

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD



“FACTORES RELACIONADOS CON LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN
SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” - ESSALUD
AREQUIPA 2004.”

TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER:

ANGEL EDUARDO DEL CARPIO PEROCHENA

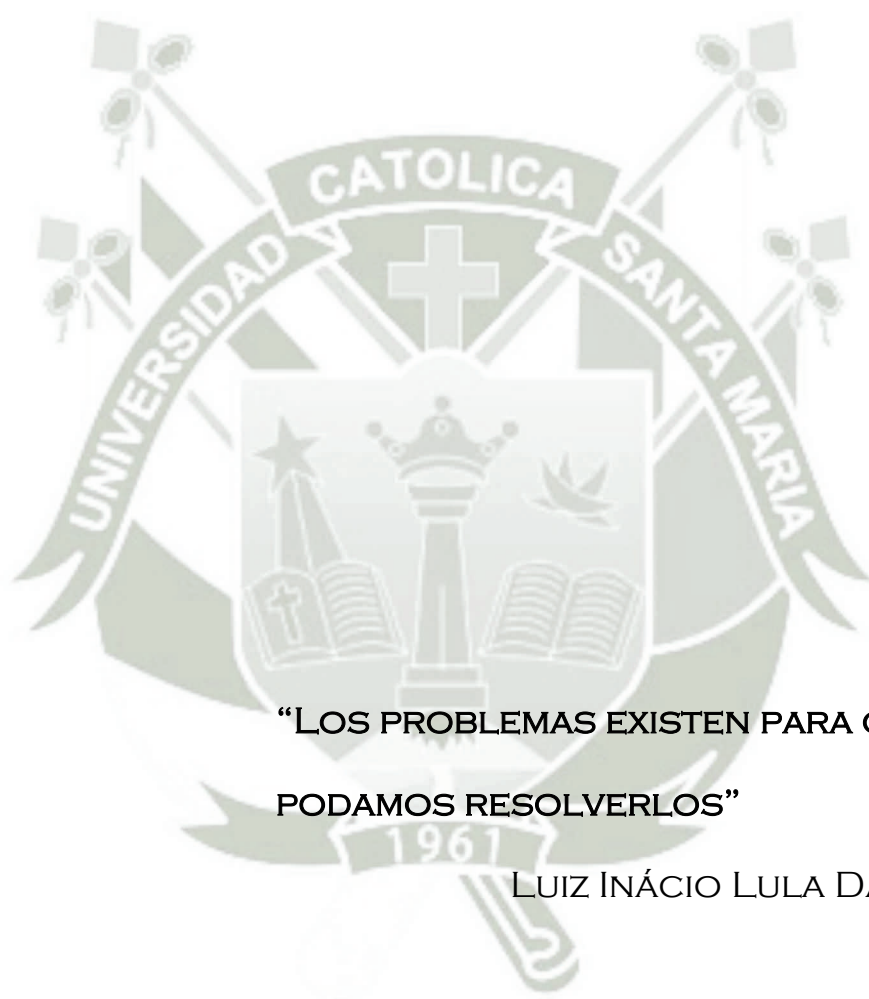
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD.

AREQUIPA - PERU

2005



A MIS PADRES, POR DARME
EL DON DE LA VIDA Y HACER
DE MI LO QUE SOY; POR SU
APOYO INCONDICIONAL Y
CARIÑO VERDADERO.



**“LOS PROBLEMAS EXISTEN PARA QUE
PODAMOS RESOLVERLOS”**

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| RESUMEN | 04 |
| ABSTRACT | 07 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CAPÍTULO ÚNICO: Resultados..... | 13 |
| 1.- Características de La Población estudiada..... | 14 |
| 2.- Características del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud | 25 |
| 3.- Saturación de Pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia | 42 |
| 3.- Factores relacionados con el paciente que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación | 53 |
| 4.- Factores relacionados con el personal que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación | 74 |
| 5.- Factores relacionados con la institución condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación | 97 |
| CONCLUSIONES | 111 |
| RECOMENDACIONES..... | 113 |
| PROPUESTA..... | 115 |
| BIBLIOGRAFÍA | 135 |
| ANEXO N° 1: Proyecto de Investigación | 142 |
| ANEXO N° 2: Matriz de Sistematización de Datos..... | 243 |
| ANEXO N° 3: Glosario de Términos..... | 276 |

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la presencia de Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa, 2004; así como realizar un estudio acerca de tres problemas fundamentales y trascendentes de dicha Saturación; y que son los siguientes: los relacionados con los usuarios, los relacionados con el personal y los relacionados directamente con la institución.

Para este estudio, se ha considerado un universo cuantitativo de 383 pacientes, internados en la Sala de Observación y que hayan permanecido en ésta durante más de 24 horas, en el periodo de Octubre a Diciembre del año 2004; a quienes se les aplicó como instrumento de opinión una cédula de entrevista, que fue absuelta en su totalidad. Igualmente se recopiló información de las historias clínicas de estos pacientes, completando el formulario de seguimiento, la ficha de observación estructurada y la guía de observación para infraestructura del pasillo de sala de observación de emergencia correspondientes.

Además, después de revisar los registros estadísticos anuales de EsSalud, se realizó un análisis comparativo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa, con los demás hospitales nacionales de EsSalud; que son en la ciudad de Lima, el Hospital Nacional Guillermo Almenara y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati; y en las ciudades

de Cuzco y Lambayeque, los Hospitales Nacionales del Sur Este y Almonzor Aguinaga, respectivamente. En dicho análisis se observa una diferencia significativa entre las prioridades de daño atendidas en los hospitales de la capital en comparación con las atendidas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin.

Asimismo se describe y explica la oferta y demanda del Servicio de Emergencia Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, en base al análisis de los registros estadísticos anuales del servicio de emergencia.

Clasificados y analizados los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos se encuentra existe una alta saturación de pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa; y que esta saturación esta determinada por factores relacionados con la institución, con los pacientes y con el personal de salud.

Los factores institucionales son los principales condicionantes de la saturación, y son: primero, que el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo no cuenta con un cinturón de contención periférico efectivo; segundo, que existe limitada oferta de atenciones tanto de consulta externa, así como de emergencia en los Centros Asistenciales de menor nivel; tercero, que el Sistema de Referencias es ineficaz y por ultimo, que existe una falta de camas disponibles en los Servicios de Hospitalización del HNCASE.

Si bien hay factores relacionados con el personal que condicionan la saturación, estos se deben principalmente a la gran cantidad de pacientes que se encuentran hospitalizados en la Sala de Observación y a los procesos de ayuda diagnóstica, como las interconsultas, los exámenes de laboratorios y los exámenes por imágenes, que retrasan considerablemente la movilización de pacientes de la Sala de Observación, durante sus tres etapas: de solicitud, de tramitación y de respuesta.

Finalmente, los factores relacionados al paciente, son principalmente relacionados a la falta de información que estos tienen sobre la ubicación de los establecimientos de EsSalud en la ciudad de Arequipa, los horarios de atención de los mismos y los servicios que brindan; así como la falta de conciencia que tienen los usuarios acerca del adecuado uso de un Servicio de Emergencia.

ABSTRACT

The purpose of the present investigation was to determinate the presence of Saturation Process of Patients in the Observation Room of the Service of Emergency of the National Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo of EsSalud - Arequipa, 2004; as well as, to carry out study about three fundamental and transcendental problems in the; and these are the following ones: those related with the patients, those related with the personnel of the hospital and those directly related with the institution.

For this study, it was considered a quantitative universe of 383 patients, whom were hospitalized and remained for more than 24 hours in the Observation Room of Emergency, between the months of October to December of the year 2004; to whom were applied an interview card as opinion instrument, that was acquitted in their entirety. Information was also gathered through a pursuit form, record of structured observation and the guide of infrastructure observation: lobby of emergency's observation.

Also, after revising the annual statistical registrations of EsSalud, it was carried out a comparative analysis of the Service of Emergency of the National Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo of Arequipa, with the other national hospitals of EsSalud; that, in the city of Lima, they are the National Hospital Guillermo Almenara and the National Hospital Edgardo Rebagliati; and in the cities of

Cuzco and Lambayeque they are, the National Hospitals of the South East and Almonzor Aguinaga, respectively. In this analysis, a significant difference is observed between the priorities of damage assisted in the capital's hospitals, in comparison with those assisted in the National Hospital Carlos Alberto Segúin.

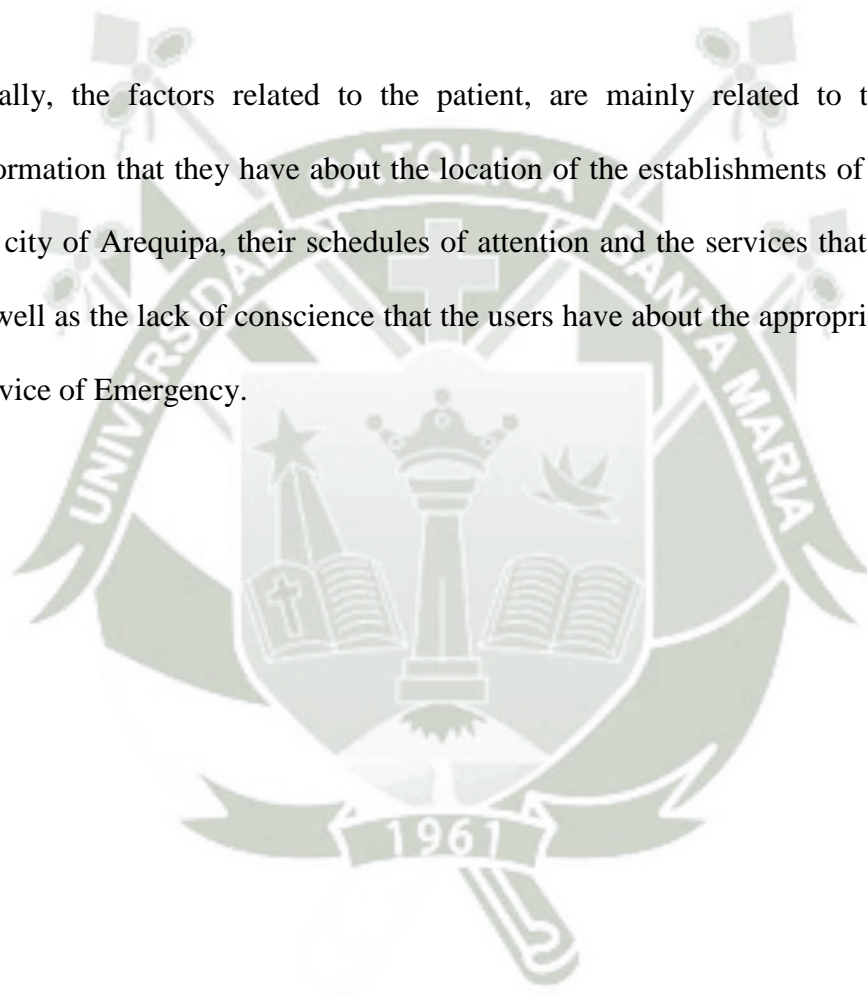
Likewise, it is described and it is explained the offer and demand of the Service of Emergency National Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, based on the analysis of the annual statistical registrations of the emergency service.

Grading and analyzing the data obtained through the application of the instruments, it is found that, there is a high saturation of patient in the Room of Observation of the Service of Emergency of the National Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo of Arequipa; and this saturation is determined by factors related with the institution, with the patients and with the personnel of health.

The institutional factors are the main ones conditioning of the saturation, and these are: first, that the Service of Emergency of the National Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo doesn't have an effective outlying contention belt; second, that only exists in the Assistance Centers of smaller level a limited offer of attentions of external consultation and emergency; third, that the System of References is ineffective and finally, the lack of available beds in the Services of Hospitalization of the HNCASE.

Although there are factors related with the personnel that contribute to the saturation; these are mainly for the sake of the excessive number of patients are hospitalized in the Observation Room and to the Processes of Help to the Diagnosis, as the inter-consultations, laboratory exams and the image exams, which retard vastly the mobilization of patient of the Observation Room, during their three stages: application, procedure and answer.

Finally, the factors related to the patient, are mainly related to the lack of information that they have about the location of the establishments of EsSalud in the city of Arequipa, their schedules of attention and the services that they offer; as well as the lack of conscience that the users have about the appropriate use of a Service of Emergency.



INTRODUCCIÓN

El tiempo es un recurso escaso y cuando se enfrenta una emergencia no se puede improvisar. El Servicio de Emergencia es la puerta de acceso de los pacientes con patologías agudas al Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” de EsSalud de Arequipa. Está formado por un equipo especializado de médicos y enfermeros, que poseen formación eminentemente clínica y emergentológica, y cubre todo el espectro de situaciones de emergencia.

En muchos casos, el tiempo entre el ingreso al Servicio y el comienzo del tratamiento es de vital importancia. La posterior evolución dependerá de la correcta categorización en el ingreso y la acertada y veloz actitud inicial.

El Servicio de Emergencia del HNCASE se encarga de la atención de patologías críticas en forma inmediata, sistematizada y eficaz, con el primer objetivo de salvar la vida y estabilizar el cuadro del paciente, para finalmente dar paso al tratamiento definitivo. Abarca la evaluación inicial, tratamiento y disponibilidad para cualquier persona, por cualquier síntoma que requiere atención médica inmediata (sea clínica, quirúrgica o psiquiátrica).

La actividad asistencial es el motor del Servicio de Emergencias del HNCASE, que trabaja bajo normas internacionales de calidad en atención.

Situado estratégicamente en contacto con la vía pública, el servicio está en actividad las 24 horas, con rápido acceso a estudios complementarios (como

laboratorio, ecografía, tomografía). Al mismo tiempo, se encuentra especialmente relacionado con las distintas especialidades del Hospital, ya que se trata de una actividad médica multidisciplinaria. La posibilidad de acceso a cirugía, como también la realización de estudios de alta complejidad en forma inmediata son algunos de los más fieles indicadores de la calidad del Servicio de Emergencias Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” de EsSalud de Arequipa.

El presente trabajo es una investigación de campo, con un nivel descriptivo, orientado al estudio de los Factores Relacionados con la Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de EsSalud de Arequipa, durante el año 2004. El análisis de la información recibida acerca de los factores relacionados con el paciente, con el personal del equipo asistencial, así como los institucionales; que condicionan tal saturación, permiten establecer un panorama de la situación actual del Servicio de Emergencia y establecer dichas relaciones.

El procesamiento de las respuestas a la entrevista, referentes a la percepción de la calidad de la atención recibida por parte de los pacientes, así como otros aspectos relevantes consignados en el formulario de seguimiento a pacientes, hacen posible que se pueda concluir si los factores que condicionan la saturación de la Sala de Observación sean primordialmente institucionales, relacionados con el paciente, o relacionados con el personal que labora en el Servicio.

La presente Investigación está organizada en un capítulo único, referido a la sistematización, análisis e interpretación de los resultados que involucran el procesamiento de los indicadores de cada variable.

Al término del capítulo correspondiente se formulan las conclusiones en respuesta a los indicadores y se proponen las sugerencias y propuesta correspondientes.

Finalmente, se presenta la bibliografía que sirvió de soporte teórico para el desarrollo de la investigación y los anexos correspondientes. En el primer anexo (proyecto de investigación) se consigna un marco teórico ampliamente desarrollado con respecto al funcionamiento de los Servicios de Emergencia.

Expreso mi agradecimiento a los Docentes de la Maestría en Gerencia en Salud de la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica de Santa María y en especial a la Mgtra. Rossana Pajuelo Ponce, quienes supieron orientarme y aconsejarme en el trayecto de mi paso por mi Alma Mater.

El Autor

CAPÍTULO ÚNICO

RESULTADOS

1. Características de la Población estudiada.
2. Características del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguí Escobedo” de EsSalud de Arequipa
3. Saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia.
4. Factores relacionados con el paciente que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia.
5. Factores relacionados con el personal de salud que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia.
6. Factores relacionados con la institución que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia.



