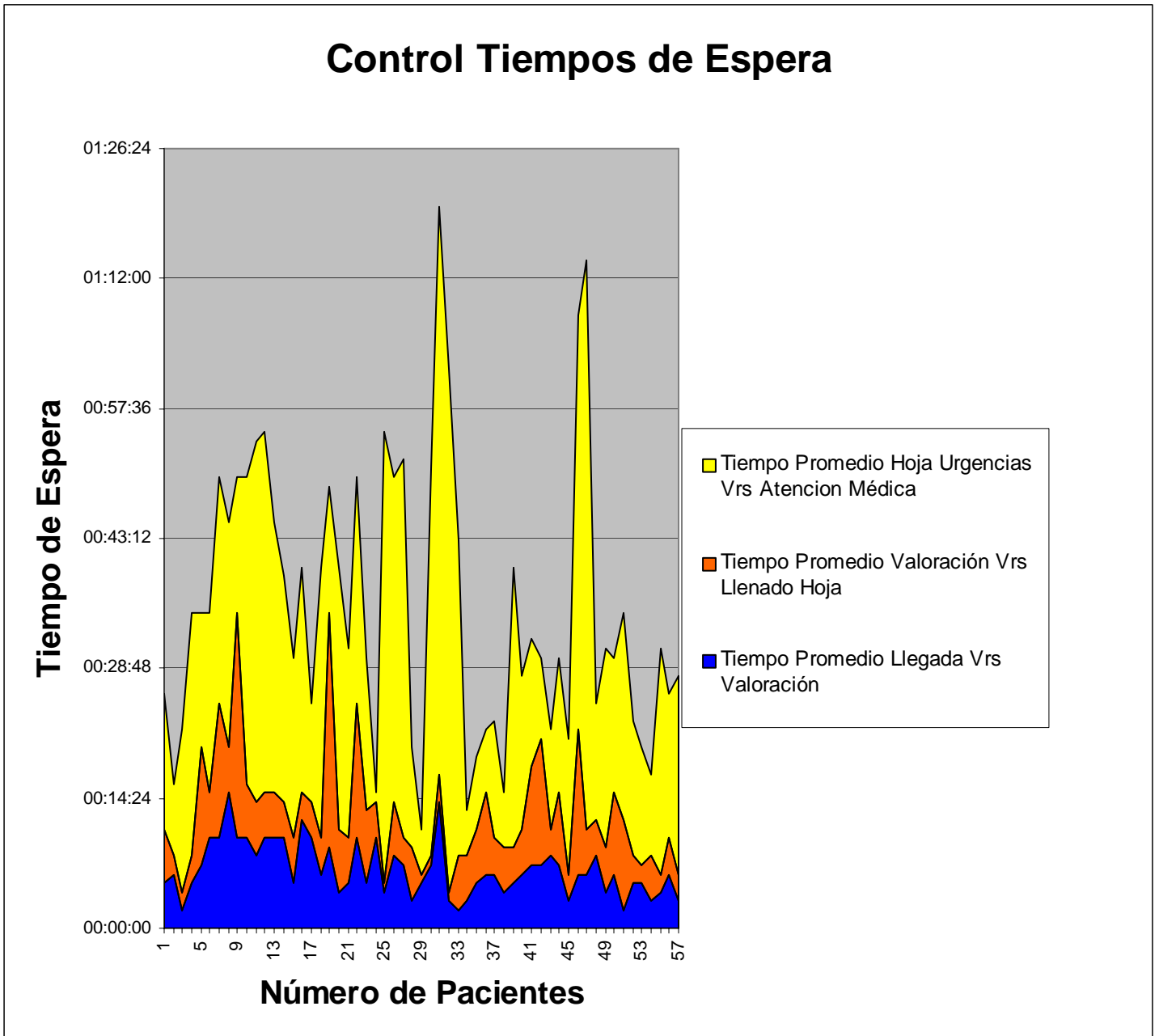
Fecha	28/02/2008
--------------	-------------------

Nº Expediente	Hora Llegada	Hora Ingreso Cons.Valoración	Tiempo Promedio Llegada Vrs Valoración	Hora Llenado Hoja de Urgencias	Tiempo Promedio Valoración Vrs Llenado Hoja	Hora Ingreso Consultorio Atención Médica	Tiempo Promedio Hoja Urgencias Vrs Atención Médica	Tiempo Promedio Tiempo de Espera
203350668	09:10:00	09:16:00	00:06:00	09:25:00	00:09:00	09:32:00	00:07:00	00:22:00
208780104	09:20:00	09:26:00	00:06:00	09:30:00	00:04:00	09:43:00	00:13:00	00:23:00
206070243	09:47:00	09:51:00	00:04:00	09:56:00	00:05:00	10:02:00	00:06:00	00:15:00
603530543	10:00:00	10:05:00	00:05:00	10:09:00	00:04:00	10:40:00	00:31:00	00:40:00
2,207E+13	10:01:00	10:07:00	00:06:00	10:12:00	00:05:00	10:29:00	00:17:00	00:28:00
204990330	10:48:00	10:55:00	00:07:00	11:06:00	00:11:00	11:20:00	00:14:00	00:32:00
203770904	10:55:00	11:02:00	00:07:00	11:16:00	00:14:00	11:25:00	00:09:00	00:30:00
202780775	09:20:00	09:28:00	00:08:00	09:31:00	00:03:00	09:42:00	00:11:00	00:22:00
203450967	09:18:00	09:25:00	00:07:00	09:33:00	00:08:00	09:48:00	00:15:00	00:30:00
203780849	09:19:00	09:22:00	00:03:00	09:25:00	00:03:00	09:40:00	00:15:00	00:21:00
118590689	10:00:00	10:06:00	00:06:00	10:22:00	00:16:00	11:08:00	00:46:00	01:08:00
113400609	09:50:00	09:56:00	00:06:00	10:01:00	00:05:00	11:04:00	01:03:00	01:14:00
203650083	10:07:00	10:15:00	00:08:00	10:19:00	00:04:00	10:32:00	00:13:00	00:25:00
202150134	11:17:00	11:21:00	00:04:00	11:26:00	00:05:00	11:48:00	00:22:00	00:31:00
202070010	13:20:00	13:26:00	00:06:00	13:35:00	00:09:00	13:50:00	00:15:00	00:30:00
204560234	13:23:00	13:25:00	00:02:00	13:35:00	00:10:00	13:58:00	00:23:00	00:35:00
102590325	13:35:00	13:40:00	00:05:00	13:43:00	00:03:00	13:58:00	00:15:00	00:23:00
201560264	13:40:00	13:45:00	00:05:00	13:47:00	00:02:00	14:00:00	00:13:00	00:20:00
203840589	13:42:00	13:45:00	00:03:00	13:50:00	00:05:00	13:59:00	00:09:00	00:17:00
204680254	13:44:00	13:48:00	00:04:00	13:50:00	00:02:00	14:15:00	00:25:00	00:31:00
206580235	13:46:00	13:52:00	00:06:00	13:56:00	00:04:00	14:12:00	00:16:00	00:26:00
2020702071	13:52:00	13:55:00	00:03:00	13:58:00	00:03:00	14:20:00	00:22:00	00:28:00