1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

TABLA N° 1

PACIENTES SEGÚN SEXO

| Género | F | % |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino | 208 | 54.3% |
| Femenino | 175 | 45.7% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

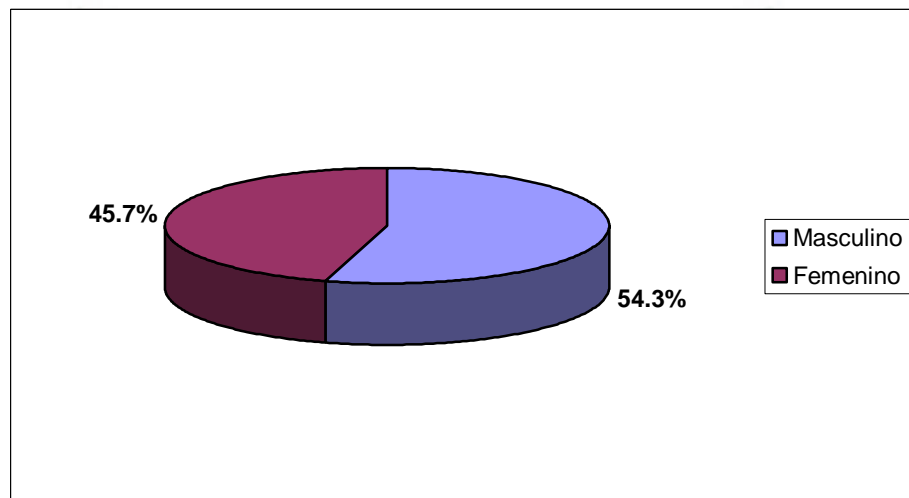
Se observa que no existe diferencia significativa respecto al sexo de los pacientes internados en Sala de Observación, siendo ligeramente superior el sexo masculino.

Esto guarda concordancia con la distribución por sexo de la población en el Perú, que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el año 2002 el 50,3% de la población era de sexo masculino y el 49,7% era de sexo femenino¹.

¹ INEI: *Perú en Cifras 2004*.

GRÁFICO N° 1

PACIENTES SEGÚN SEXO



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 2

PACIENTES SEGÚN GRUPO ETÁREO

| Edad | F | % |
|---------------|------------|---------------|
| 18 - 35 años | 11 | 2.9% |
| 36 – 45 años | 48 | 12.5% |
| 45 – 55 años | 37 | 9.7% |
| 55 – 65 años | 129 | 33.7% |
| 65 – más años | 158 | 41.3% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

0 = 63.9 años

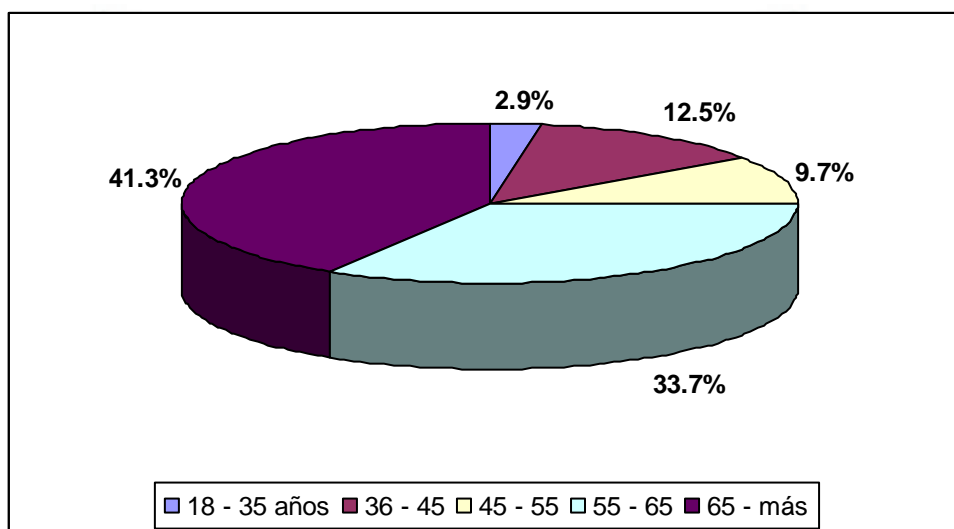
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Se observa que la mayor proporción de pacientes internados en Sala de Observación son adultos mayores (75,0%), quienes tienen entre 55 y más de 65 años; con una media de 63.9 años.

El menor porcentaje (2.9%) se encuentra entre los 18 y 35 años.

GRÁFICO N° 2

PACIENTES SEGÚN GRUPO ETÁREO



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 3

PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

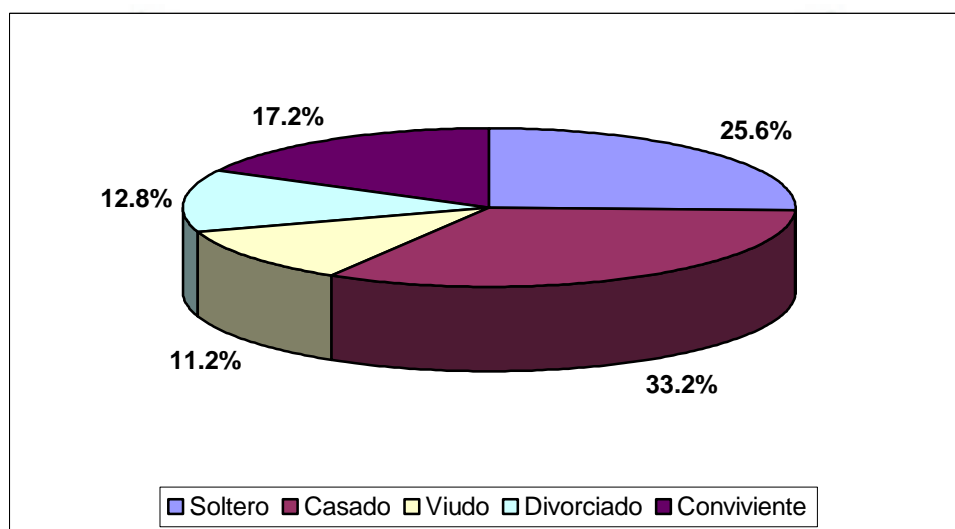
| Estado Civil | F | % |
|--------------|------------|---------------|
| Soltero | 98 | 25.6% |
| Casado | 127 | 33.2% |
| Viudo | 43 | 11.2% |
| Divorciado | 49 | 12.8% |
| Conviviente | 66 | 17.2% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Se aprecia que la mayor proporción (un tercio) de pacientes hospitalizados en Sala de Observación eran casados. Un cuarto de la población estudiada era soltera.

GRÁFICO N° 3

PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 4

PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

| Grado de Instrucción | F | % |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Analfabeto | 6 | 1.6% |
| Primaria | 42 | 11.0% |
| Secundaria | 152 | 39.7% |
| Superior | 183 | 47.8% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

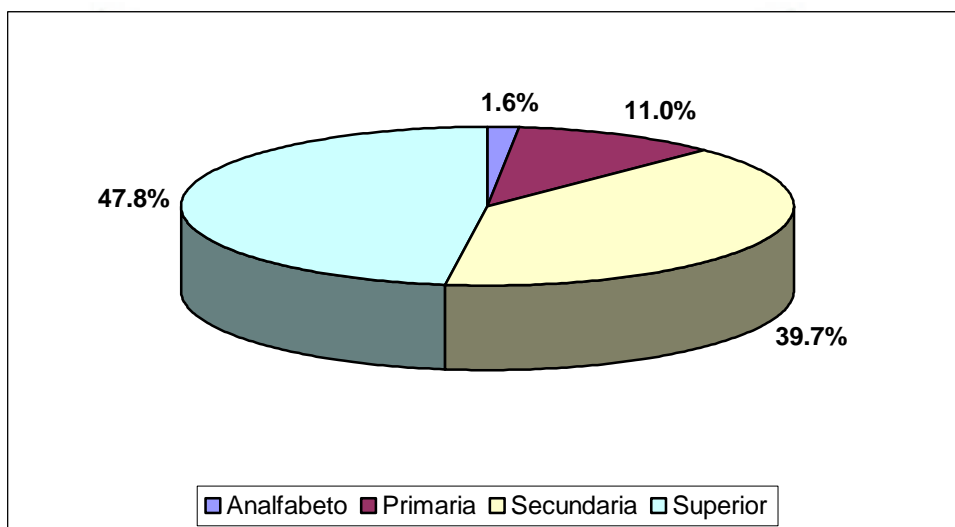
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mayoría de pacientes entrevistados (87,5%) tenían educación superior o secundaria.

Al ser instruidos, estos pacientes son más proclives a realizar reclamos y por lo tanto, a hacer valer sus derechos.

GRÁFICO N° 4

PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 5

PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

| Ocupación | F | % |
|---------------------------|------------|---------------|
| Estudiante | 47 | 12.3% |
| Profesional dependiente | 107 | 27.9% |
| Profesional independiente | 88 | 23.0% |
| Técnico | 102 | 26.6% |
| Subempleado | 69 | 18.0% |
| Desempleado | 17 | 4.4% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mitad (50,9%) de los pacientes internados en Sala de Observación fueron profesionales que laboraban dependientemente (27.9%) o independientemente (23.0%). Estos dos grupos son cubiertos por el seguro obligatorio o por el seguro facultativo respectivamente.

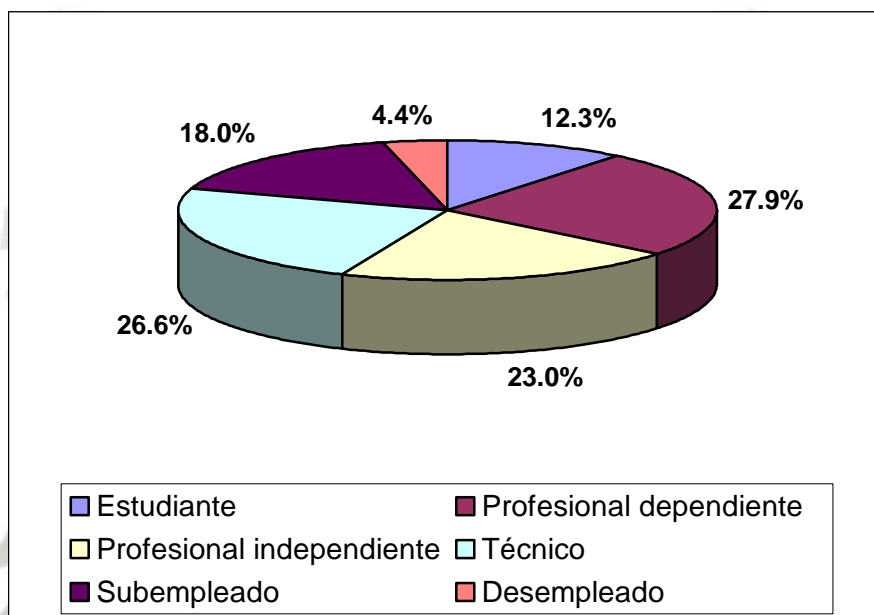
El 26,6% de los pacientes fueron técnicos y el 18.0% fueron subempleados, ambos cubiertos por las mismas modalidades de seguros que los anteriores.

El 12.3% fueron estudiantes, cubiertos por el seguro ya sea como derecho habientes si eran menores de edad o como asegurados facultativos si es que no lo eran.

Sólo el 4.4% fueron desempleados, cubiertos en este caso por el seguro de desempleo.

GRÁFICO N° 5

PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004



**2. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN
ESCOBEDO DE ESSALUD DE AREQUIPA.**

TABLA N° 6

**PACIENTE DIA EN SALA DE OBSERVACIÓN EMERGENCIA MENOR Y MAYOR DE 24 HORAS
DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES NACIONALES DE ESSALUD
AÑO 2004**

| PERMANENCIA DEL PACIENTE | Guillermo Almenara Lima | | Edgardo Rebagliati Lima | | Carlos Alberto Seguí Escobedo Arequipa | | Sur Este Cuzco | | Almanzor Aquinaga Lambayeque | |
|--------------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|--|------------|----------------|------------|------------------------------|------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| ≤ 24 Horas | 31561 | 87% | 32269 | 73% | 4348 | 39% | 4897 | 84% | 9312 | 68% |
| > 24 Horas | 4634 | 13% | 11807 | 27% | 6920 | 61% | 912 | 16% | 4469 | 32% |
| TOTAL | 36195 | 100 | 44076 | 100 | 11268 | 100 | 5809 | 100 | 13781 | 100 |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo presenta una elevada permanencia de pacientes en comparación con los Hospitales Rebagliati y Almenara de Lima.

Esto se debe principalmente a que es el único hospital de nivel IV de toda la Macro Región Sur, por lo tanto recibe pacientes transferidos de Tacna, Moquegua, Puno e inclusive Cuzco, además de los hospitales de su Red, como son Camaná y Mollendo entre otros.

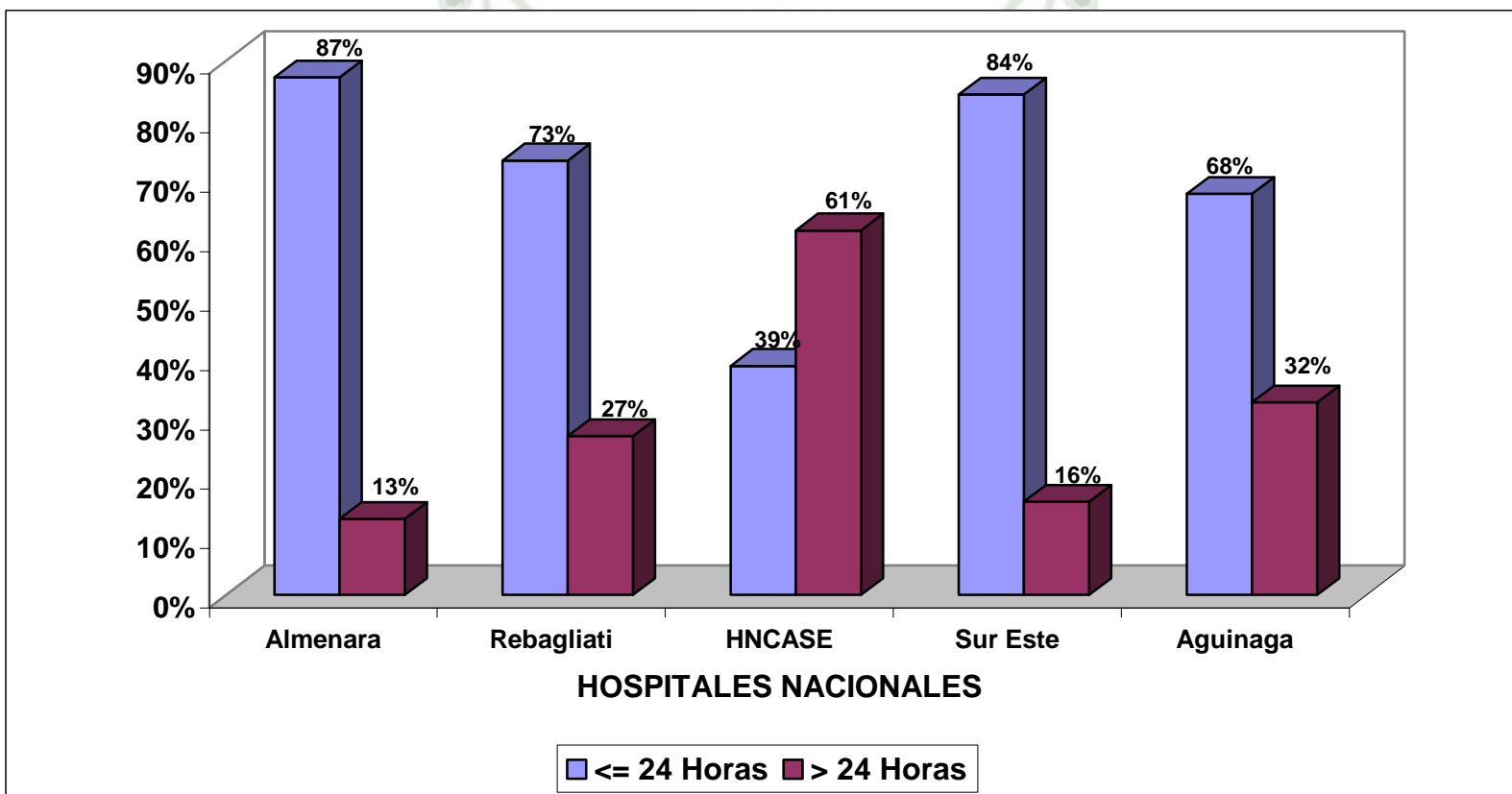
Por otro lado a diferencia de Lima, esta ciudad cuenta con una red hospitalaria mucho más grande, con hospitales y otros centros asistenciales los cuales tienen Servicios de Emergencia que actúan como un verdadero anillo de contención, situación que no sucede en la ciudad de Arequipa.

Así mismo, las distancias en la capital son mucho más largas lo que condiciona una limitación en la accesibilidad, tanto geográfica como temporal, a los hospitales nivel IV de EsSalud. En Arequipa las distancias son relativamente cortas lo que facilita que la población asegurada concurra sin mayor dificultad al HNCASE.

En comparación con los hospitales de Cuzco y Lambayeque, el HNCASE también presenta una elevada permanencia de pacientes en Sala de Observación. Esto debido a que son hospitales con menor capacidad resolutive por lo que sus casos complicados los transfieren a Centros de mayor nivel, por lo que sólo se quedan con pacientes con patologías de prioridad II y III cuya permanencia en Observación, definitivamente va a ser menor de 24 horas.

También debemos considerar que la población adscrita a estos hospitales es mucho menor, en comparación con la adscrita al HNCASE.

GRÁFICO N° 6
PACIENTE DÍA EN SALA DE OBSERVACIÓN MAYOR Y MENOR DE 24 HORAS
DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES NACIONALES DE ESSALUD
AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 7

**ATENCIONES EN SHOCK TRAUMA, EMERGENCIA, URGENCIA Y NO EMERGENCIA - NO URGENCIA
EN HOSPITALES NACIONALES DE ESSALUD
AÑO 2004**

| PRIORIDAD | Guillermo Almenara Lima | | Edgardo Rebagliati Lima | | Carlos Alberto Seguín Escobedo Arequipa | | Sur Este Cuzco | | Almanzor Aquinaga Lambayeque | |
|-----------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|---|------------|----------------|------------|------------------------------|------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| I Shock Trauma | 2242 | 3% | 5073 | 3% | 2721 | 5% | 828 | 1% | 1470 | 2% |
| II Emergencia | 38323 | 52% | 99425 | 51% | 7976 | 14% | 1533 | 2% | 21969 | 35% |
| III Urgencia | 33717 | 45% | 75477 | 39% | 30293 | 52% | 11144 | 15% | 32593 | 52% |
| IV No EMG No URG | 0 | 0% | 14586 | 7% | 16774 | 29% | 62034 | 82% | 6742 | 11% |
| TOTAL | 74282 | 100 | 194561 | 100 | 57764 | 100 | 75539 | 100 | 62774 | 100 |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

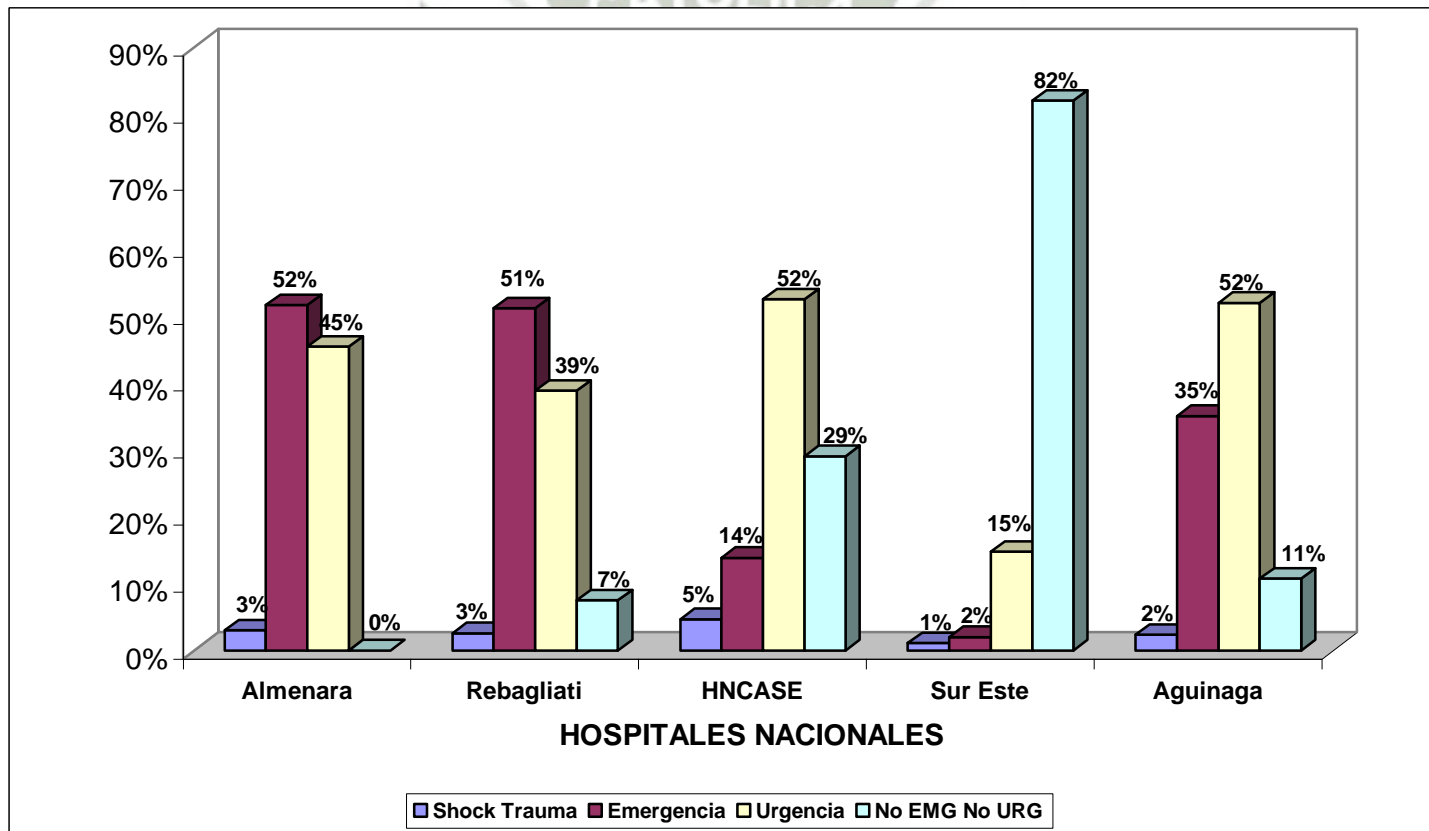
El Hospital Nacional CASE presenta la mayor frecuencia entre los Hospitales Nacionales en atenciones de Shock Trauma (patologías con prioridad I). Comparando con los hospitales capitalinos, esto se debe a que el HNCASE es el único hospital de nivel IV en la ciudad de Arequipa, con gran capacidad de resolución, situación que no se presenta en Lima, no sólo por la presencia de los dos grandes hospitales nivel IV de EsSalud (Rebagliati y Almenara), sino también por la gran cantidad de otros hospitales del Ministerio de Salud y las clínicas particulares.

Respecto a la atención de Emergencia (prioridad II), el HNCASE registra un menor número de atenciones en relación a Lima, debido principalmente a la menor población que tiene Arequipa en comparación con la ciudad de Lima (1/9 aproximadamente).

En lo referente a atenciones de patologías de prioridad III, el HNCASE muestra un elevado porcentaje de atenciones en comparación a los hospitales de Lima. Esto ocurre porque en Lima existe una red hospitalaria mucho más grande que oferta mayor cobertura de consulta externa así como de emergencia, lo que realmente contiene a este tipo de patología descongestionando enormemente sus Servicios de Emergencia de nivel IV, en los que únicamente se deben atender las patologías de prioridad I y II.

Algo similar ocurre con relación a las cifras registradas para la prioridad IV (No Emergencia – No Urgencia), que debe ser atendida exclusivamente en consultorio externo.

GRÁFICO N° 7
ATENCIONES SEGÚN PRIORIDAD DEL DAÑO
EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE ESSALUD
AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 8
ESSALUD - HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO
SERVICIO DE EMERGENCIA
CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIÓN – 2004

| | MEDICINA | | PEDIATRÍA | | CIRUGÍA | | TRAUMATOL | | G. OBSTET | | CARDIOLOGÍA | | NEUROCIR | | NEFROL | | II | III | I | IV | TOTAL | TRIAJE |
|------------|----------|-------|-----------|------|---------|------|-----------|------|-----------|------|-------------|-----|----------|-----|--------|-----|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | E | U | E | U | E | U | E | U | E | U | E | U | E | U | E | U | TOTAL | TOTAL | TRAUMA | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | EMERG | URGEN | SHOCK | NO URG | | |
| ENE | 213 | 879 | 46 | 25 | 124 | 408 | 29 | 298 | 0 | 0 | 16 | 11 | 4 | 8 | 156 | 213 | 588 | 1842 | 272 | 699 | 3401 | 6682 |
| FEB | 171 | 816 | 27 | 35 | 85 | 375 | 28 | 273 | 61 | 185 | 21 | 17 | 5 | 7 | 83 | 112 | 481 | 1820 | 264 | 552 | 3117 | 6091 |
| MAR | 240 | 838 | 38 | 16 | 153 | 353 | 19 | 286 | 95 | 179 | 10 | 5 | 4 | 9 | 80 | 98 | 639 | 1784 | 292 | 642 | 3357 | 7053 |
| ABR | 208 | 803 | 80 | 13 | 154 | 357 | 33 | 277 | 105 | 197 | 19 | 14 | 8 | 11 | 62 | 84 | 669 | 1756 | 270 | 885 | 3580 | 6998 |
| MAY | 207 | 1040 | 89 | 44 | 150 | 445 | 17 | 333 | 100 | 266 | 23 | 6 | 2 | 6 | 44 | 77 | 632 | 2217 | 275 | 1289 | 4413 | 7923 |
| JUN | 260 | 1273 | 96 | 78 | 160 | 485 | 10 | 381 | 95 | 210 | 20 | 7 | 5 | 12 | 52 | 73 | 698 | 2519 | 324 | 1560 | 5101 | 8827 |
| JUL | 297 | 1500 | 72 | 48 | 211 | 512 | 10 | 420 | 73 | 190 | 14 | 7 | 8 | 11 | 60 | 76 | 745 | 2764 | 302 | 2095 | 5906 | 10638 |
| AGO | 302 | 1544 | 49 | 26 | 195 | 491 | 25 | 382 | 69 | 200 | 17 | 6 | 6 | 9 | 51 | 68 | 714 | 2726 | 337 | 1597 | 5374 | 9666 |
| SET | 237 | 1316 | 19 | 67 | 137 | 608 | 45 | 420 | 72 | 224 | 15 | 8 | 4 | 7 | 0 | 0 | 529 | 2650 | 301 | 1546 | 5026 | 8409 |
| OCT | 500 | 1301 | 38 | 44 | 185 | 654 | 36 | 459 | 75 | 257 | 12 | 12 | 5 | 8 | 0 | 0 | 851 | 2735 | 319 | 1453 | 5358 | 8513 |
| NOV | 373 | 1372 | 66 | 272 | 140 | 592 | 20 | 396 | 82 | 188 | 26 | 14 | 3 | 10 | 0 | 0 | 710 | 2844 | 304 | 1115 | 4973 | 7569 |
| DIC | 289 | 1293 | 293 | 568 | 125 | 622 | 31 | 404 | 59 | 252 | 18 | 9 | 7 | 12 | 0 | 0 | 822 | 3160 | 310 | 525 | 4817 | 7426 |
| | 3297 | 13975 | 913 | 1236 | 1819 | 5902 | 303 | 4329 | 886 | 2348 | 211 | 116 | 61 | 110 | 588 | 801 | 8078 | 28817 | 3570 | 13958 | 54423 | 95795 |
| | 17272 | | 2149 | | 7721 | | 4632 | | 3234 | | 327 | | 171 | | 1389 | | 14.8% | 53.0% | 6.6% | 25.6% | 150218 | |
| | 46.8% | | 5.8% | | 20.9% | | 12.6% | | 8.8% | | 0.9% | | 0.5% | | 3.8% | | | | | | 36.3% | 63.7% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

El número total de pacientes que acuden por el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE es de 150201 pacientes anuales (promedio: 12500 pacientes mensuales), considerando las atenciones totales en el Servicio de Emergencia y las del Tópico de Triage.

Considerando únicamente las atenciones de emergencia tenemos 54423 pacientes anuales (promedio mensual: 4535 pacientes)

De acuerdo a estadísticas de EsSalud², el número total de consultas externas para el año 2004 en el Hospital Nacional CASE en el año 2004 fue de 128251 pacientes anuales (promedio mensual: 10688 pacientes)

Entonces si se considera que de acuerdo a normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, respecto a la atención en los Servicios de Emergencia, se tiene que las atenciones en Emergencia no deben ser mayores del 20% en relación a las atenciones en Consulta Externa³. Así se puede notar que de acuerdo a esta relación en Emergencia se atendió en el año 2004 el 29,7 % versus el 70,3% de las Consultas Externas, siendo esta proporción muy superior a la establecida por la norma.

Esto podría reflejar una oferta insuficiente, tanto de consulta externa como de atenciones de emergencia, por parte de los diversos establecimientos de la Red Asistencial de Arequipa de EsSalud.

Respecto a las prioridades de atención, las atenciones en la Sala de Reanimación (Shock Trauma: prioridad I) representan solo el 6.6% de la atención total de Emergencia. Igualmente las atenciones de Emergencia (prioridad II) representan el 14.8% de las atenciones totales.

² ESSALUD: *Prestaciones y Recursos Asistenciales de los Servicios de Consulta Externa según Red Asistencial y Centros Asistenciales 2004*

³ IPSS. Gerencia Central de Desarrollo de Personal: *Manejo Integral de las Emergencias y Urgencias*, pág. 126

Las dos últimas en conjunto representan el 21,4 % siendo relativamente bajo si se tiene en cuenta que en una emergencia de nivel IV, estas prioridades (I y II) deberían ser las únicas atendidas.

Sin embargo, esto no sucede así, ya que el 53% corresponden a la prioridad III y el 25.6% a la prioridad IV (ambas corresponden al 78.6% de las atenciones totales de Emergencia). Se debe aclarar que estas patologías deberían ser atendidas por Consulta Externa.

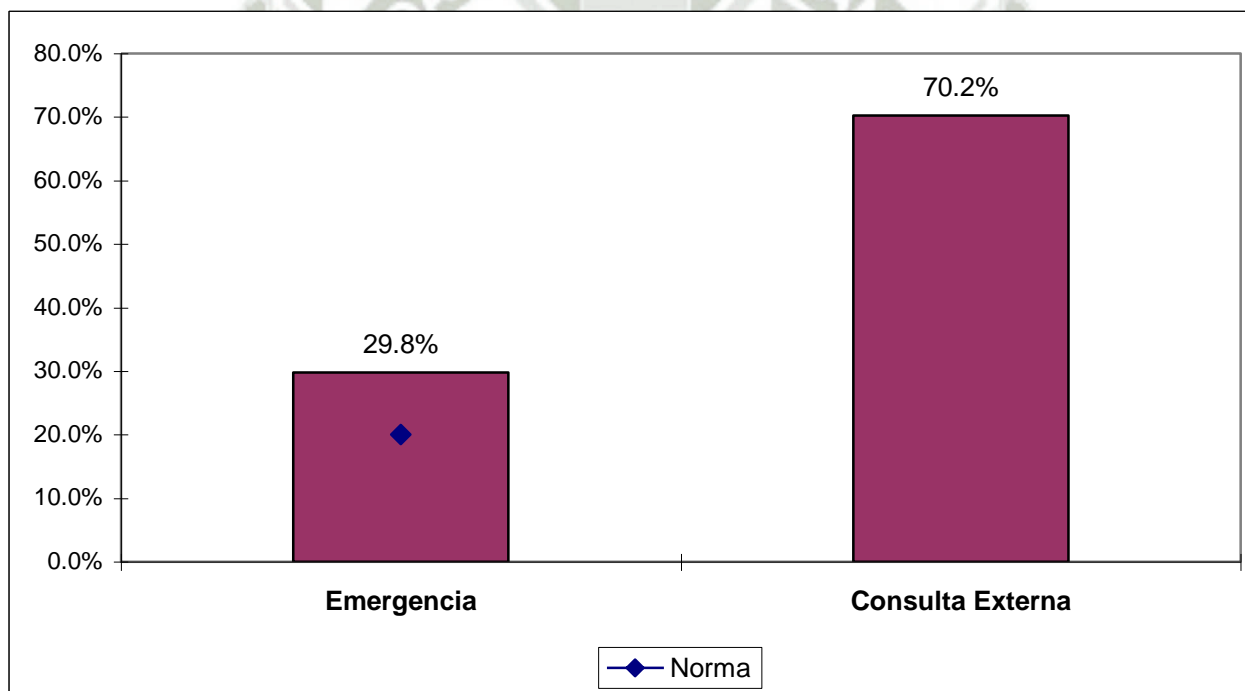
Esta realidad se debe a la ausencia de Servicios de Emergencia en los Centros Asistenciales de la Red de EsSalud de Arequipa de la periferia, así como a la escasa oferta de consulta externa de los mismos, lo que produce un embalse de pacientes que al no poder acceder a una cita de consulta externa, no tiene otra opción que acudir por Emergencia del Hospital Nacional del Sur CASE.