Fuente: Estudio Tiempos de Espera, Servicio de Urgencias, HCLVV 2008

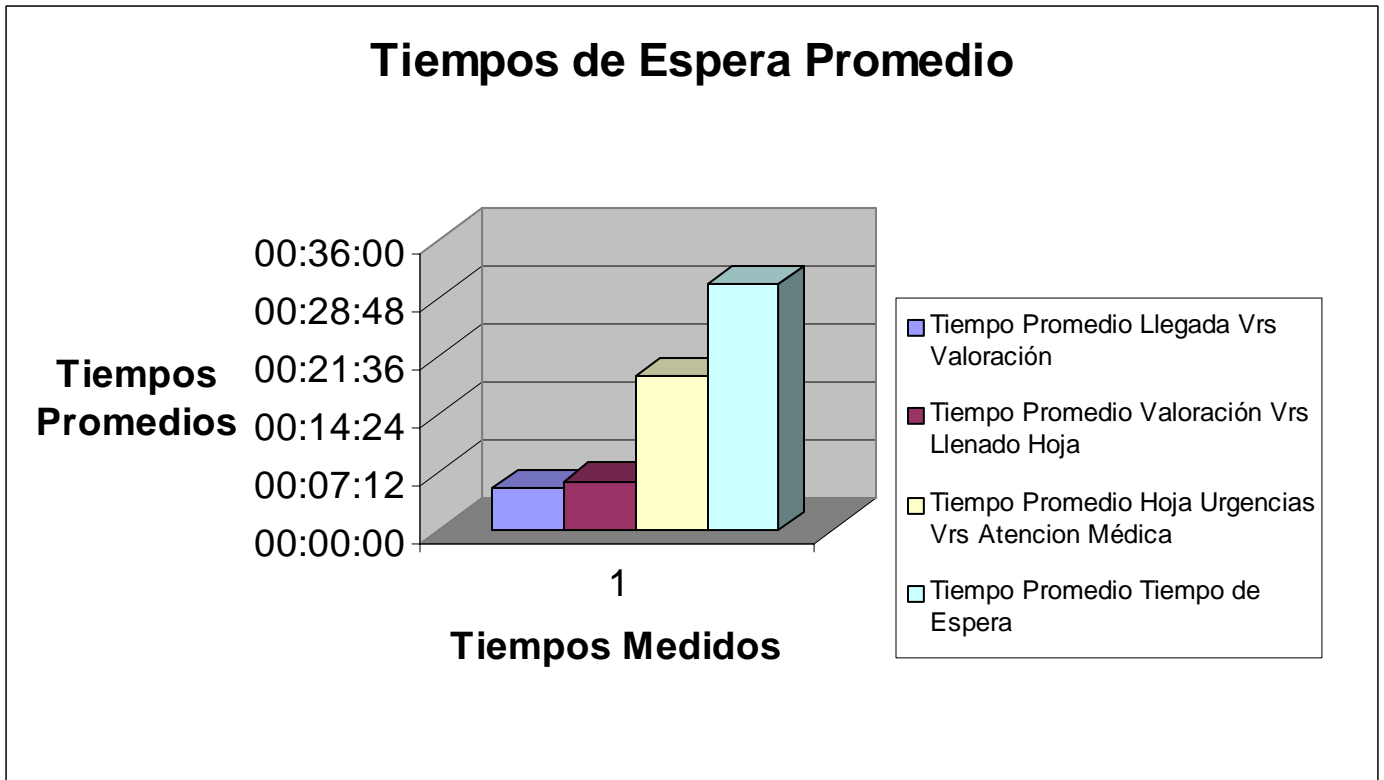
Grafico 1

Comparación en Tiempos de Espera Servicio de Urgencias HCLVV



Fuente: Estudio tiempos de espera, Servicio de Urgencias HCLVV 2008

Grafico 2
Comparación Tiempos de Espera Promedios
Servicio de Urgencias HCLVV



Fuente: Estudio tiempos de espera, Servicio de Urgencias HCLVV 2008

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se describen las variables que en el marco de las conclusiones y recomendaciones se pueden definir para el Servicio de Urgencias, durante la realización del presente estudio. Estos requerimientos se consideran de vital importancia para el adecuado funcionamiento durante el año 2008, esta información será entregados a las autoridades competentes del hospital, las cuales pueden tener participación activa, tales como:

- 1- Dirección Médica
- 2- Dirección administrativa
- 3- Jefatura Médica de urgencias
- 4- Dirección de enfermería
- 5- Coordinación de enfermería de Urgencias

6.1 CONCLUSIONES

Mediante la elaboración del presente trabajo, se puede llegar a concluir sobre los siguientes aspectos, que son de gran importancia en términos generales.

1. El nuevo sistema de valoración y clasificación implementado desde Junio del año 2007, cuenta con buena aceptación y opinión de los trabajadores que lo han implementado.
2. El consultorio de valoración se encuentra funcionando en forma continua y siguiendo las características mediante las que fundamentaron su creación.
3. Todos los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, son recibidos por el medico a cargo del consultorio de valoración y clasificación.
4. Se encuentra implementado el sistema de Triage y todos los pacientes que acuden al hospital en busca de atención medica, son clasificados según el criterio medico y la hoja de triade descrita y contenida en este proyecto.