Cabe destacar la eficaz labor que cumple el Tópico de Triage que actúa como un verdadero filtro de pacientes, ya que este atiende un promedio de 8000 pacientes mensuales versus los 4500 pacientes mensuales promedio atendidos en Emergencia. Esto significa que el Tópico de Triage descongestiona el 63.7% del total de pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE.

Las especialidades que tienen mayor demanda en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa son Medicina Interna, Cirugía y Traumatología, seguidas por Gineco – Obstetricia, Pediatría y Nefrología.

GRÁFICO N° 8-A

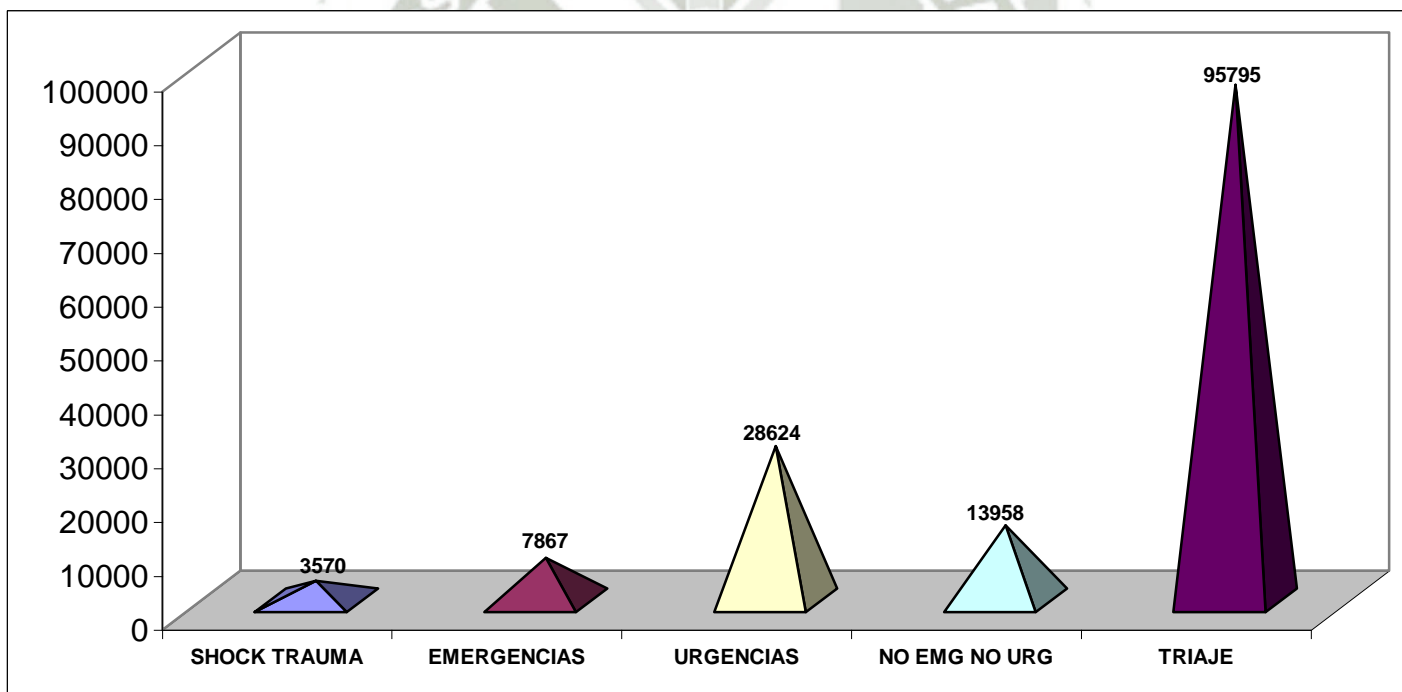
ATENCIONES EN EMERGENCIA VS. ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 8-B

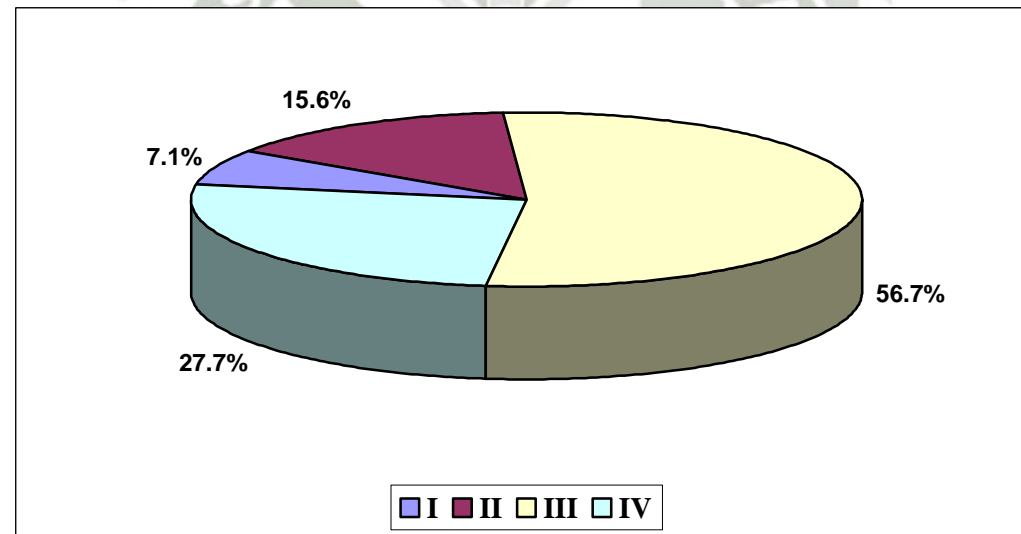
CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES POR TÓPICOS SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CASE AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

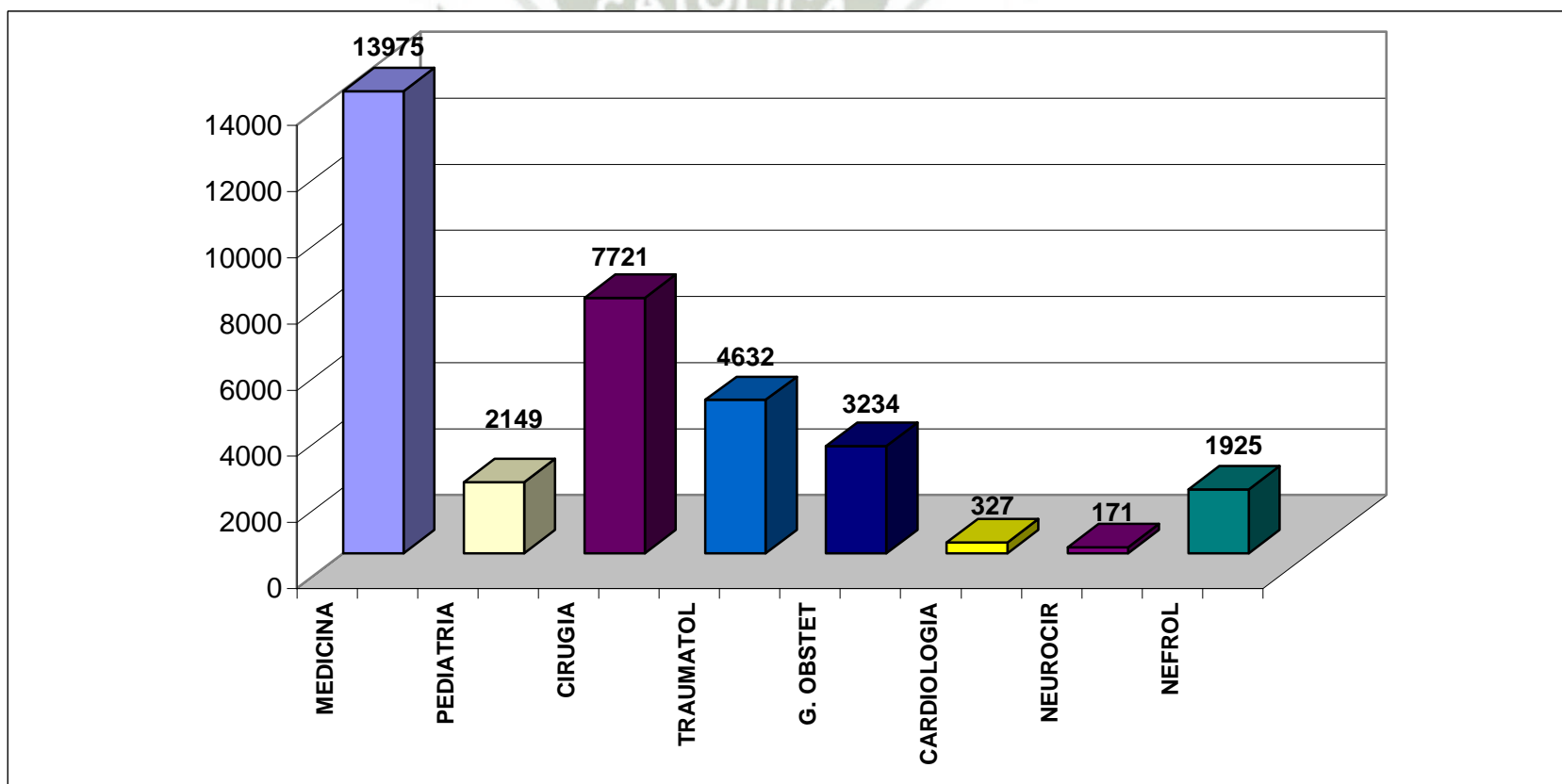
GRÁFICO N° 8-C

**ATENCIONES SEGÚN PRIORIDAD DEL DAÑO
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CASE
AÑO 2004**



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 8-D
CONSOLIDADO ANUAL DE ATENCIONES POR ESPECIALIDADES
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CASE
AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 9

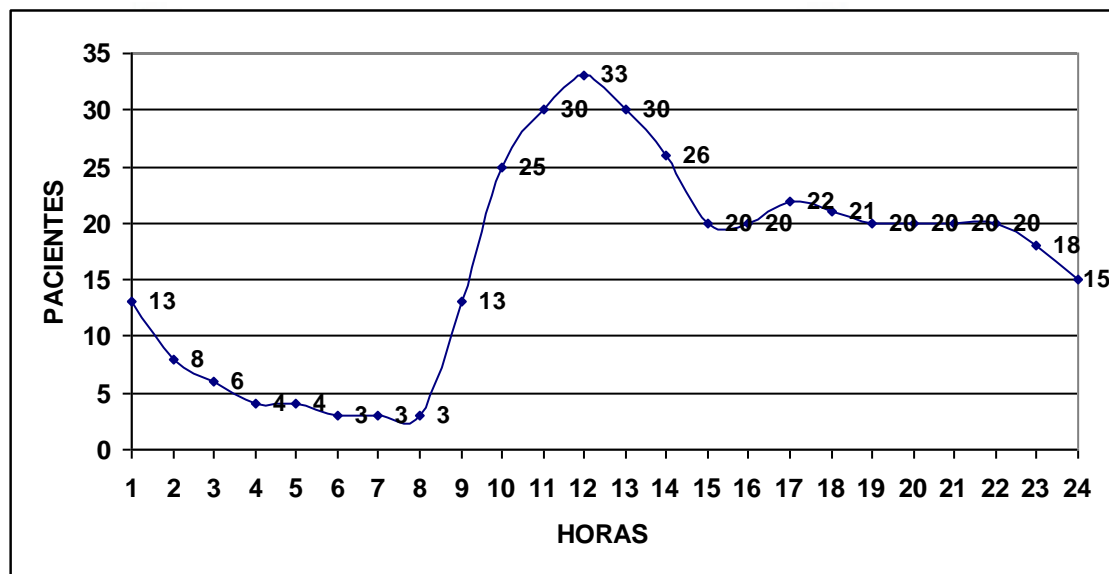
**PACIENTES SEGÚN HORA DE INGRESO A EMERGENCIA
DICIEMBRE 2004**

| Hora | Pacientes |
|-------------|------------------|
| 0 | 13 |
| 1 | 8 |
| 2 | 6 |
| 3 | 4 |
| 4 | 4 |
| 5 | 3 |
| 6 | 3 |
| 7 | 3 |
| 8 | 13 |
| 9 | 25 |
| 10 | 30 |
| 11 | 33 |
| 12 | 30 |
| 13 | 26 |
| 14 | 20 |
| 15 | 20 |
| 16 | 22 |
| 17 | 21 |
| 18 | 20 |
| 19 | 20 |
| 20 | 20 |
| 21 | 20 |
| 22 | 18 |
| 23 | 15 |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 9

**PACIENTES SEGÚN HORA DE INGRESO A EMERGENCIA
DICIEMBRE 2004**



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Se puede observar que la afluencia al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE de pacientes durante la madrugada es relativamente baja, decreciendo desde las 0 horas hasta las 7 horas, para luego comenzar a incrementarse a partir de las 8 horas hasta alcanzar su pico máximo a las 11 horas, descendiendo progresivamente hasta las 14 horas donde se mantiene una afluencia constante hasta las 23 horas.

Si consideramos que el promedio por consulta es de 15 minutos por paciente y que el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE cuenta con 6 tópicos de atención (2 de Medicina interna, 1 de Traumatología, 1 de Cirugía, 1 de Gineco-Obstetricia y 1 de Pediatría), podemos deducir que se pueden atender al

100% de la capacidad, un total de 24 pacientes por hora, por lo tanto observamos que entre las 10 y las 15 horas el Servicio esta sobresaturado, acumulándose un promedio de cinco pacientes por hora.





**3. SATURACIÓN DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.**

TABLA N° 10
ESTADÍSTICA ANUAL DE LA SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNCASE
AÑO 2004

| | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| TOTAL INGRESOS CON REFERENCIA | 168 | 136 | 174 | 182 | 208 | 227 | 211 | 235 | 205 | 217 | 191 | 164 | 2318 |
| TOTAL INGRESOS SIN REFERENCIA | 447 | 560 | 523 | 496 | 535 | 526 | 519 | 547 | 571 | 579 | 537 | 450 | 6290 |
| TOTAL INGRESOS CONSULTORIO EXTERNO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL INGRESOS PARTICULARES | 5 | 8 | 3 | 4 | 3 | 8 | 3 | 8 | 3 | 5 | 10 | 5 | 65 |
| TOTAL INGRESOS | 620 | 704 | 700 | 682 | 746 | 761 | 733 | 790 | 779 | 801 | 738 | 619 | 8673 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| TOTAL TRANSFERENCIAS ENTRE OBSERVACIÓN | 27 | 38 | 26 | 28 | 7 | 27 | 34 | 29 | 35 | 25 | 45 | 24 | 345 |
| TOTAL HOSPITALIZACIONES | 297 | 253 | 311 | 348 | 352 | 286 | 324 | 320 | 359 | 362 | 309 | 254 | 3775 |
| TOTAL ALTAS | 251 | 304 | 295 | 249 | 312 | 337 | 262 | 332 | 303 | 330 | 274 | 240 | 3489 |
| TOTAL ALTAS VOLUNTARIAS | 1 | 3 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 6 | 3 | 36 |
| TOTAL DEFUNCIONES | 16 | 27 | 20 | 21 | 21 | 24 | 22 | 23 | 27 | 27 | 25 | 19 | 272 |
| TOTAL TRANSFERENCIAS A CC. AA. | 15 | 32 | 13 | 30 | 36 | 29 | 25 | 37 | 39 | 41 | 38 | 27 | 362 |
| TOTAL PENDIENTES DE EGRESO | 14 | 47 | 34 | 4 | 13 | 53 | 64 | 45 | 5 | 16 | 42 | 52 | 389 |
| TOTAL EGRESOS | 621 | 704 | 701 | 682 | 746 | 760 | 733 | 789 | 771 | 803 | 739 | 619 | 8668 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| PACIENTES -24 HORAS | 164 | 173 | 179 | 169 | 187 | 181 | 189 | 216 | 214 | 237 | 190 | 151 | 2250 |
| PACIENTES +24 HORAS | 337 | 376 | 374 | 381 | 409 | 425 | 362 | 402 | 404 | 378 | 353 | 336 | 4537 |
| PACIENTES +48 HORAS | 53 | 77 | 73 | 64 | 66 | 78 | 95 | 102 | 76 | 100 | 99 | 73 | 956 |
| PACIENTES +72 HORAS | 66 | 78 | 74 | 68 | 84 | 77 | 87 | 68 | 85 | 86 | 96 | 59 | 928 |
| TOTAL ESTANCIA | 620 | 704 | 700 | 682 | 746 | 761 | 733 | 788 | 779 | 801 | 738 | 619 | 8671 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| TOTAL PACIENTE DIA MENOR A 24 HORAS | 26.5% | 24.6% | 25.6% | 24.8% | 25.1% | 23.8% | 25.8% | 27.4% | 27.5% | 29.6% | 25.7% | 24.4% | 25.9% |
| TOTAL PACIENTE DIA MAYOR A 24 HORAS | 73.5% | 75.4% | 74.4% | 75.2% | 74.9% | 76.2% | 74.2% | 72.6% | 72.5% | 70.4% | 74.3% | 75.6% | 74.1% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Durante el año 2004 estuvieron hospitalizados en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, un total de 8673 pacientes (promedio mensual: 722 pacientes)

Del total de ingresos a la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, durante el año 2004, sólo el 26,7% de los pacientes fueron transferidos de un centro asistencial de menor nivel. El 72,5% de los pacientes que estuvieron internados en la Sala de Observación ingresaron al Servicio de Emergencia directamente, sin ser referidos.

Durante el año 2004, sólo el 4% de los pacientes que ingresaron a Sala de Observación fueron contrarreferidos a Salas de Observación de Servicios de Emergencia de menor nivel; el 43,6% fueron hospitalizados; el 40,3 fueron dados de alta; el 0,4% solicitaron su alta voluntaria, el 3,1% fallecieron y el 4,2 % fueron contrarreferidos a consulta externa de Centros Asistenciales de menor nivel.

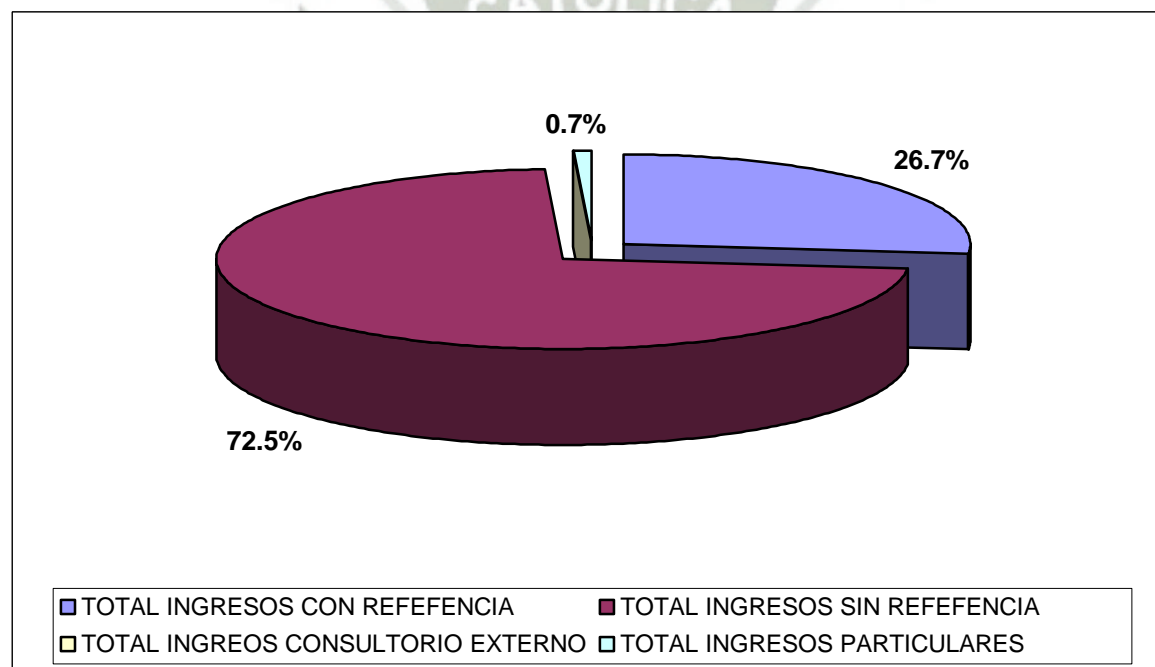
Ningún paciente fue enviado desde consultorio externo para su ingreso por Emergencia.

Alrededor del 75% de los pacientes internados en Sala de Observación, permanecen en ésta más de 24 horas, llegando incluso un 10% de ellos a permanecer más de 72 horas internados en Observación.

GRÁFICO N° 10-A

INGRESOS EN SALA DE OBSERVACIÓN SEGÚN REFERENCIA

AÑO 2004

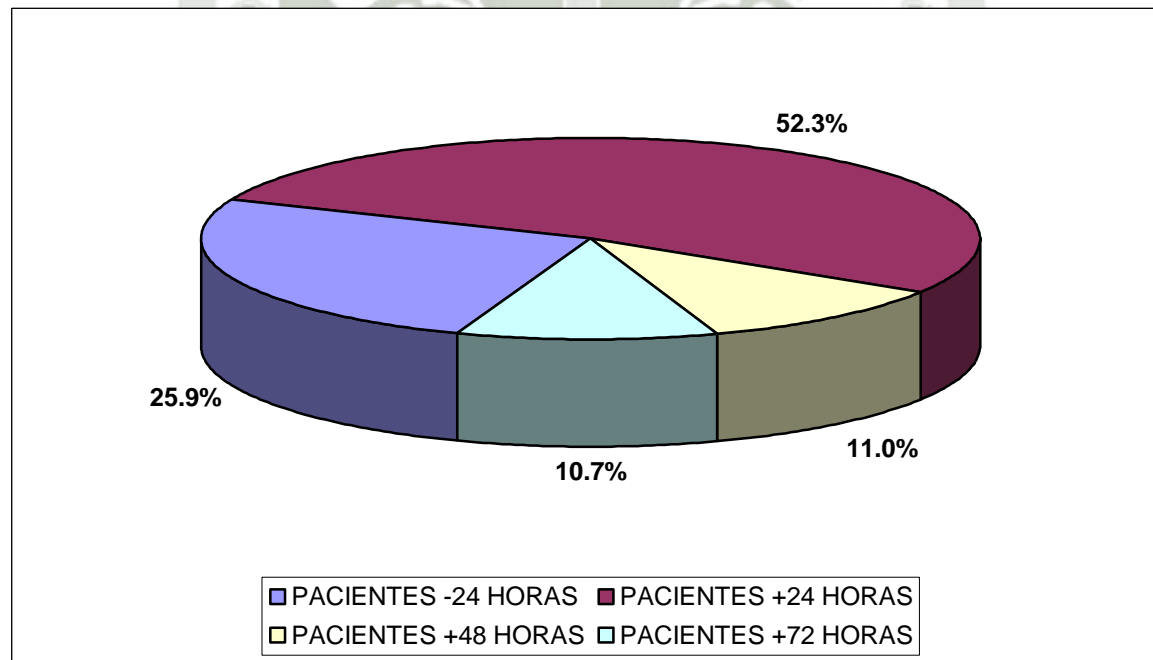


Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 10-B

PACIENTES SEGÚN PROMEDIO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN

AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 11

**INDICADORES DE CALIDAD
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CASE
AÑO 2004**

| | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC | ESTÁNDAR⁴ |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------------|
| Promedio permanencia | 1.92 | 1.56 | 1.55 | 1.71 | 1.58 | 1.43 | 1.63 | 1.55 | 1.50 | 1.55 | 1.86 | 1.83 | 1 día |
| Promedio de sustitución | 1.49 | 1.33 | 1.32 | 1.31 | 1.24 | 1.18 | 1.26 | 1.17 | 1.15 | 1.17 | 1.21 | 1.50 | 1 día |
| Porcentaje de ocupación | 128% | 117% | 118% | 130% | 127% | 121% | 129% | 132% | 127% | 132% | 133% | 133% | 90% |
| Rendimiento cama | 20.70 | 21.00 | 23.00 | 22.73 | 25.00 | 25.00 | 24.00 | 26.00 | 26.00 | 26.00 | 24.60 | 20.00 | 30 pac./mes |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

⁴ IPSS. Gerencia Central de Desarrollo de Personal: *Manejo Integral de las Emergencias y Urgencias*, pág. 126

El Promedio de Permanencia en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa, a lo largo del año 2004, es muy superior al estándar de calidad establecido, observándose un promedio de 1,64 días.

Situación similar observamos con el Promedio de Sustitución que supera negativamente al estándar en un 28%, observándose un promedio anual de 1,28 días.

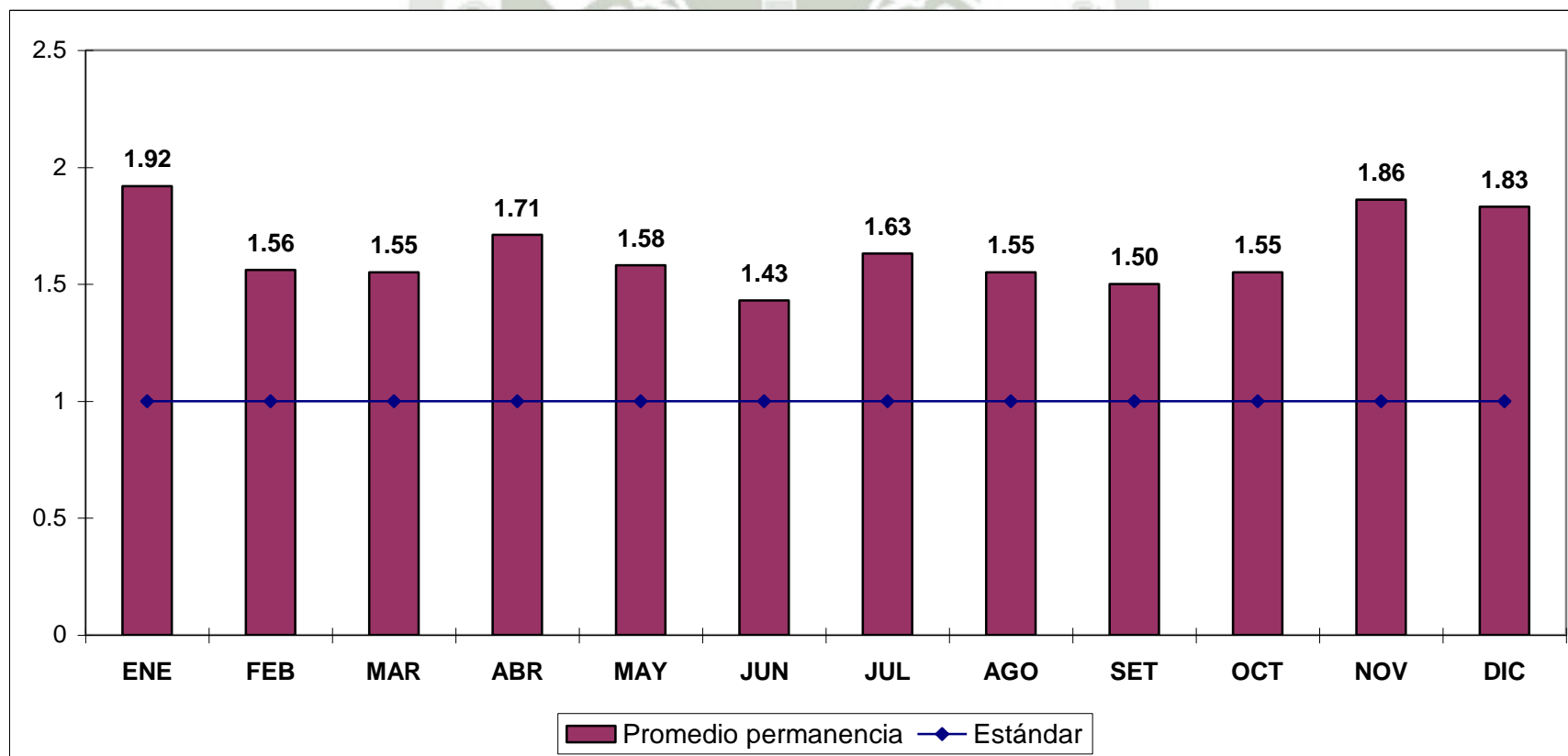
Respecto al Porcentaje de Ocupación de las camas de Sala de Observación, podemos observar que estas siempre estaban ocupadas debido a la saturación de pacientes en el Servicio. Siendo el estándar de calidad del 90%, el promedio anual observado es de 127.3%, lo que nos indica que un mismo paciente ocupa una cama por más de 24 horas.

El Rendimiento Cama observado es inferior al estándar, observándose un promedio de 23 pacientes por mes debido a que por la saturación de pacientes en Sala de Observación ha habido pacientes que han ocupado una misma cama por más de 24 horas.