5. Los pacientes que ingresan y son clasificados como azules y rojos, son abordados en forma inmediata e ingresados a sala de shock, donde son abordados por un medico general y los especialistas en medicina de emergencias.
6. En el servicio de admisión se tiene el control y se llevan las estadísticas de todos los pacientes atendidos en urgencias, así como se especifica la categoría según el Triade o clasificación (Azul, Rojo, Amarillo, Verde). toda esta información estadística, se encuentra disponible en formato digital para los estudios correspondientes que se ameriten.
7. Se ha podido determinar, que un alto porcentaje de usuarios que acuden al servicio de urgencias, lo hacen por una tradición o costumbre y no porque se documente alguna patología que amerite su atención en un servicio de urgencias(pacientes clasificados como Reubicados).
8. En cuanto a los tiempos de espera, al analizar el estudio realizado con la muestra de pacientes tomada (Total de 57 pacientes), se concluye que: según estos resultados los tiempos registrados para la atención de los pacientes en el sistema de valoración, obedecen y respetan los estipulados en el formato de Triade en el cual se sustenta teóricamente el proyecto de clasificación (Tabla 1 y 2), a continuación se enumeran algunos detalles del mismo:
9. Se tomaron en cuenta cuatro tiempos para su estudio, los cuales fueron:
 - ❖ Hora de Llegada del paciente a Urgencias
 - ❖ Hora de ingreso al consultorios de valoración
 - ❖ Hora de llenado de la hoja de urgencias
 - ❖ Hora de ingreso al consultorio de atención médica

10. Se midieron tres tiempos promedios:

- ❖ **Tiempo 1:** Llegada VS Valoración
- ❖ **Tiempo 2:** Valoración VS hoja de urgencias
- ❖ **Tiempo 3:** Hoja de urgencias VS Atención médica

11. Los resultados de estos tiempos tomando en cuenta el promedio de los 57 pacientes fueron:

- ❖ **Tiempo 1: 06:32 minutos**, desde su ingreso al servicio hasta el ingreso a el Consultorio de valoración y Triage. Lo anterior nos demuestra que se cumplió con el objetivo de abordar estos pacientes dentro de los primeros 10 minutos desde su ingreso al hospital.
- ❖ **Tiempo 2: 06:15 minutos**, desde su valoración inicial o Triage hasta el llenado de la hoja de Urgencias, esto nos demuestra que aun sigue estando dentro del tiempo adecuado de atención.
- ❖ **Tiempo 3: 22:55 minutos**, desde el llenado de la hoja de urgencias hasta la atención medica definitiva.

12. El Promedio total del tiempo invertido para la atención del paciente desde su llegada al hospital hasta la valoración médica definitiva fue de: **35:41 minutos**.

13. Si recordamos los tiempos planteados en la escala de TRIAGE, en que se baso este consultorio de valoración y su implementación en el Servicio de Urgencia del hospital, notamos que los tiempos establecidos previamente para la atención definitiva de los usuarios fueron:

- ❖ Pacientes Rojos: Máximo de 15 minutos
- ❖ Pacientes Amarillos: Máximo de 30 minutos

❖ Pacientes Blancos: Máximo 1 hora

Si recordamos el porcentaje de pacientes atendidos según las prioridades Rojo, Amarillo y Verde (Cuadro 7):

- ❖ Rojo: 1%
- ❖ Amarillo: 23%
- ❖ Verde: 63%
- ❖

Lo anterior nos demuestra que el gran porcentaje de pacientes atendidos fueron verdes (63%), que en general se debieron de atender en los primeros 60 minutos, y el promedio de atención total fue de 35;41 minutos.

14. Se puede concluir, que el estudio de tiempos de espera en el marco de la evaluación del nuevo modelo de atención del servicio de emergencias del Hospital Carlos Luís Valverde Vega de san Ramón, es muy favorable y positivo, ya que respeta todos los tiempos planteados de antemano en el marco teórico del proyecto.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Contar con el personal de enfermería necesario para la cobertura de la Unidad de Críticos las 24 horas del día, y así poder aprovechar al máximo las nuevas instalaciones de la Unidad. En coordinación con la dirección de enfermería.
2. Incorporar un tercer médico en el tercer turno, debido a que los traslados y la asistencia a las salas de operaciones de emergencias después de las 10 PM, dejan al servicio de Urgencias con solo un medico general, desmejorando este hecho con la atención directa del paciente. En coordinación con la dirección médica.

3. Incorporar en el rol de guardias de médicos generales, un medico de refuerzo durante de 7am a 10 pm, para así poder lograr un mejor desempeño del servicio y lograr una atención mas pronta y de calidad para nuestros pacientes. Lo anterior es competencia de la dirección médica.
4. Incluir un profesional en terapia respiratoria, para la atención de la unidad de críticos, Observación, inhala terapia y pacientes en salones que requieran de sus intervenciones. Deberá coordinarse con la administración y dirección medica.
5. Obtener los valiosos servicios de una secretaria, que colabore con todas las actividades que en esta materia demanda el servicio de Urgencias. Deberá coordinarse con la administración y dirección medica.
6. Fomentar la capacitación del personal tanto medico como de enfermería, para que de esta forma lograr la mejor calidad de atención para nuestros usuarios. Dirigido a jefatura medica de urgencias y coordinación de enfermería.
7. Lograr en coordinación con la dirección de enfermería, estabilizar el personal de enfermería en urgencias, y evitar cambios de profesionales que por las propias características del trabajo que realizamos y el tipo de paciente que se atienden, demandan especiales cuidados y entrenamiento a todos los que laboramos día con día en el servicio.
8. Traslado de la bodega de gases medicinales, que por mucho tiempo ha permanecido en el seno del servicio de Urgencias, significando un verdadero peligro para todos los que laboramos en este departamento, y para los pacientes que atendemos, aparte de la contaminación sónica que genera diariamente esta área de gases. Coordinar con Jefatura del departamento de mantenimiento, administración y dirección medica

9. Contar en el servicio con un espacio para las reuniones de todo el personal, así como para las actividades docentes del personal.
10. El personal médico del servicio que debe de trabajar en los tres turnos, incluyendo las jornadas nocturnas, no cuenta con una Área de Estar, lo que constituye una importante carencia, aunque la normativa institucional, así lo estipula.
11. Ampliar el servicio de inhala terapia, e incorporar al mismo sillas adecuadas que permitan el adecuado manejo de los pacientes, que en muchos casos requieren permanecer horas con sus terapias.
12. El servicio de urgencias carece de un área de espera para todos aquellos pacientes que ameritan ser revalorados, que se encuentran cumpliendo tratamientos o en espera de exámenes de gabinete o laboratorio, así como se pueda dar la tolerancia oral a los pacientes que lo ameriten.

Es conveniente, realizar un estudio de control una vez que se hallan desarrollado e implementado las recomendaciones y sugerencias que se anotan en el capítulo correspondiente de esta evaluación. Lo anterior permitirá una retroalimentación y ajustes del sistema, para optimizar los resultados y lograr una mejor, adecuada y oportuna atención y abordaje de los pacientes día con día.

BIBLIOGRAFIA

- Antología base: Investigación Administrativa en el Área de la Salud, Programa de Capacitación Gerencial Moderna y Gestión del Cambio en salud. ICAP/CENCEISSS, 2008
-
- TRAUMA, Vol. 9, Núm. 2, pp 48-56 • Mayo-Agosto, 2006 MG
-
- www.monografias.com/trabajos10/foda/foda.shtml - 33k
-
- www.deguate.com/infocentros/gerencia/mercadeo/mk17.htm - 67k
-
- www.answers.com/topic/triage - 86k - Cached
-
- www.triagefirst.com/newsletter/2007Q2/literature.html
-
- www.en.wikipedia.org/wiki/Triage
-
- www.deguate.com/infocentros/gerencia/mercadeo/mk17.htm
-
- www.miespacio.org/cont/gi/foda.htm
-
- www.grupokaizen.com/bsce/Analisis_Foda_y_Analisis_Dofa.pdf
- Archivos de Servicio de Admisión HCLVV, CCSS, 2007
- Archivos del servicio de REMES HCLVV, CCSS, 2007
- Archivos de la Jefatura del Servicio de Urgencias, HCLVV, CCSS, 2007