GRÁFICO N° 11-A

PROMEDIO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN

AÑO 2004

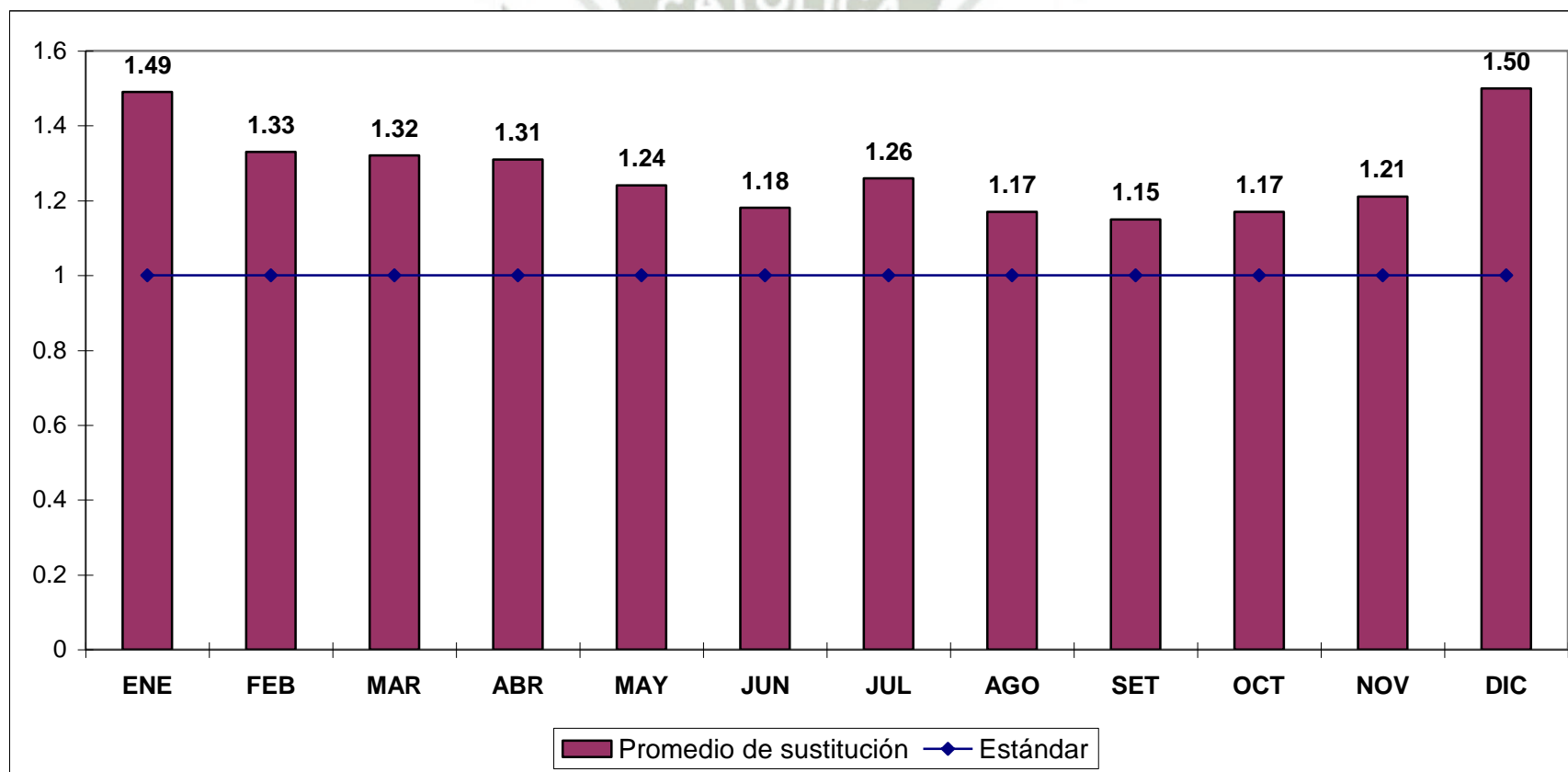


Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 11-B

PROMEDIO DE SUSTITUCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN

AÑO 2004

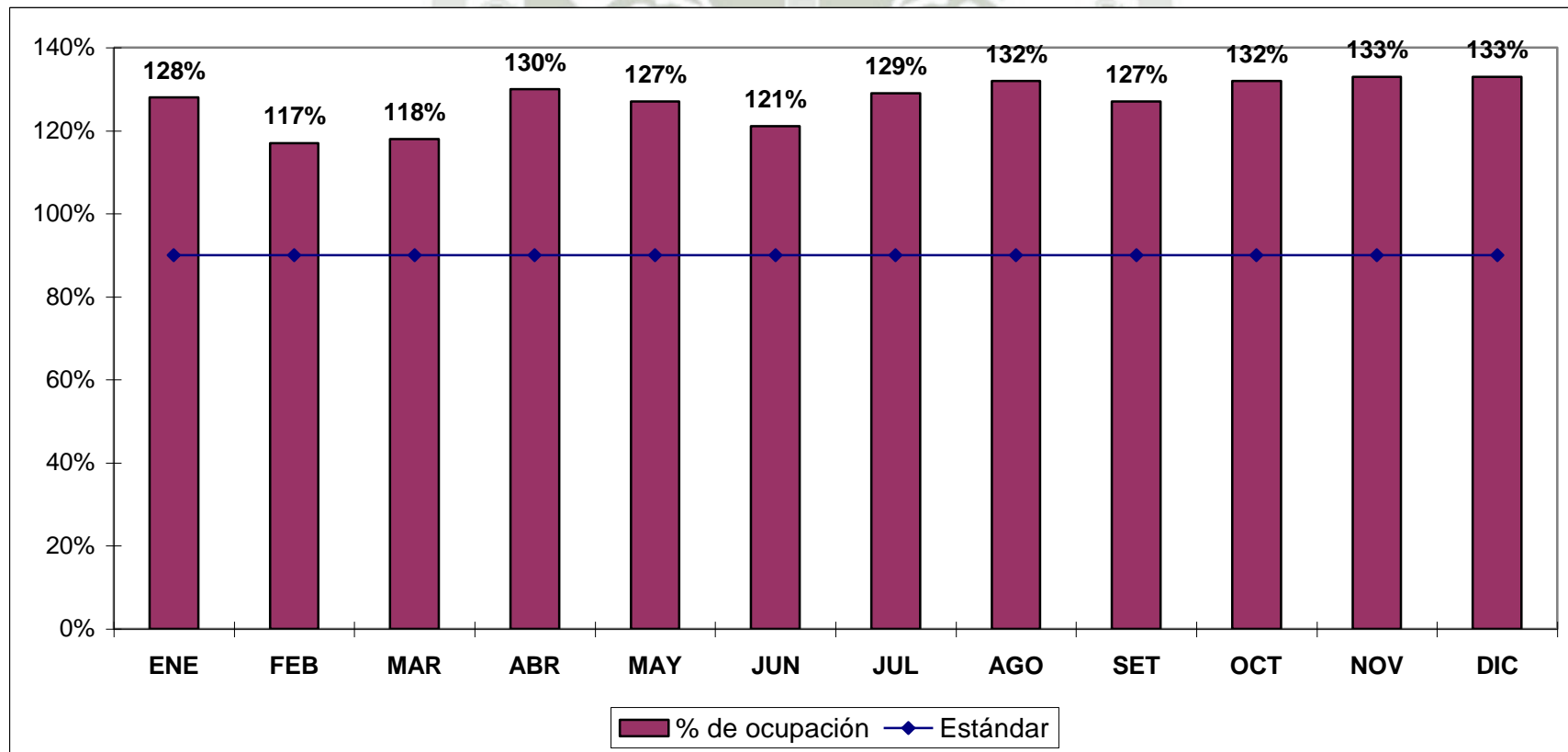


Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 11-C

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN

AÑO 2004

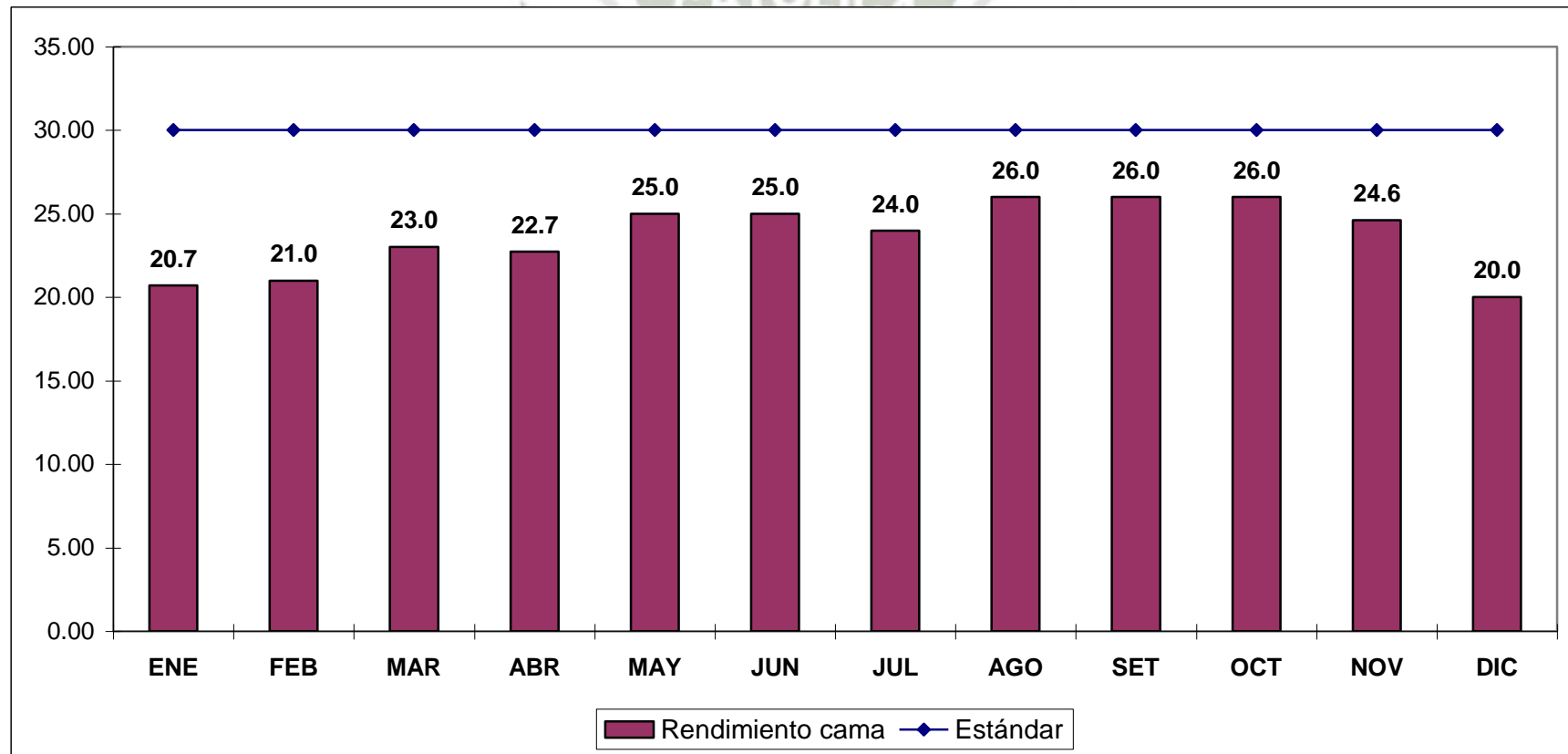


Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

GRÁFICO N° 11-D

RENDIMIENTO CAMA EN SALA DE OBSERVACIÓN

AÑO 2004



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004



**4. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE QUE
CONDICIONAN LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN SALA
DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.**

TABLA N° 12

PACIENTES SEGÚN CENTRO ASISTENCIAL DE PROCEDENCIA

| CENTRO ASISTENCIAL | F | % |
|---------------------------|------------|---------------|
| P. Metropolitano | 117 | 30.5% |
| Yanahuara | 99 | 25.8% |
| H. Edmundo Escomel | 60 | 15.7% |
| P. Melitón Salas | 25 | 6.5% |
| HNCASE | 13 | 3.4% |
| Otro | 69 | 18.0% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

El 30.5% de los pacientes internados en Sala de Observación eran adscritos al Policlínico Metropolitano, sito en el distrito del Cercado, exactamente al lado del Hospital Nacional CASE.

El 25.8% de ellos pertenecían al Hospital de Yanahuara (hospital nivel III)

El 18 % corresponden a los pacientes referidos de otras localidades ajenas a la ciudad de Arequipa, como por ejemplo de los Hospitales de Mollendo, Camaná, Moquegua, Ilo y Tacna.

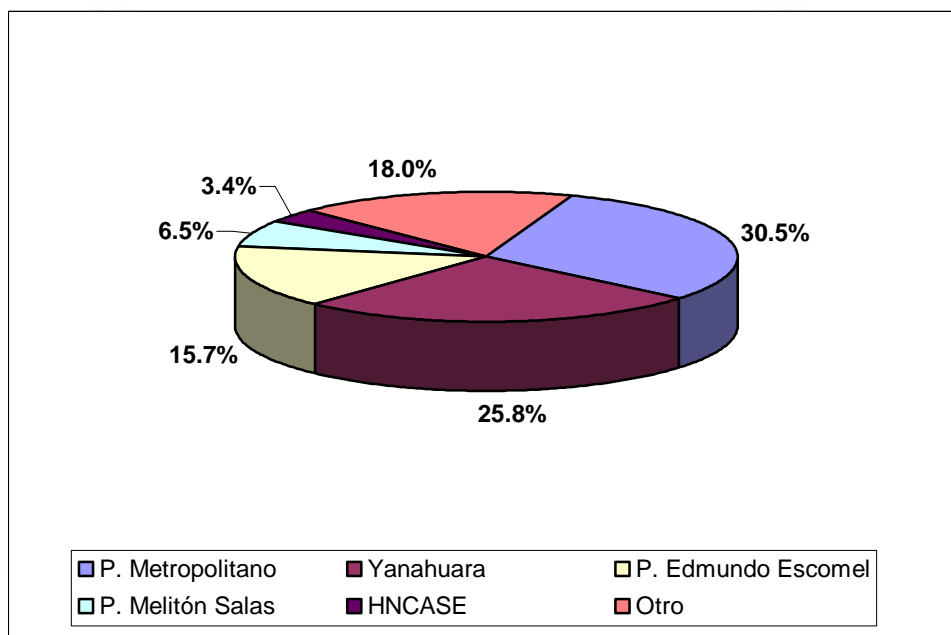
El 15,7% procedían del Policlínico Edmundo Escomel del distrito de Paucarpata y el 6,5% lo hacían del Policlínico Melitón Salas del distrito de Socabaya.

Puede ser que los pacientes que proceden de los dos últimos Policlínicos mencionados, no concurren en gran cantidad al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, por lo alejado de su ubicación respecto al distrito de origen.



GRÁFICO N° 12

PACIENTES SEGÚN CENTRO ASISTENCIAL DE PROCEDENCIA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 13

**RAZONES POR LAS QUE EL PACIENTE ACUDE A EMERGENCIA
DEL HOSPITAL NACIONAL CASE**

| CAUSA | F | % |
|---|------------|---------------|
| Falta el Servicio de Emergencia en el Centro Asistencial de adscripción | 277 | 72.3% |
| Accesibilidad (distancia, movilidad, tiempo) | 57 | 14.9% |
| La atención no es buena en el Centro Asistencial de adscripción | 49 | 12.8% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La principal razón por lo que lo pacientes acudieron directamente al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, fue porque no existía Servicio de Emergencia en el Centro Asistencial de adscripción o éste no atendía las 24 horas del día.

Cuando los pacientes refieren que no existe servicio de emergencia en su centro asistencial de adscripción, lo hacen por desconocimiento y desinformación. EsSalud tiene servicios de emergencia en todos sus Policlínicos y Hospitales. Lo que sucede que algunos de es que algunos de estos servicios no atienden las 24 horas y son los usuarios los que no conocen estos horarios y asumen que el centro asistencial carece de Emergencia.

Se debe aclarar que únicamente los Servicios de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y del Hospital de Yanahuara, atienden ininterrumpidamente las 24 horas del día. Los demás servicios lo hacen de 8 a 20

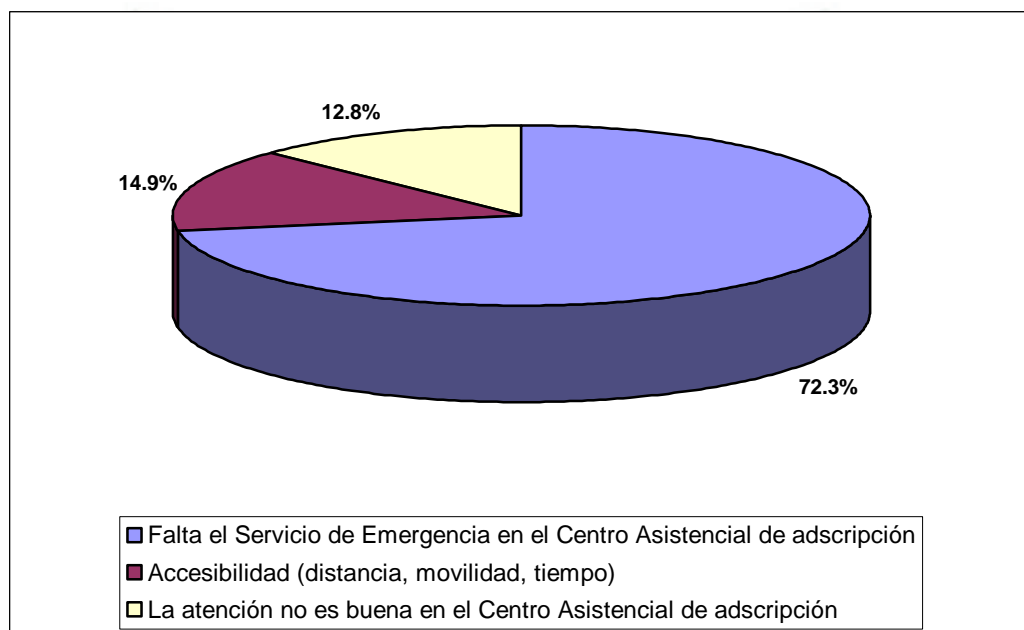
horas (Hospital Edmundo Escobel y Policlínico Metropolitano); y de 8 a 14 horas el Policlínico Melitón Salas.

Otras razones en menor proporción fueron la limitación del acceso ya sea geográfico o temporal y la mala percepción que tiene el usuario respecto a la atención de Emergencia que se le brinda en su centro asistencial de origen.



GRÁFICO N° 13

RAZONES POR LAS QUE EL PACIENTE ACUDE A EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CASE



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 14

PACIENTES SEGÚN ESPECIALIDAD CONSULTADA

| Especialidad | F | % |
|---------------------|------------|---------------|
| Medicina Interna | 114 | 29.8% |
| Neurocirugía | 51 | 13.3% |
| Nefrología | 46 | 12.0% |
| Cirugía | 41 | 10.7% |
| Traumatología | 34 | 8.9% |
| Cardiología | 19 | 5.0% |
| Otras | 78 | 20.4% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

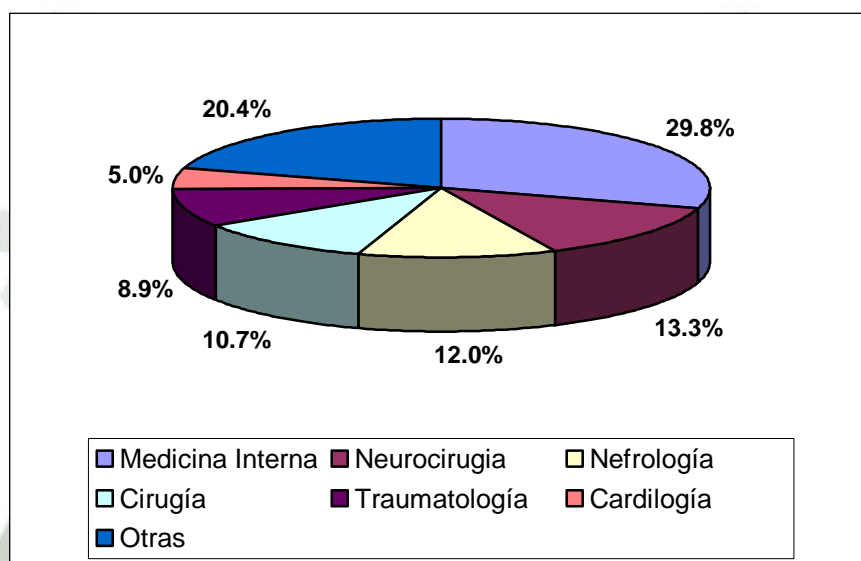
La especialidad más demandada por los usuarios del Servicio de Emergencia fue la de Medicina Interna (29,8%), en concordancia con lo hallado en las estadísticas anuales del Servicio, como se puede apreciar en la Tabla N° 8 y en el Cuadro N° 8-D.

Se observa una demanda considerable por la especialidad de Neurocirugía debido a que ésta es la que trata los TEC, producto de la creciente epidemia de Trauma que se viene incrementando día a día.

Otra especialidad demandada es la de Nefrología debido a la gran cantidad de pacientes renales crónicos que se descompensan a menudo.

GRÁFICO N° 14

PACIENTES SEGÚN ESPECIALIDAD CONSULTADA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 15

PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN SALA DE OBSERVACIÓN

| Patología | F | % |
|--------------------------------|------------|---------------|
| Insuficiencia Renal Crónica | 62 | 16.2% |
| Cáncer | 32 | 8.4% |
| Hemorragia Digestiva Alta | 33 | 8.6% |
| Encefalopatía | 24 | 6.3% |
| TEC | 21 | 5.5% |
| ACV | 21 | 5.5% |
| Otros* | 190 | 49.6% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

* Hipertensión arterial, sepsis, hemoptisis, etc.

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

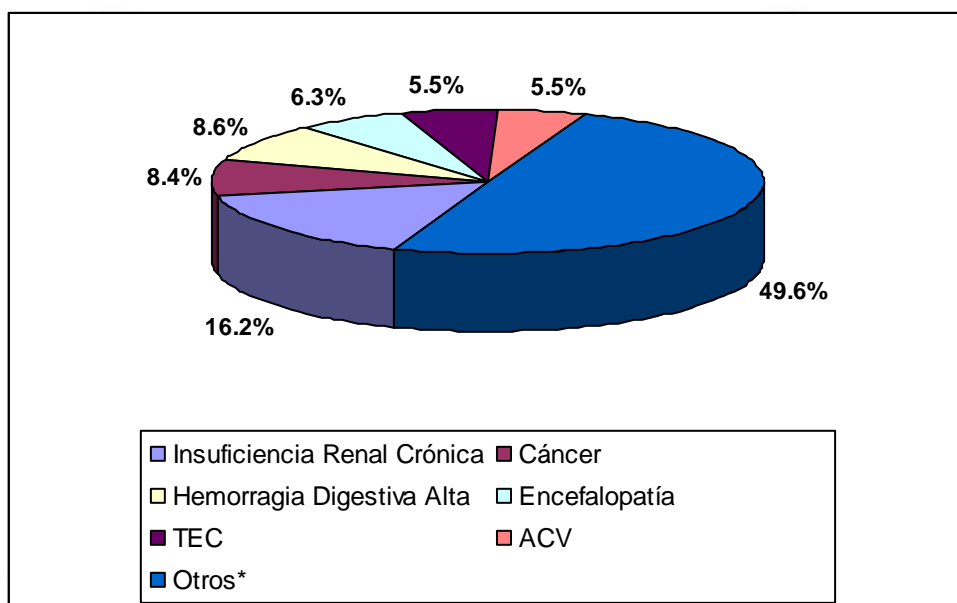
En la muestra tomada se observa que la mayoría de patologías atendidas en Sala de Observación fueron de prioridad II, siendo las de prioridad I solo el 11% (TEC y ACV)

Se observa un número significativo de pacientes con insuficiencia renal crónica, así como descompensaciones de cuadros neoplásicos que concurren por emergencia.

Otras patologías observadas fueron las hemorragias digestivas altas y las encefalopatías.

GRÁFICO N° 15

PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 16

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

| La atención que usted recibe es: | SI | | NO | | TOTAL |
|-------------------------------------|-----|-------|-----|-------|------------|
| | F | % | F | % | |
| Con personal amable | 252 | 65.8% | 131 | 34.2% | 383 |
| Le explica lo que tiene | 167 | 43.6% | 216 | 56.4% | 383 |
| Está bien presentado | 289 | 75.5% | 94 | 24.5% | 383 |
| Satisface su problema | 195 | 50.9% | 188 | 49.1% | 383 |
| Le dedica en tiempo suficiente | 109 | 28.5% | 274 | 71.5% | 383 |
| Acude pronto a su llamado | 178 | 46.5% | 205 | 53.5% | 383 |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mayoría de pacientes internados en Sala de Observación (65.8%) consideran ser atendidos amablemente por el personal sanitario del Servicio de Emergencia.

Respecto a si el médico tratante le explica acerca de las causas de su problema, le dice su diagnóstico, le indica su tratamiento y pronóstico, el 56,4% de los pacientes internados consideran que el médico tratante no lo hace adecuadamente.

El 75.5% de los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, consideran que el personal asistencial del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, se encuentra correctamente identificado y bien presentado.

En lo referente a si el personal asistencial del equipo de emergencia del Hospital Nacional CASE, satisface las expectativas del paciente al solucionarle su problema o dolencia, las opiniones se encuentran divididas equitativamente.

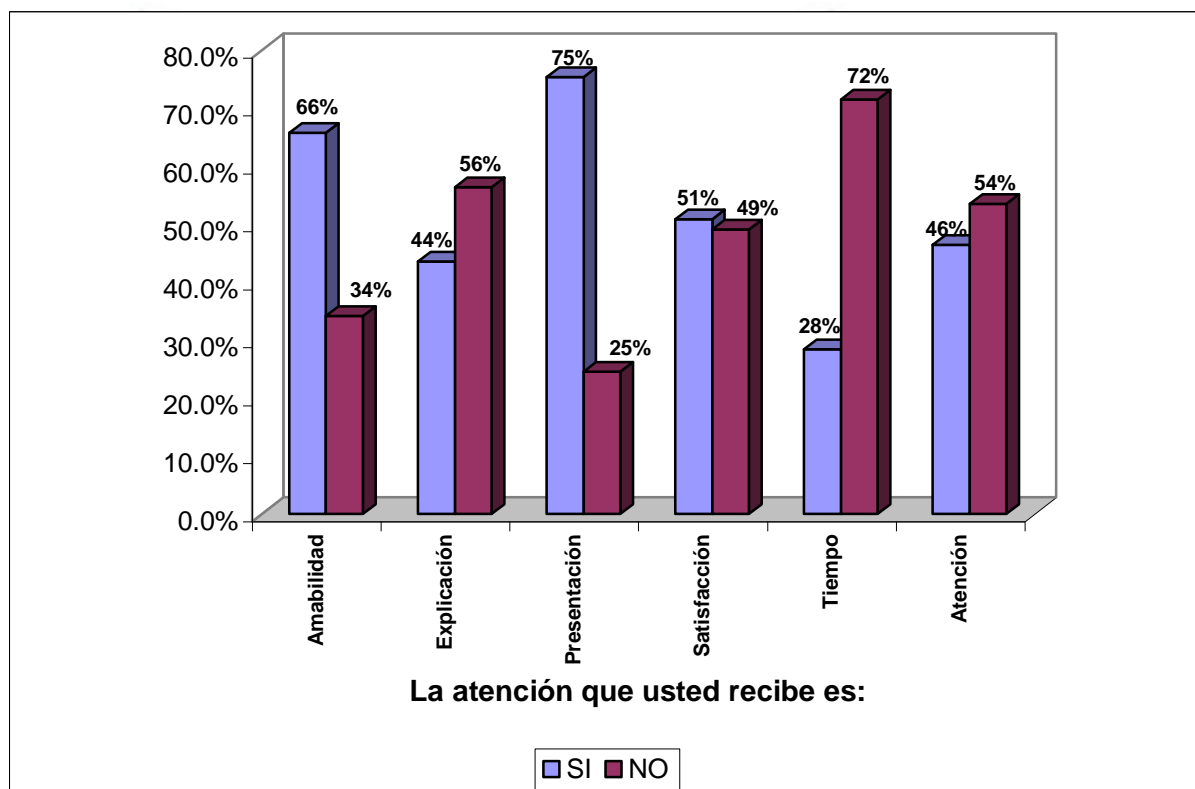
En relación con el tiempo que el personal asistencial le dedica al paciente, el 71.5% de los pacientes consideran que no les dedican el tiempo necesario.

Respecto a la atención por parte del personal en relación al llamado del paciente por alguna razón, el 53,6% de los pacientes consideran que no son atendidos con la prontitud que ellos requieren.



GRÁFICO N° 16

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 17

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

| La atención que usted recibe es: | F | % |
|---|------------|---------------|
| Buena | 64 | 16.7% |
| Regular | 255 | 66.6% |
| Mala | 64 | 16.7% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

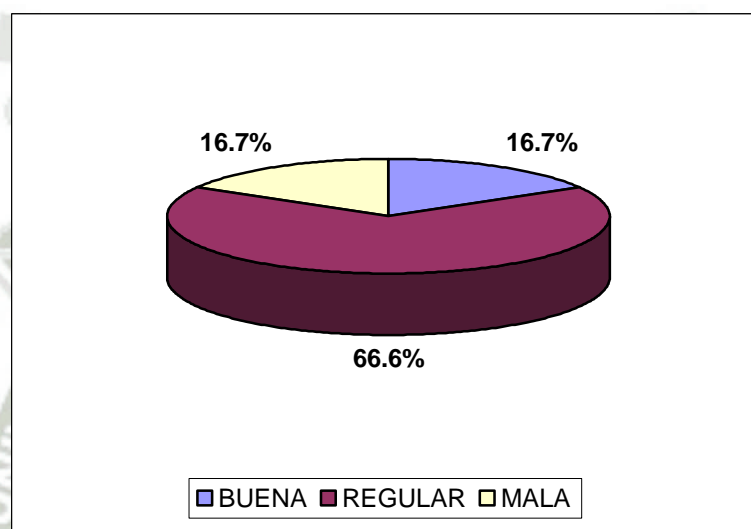
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

En líneas generales la mayoría de pacientes internados en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de EsSalud de Arequipa (66,3%), califican la atención que reciben como Regular.

Solamente un 16,7% la califican como Buena y un porcentaje igual la califica como Mala.

GRÁFICO N° 17

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 18

APRECIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA SALA DE
OBSERVACIÓN

| El ambiente donde se encuentra, es adecuado en cuanto a: | SI | | NO | | TOTAL |
|---|-----|-------|-----|-------|-------|
| | F | % | F | % | |
| Iluminación | 249 | 65.0% | 134 | 35.0% | 383 |
| Calidez | 123 | 31.1% | 260 | 62.1% | 383 |
| Limpieza | 289 | 75.5% | 94 | 24.5% | 383 |
| Privacidad | 145 | 37.9% | 238 | 68.9% | 383 |
| Amplitud | 119 | 32.1% | 264 | 67.9% | 383 |
| Comodidad | 159 | 41.5% | 224 | 58.5% | 383 |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Gran cantidad de los pacientes internados en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE (65%), consideran que el ambiente donde se encuentran hospitalizados es bien iluminado.

Respecto a si el lugar donde se encuentran internados es o no cálido, el 62.1% de los pacientes consideran que no lo es.

Además debemos considerar que hay muchos pacientes que se encuentran en camillas en el pasillo de la Sala de Observación; carentes de toda privacidad, expuestos no solamente a la mirada de todos (personal asistencial, pacientes y familiares), sino que también expuestos a corrientes de aire.

Con relación al aseo de los diversos ambientes de la Sala de Observación, tres cuartas partes (75.5%) de los pacientes internados consideran que las áreas se encuentran limpias.

De los pacientes entrevistados, el 68.9% consideran que el ambiente donde se encuentran hospitalizados no les brinda la suficiente privacidad.

Se sienten hacinados y expuestos, hay ambientes donde se encuentran juntos varones y mujeres, no hay separación entre los ambientes que separan una cama de otra.

Respecto a si el ambiente donde se encuentran internados es lo suficientemente amplio, el 67,9% de los pacientes hospitalizados en Sala de Observación consideran que los ambientes no son amplios.

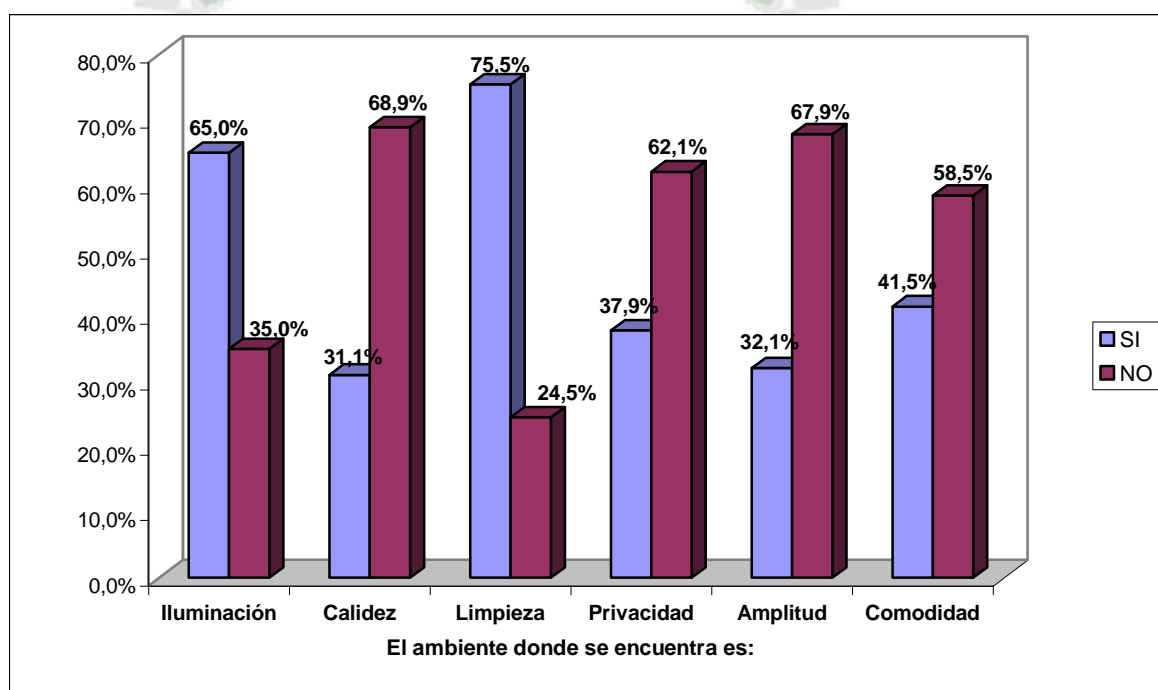
De acuerdo a las normas establecidas por los programas médico-arquitectónicos de las instalaciones de salud⁵, una sala de observación debe contar con ambientes separados tanto para varones como para damas, quienes permanecerán en camillas y cada una de éstas debe tener como área mínima 8 m². Así mismo contará con una mesa de noche, colocando en la cajonería inferior utensilios para necesidades fisiológicas (chata, papagayo), agregándose además una mesa para toma de alimentos del paciente.

En relación a la comodidad que le brinda el ambiente donde se encuentra hospitalizado el 58,5% de los pacientes consideran que este no es cómodo.

⁵ MINSA: *Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Proyectos de las unidades de Emergencia de los Establecimientos de Salud*, pág. 7.

GRÁFICO N° 18

APRECIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 19

APRECIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA SALA DE
OBSERVACIÓN

| El ambiente donde se encuentra, es: | F | % |
|--|------------|---------------|
| Bueno | 64 | 16.7% |
| Regular | 192 | 50.1% |
| Malo | 127 | 33.2% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

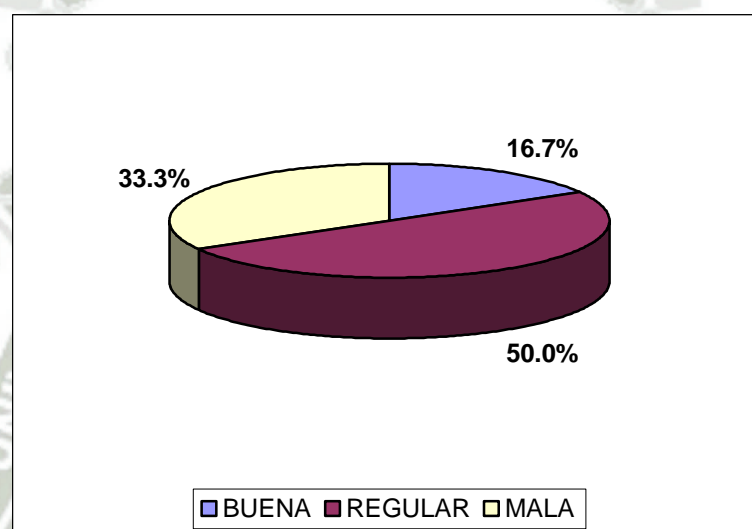
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

En líneas generales la mitad de los pacientes internados en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo de EsSalud de Arequipa (50,1%), califican el ambiente donde encuentran hospitalizados como Regular.


Solamente un 16,7% lo califican como Bueno y un 33,2% lo califica como Malo.

GRÁFICO N° 19

APRECIACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004



**5. FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD
QUE CONDICIONAN LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN
SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.**

TABLA N° 20

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR LA
INTERCONSULTA

| HORAS | F | % |
|--------------------|------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 72 | 16.8% |
| De 1 a 3 horas | 63 | 14.7% |
| De 4 a 6 horas | 40 | 9.3% |
| Después de 6 horas | 253 | 59.1% |
| TOTAL | 428⁶ | 100.0% |

⁰ = 6.3 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

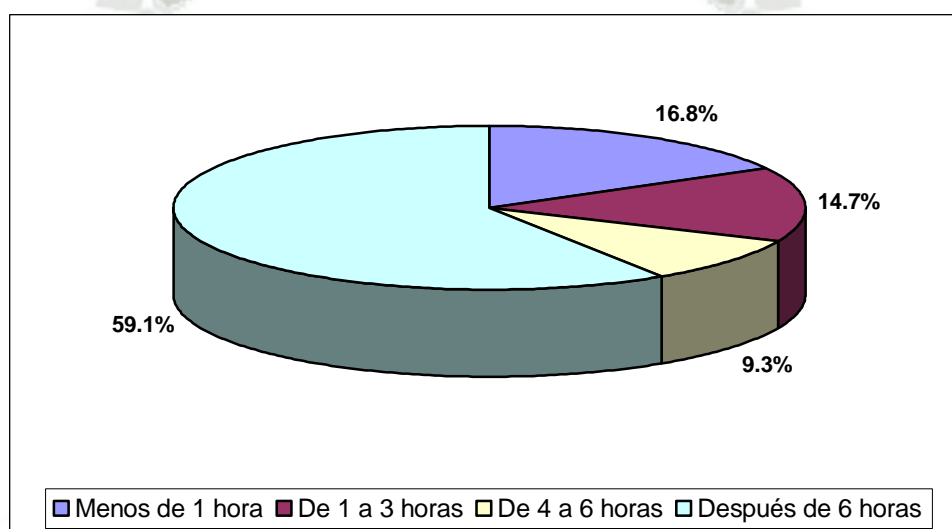
La mayoría de interconsultas (59,1%) recién se solicitan después de 6 horas de permanencia del paciente en Sala de Observación.

Esto condiciona el aumento de la permanencia del paciente internado, ya que se debe esperar la respuesta de la interconsulta para decidir una estrategia terapéutica definitiva, solicitar exámenes auxiliares, con la respectiva demora que significa tomarlos y esperar sus resultados; decidir su hospitalización, ser transferido a un centro de menor nivel o ser dado de alta.

⁶ NOTA: El total indicado en esta tabla, no corresponde al tamaño de la muestra de 383, porque hubo pacientes a quienes se les solicitó más de una interconsulta.

GRÁFICO N° 20

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR LA INTERCONSULTA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 21

**EVALUACIÓN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA QUE LA
INTERCONSULTA ES RESPONDIDA**

| HORAS | F | % |
|--------------------|------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 45 | 10.5% |
| De 1 a 3 horas | 189 | 44.2% |
| De 4 a 6 horas | 57 | 13.3% |
| Después de 6 horas | 137 | 32.0% |
| TOTAL | 428⁷ | 100.0% |

⁰ = 4.5 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mayoría de interconsultas (44,2%) son respondidas entre la primera a tercera hora de ser solicitadas, existiendo también un porcentaje considerable de ellas (32,0%) que son respondidas pasadas las 6 horas de solicitud.

Entonces tenemos que si se esperó 6 horas para solicitarla y 3 horas más para obtener su respuesta, tenemos a un paciente 9 horas internado en Sala de Observación, sólo por un resultado, en este caso la respuesta a la interconsulta.

Se identifican tres factores claves en lo referente a la interconsulta. Primero, la demora por parte del médico tratante de Emergencia para solicitar una segunda opinión del especialista. Segundo, la ineficacia por parte del personal de

⁷ Id.

enfermería para tramitar la solicitud de interconsulta y del personal técnico en transportar a su destino la solicitud respectiva y finalmente el desinterés por parte del médico especialista en apersonarse a Sala de Observación de Emergencia a responder dicha interconsulta.

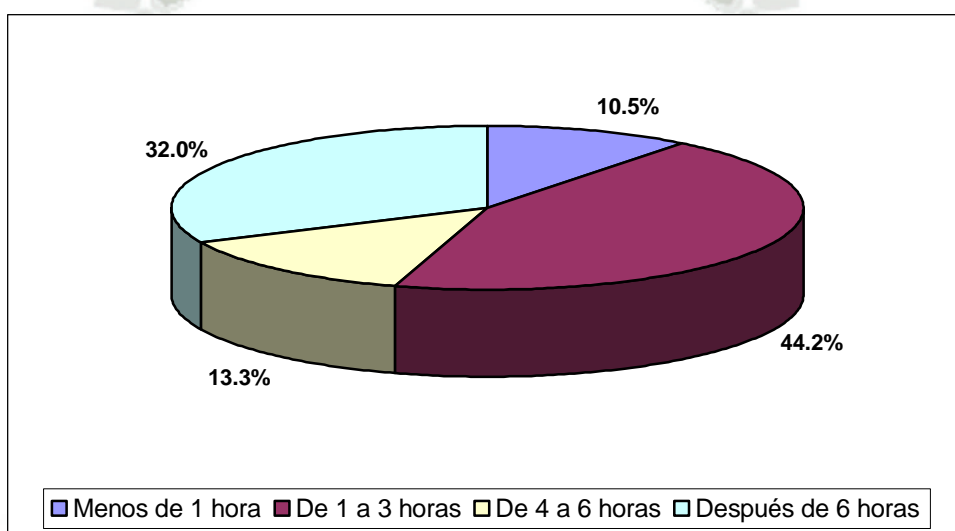
Cabe resaltar que las interconsultas solicitadas por el Servicio de Emergencia tienen prioridad, deben ser contestadas de manera inmediata, de acuerdo con las Disposiciones para la Atención de Pacientes en el Servicio de Emergencia⁸.



⁸ ESSALUD: *Normas para la Atención de Pacientes en los Servicios de Emergencia y Urgencia*, pág. 5

GRÁFICO N° 21

EVALUACIÓN TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA QUE LA INTERCONSULTA ES RESPONDIDA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 22

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR
ANÁLISIS DE LABORATORIO

| HORAS | F | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 257 | 67.1% |
| De 1 a 3 horas | 81 | 21.1% |
| De 4 a 6 horas | 34 | 8.9% |
| Después de 6 horas | 11 | 2.9% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

0 = 1.4 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

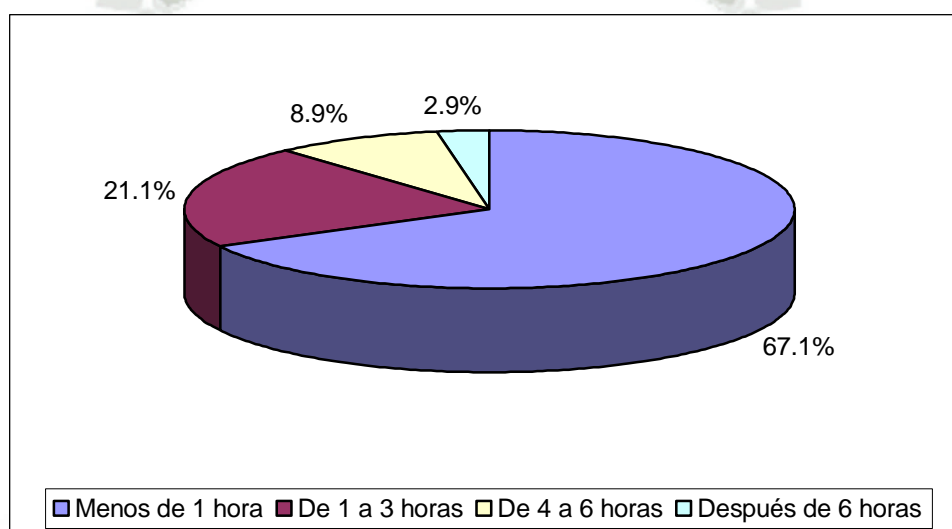
Los exámenes de laboratorio generalmente se solicitan en el momento de la atención en los Tópicos de Emergencia, previo a la orden de hospitalización en Sala de Observación⁹.

En concordancia con lo anterior, se observa que cerca del 67.1% de los exámenes de laboratorio son solicitados antes de los 60 minutos.

⁹ IPSS: *Protocolo de Análisis de Emergencia*, pág. 15

GRÁFICO N° 22

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR ANÁLISIS DE LABORATORIO



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 23

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA
RECEPCIONAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO**

| HORAS | F | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 117 | 30.5% |
| De 1 a 3 horas | 184 | 48.0% |
| De 4 a 6 horas | 56 | 14.6% |
| Después de 6 horas | 26 | 6.8% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

0 = 2.3 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Aproximadamente la mitad (48.0%) de los resultados de los análisis de laboratorio son obtenidos entre la primera y tercera hora posteriores a su solicitud.

Un tercio (30.5%) de ellos se obtienen antes de la hora posterior a su solicitud.

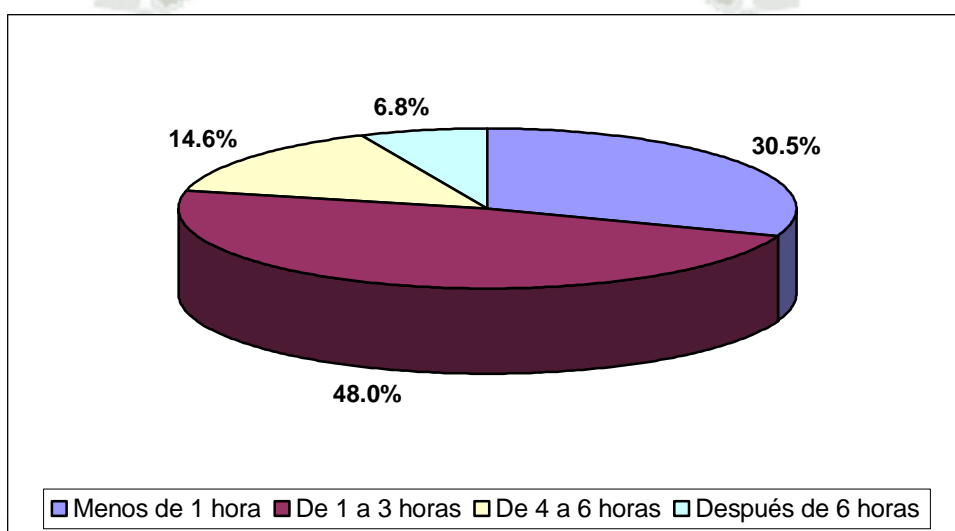
Factores que influyen negativamente en este proceso son la demora por parte del personal de enfermería y/o de laboratorio en acudir a la toma de la muestra; demora en recoger los resultados por parte de los técnicos de enfermería y problemas con el extravío de los mismos.

Según las Normas para la Atención de pacientes en los Servicios de Emergencia, los resultados de exámenes de laboratorio se expiden en un tiempo no mayor de una hora, como promedio, a partir de la toma de muestra correspondiente¹⁰.

¹⁰ ESSALUD: op. cit., pág. 6

GRÁFICO N° 23

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA RECEPCIONAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 24

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR
RADIOGRAFÍAS**

| HORAS | F | % |
|--------------------|-------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 192 | 53.5% |
| De 1 a 3 horas | 101 | 28.1% |
| De 4 a 6 horas | 47 | 13.1% |
| Después de 6 horas | 19 | 5.3% |
| TOTAL | 359¹¹ | 100.0% |

⁰ = 1.8 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

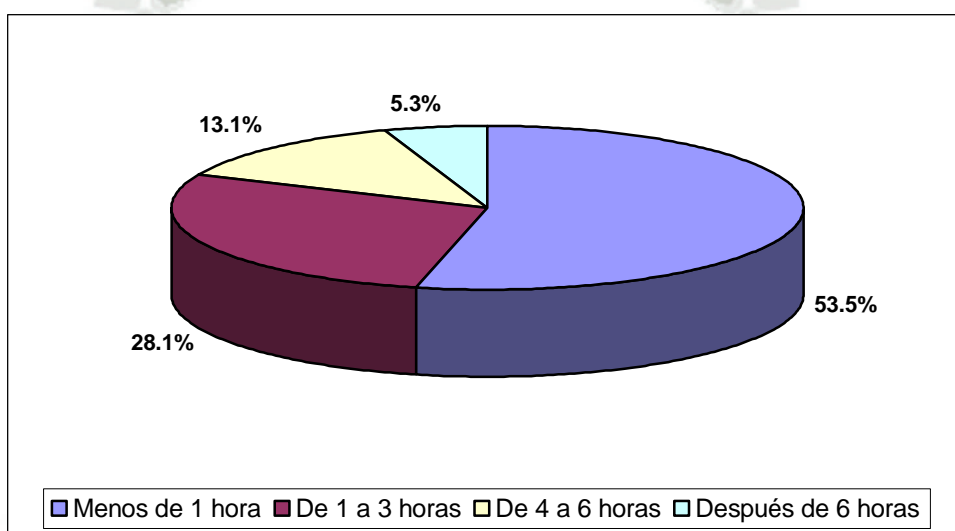
Más de la mitad (53.5%) de órdenes de Rayos X se emiten antes de los 60 minutos tras la atención en Emergencia.

El 28.1% de las órdenes se emiten entre la primera y tercera hora posteriores a la atención en Emergencia.

¹¹ NOTA: El total consignado en la tabla, no concuerda con la muestra de 383 pacientes, ya que no a todos los pacientes internados, se les solicitó una placa radiográfica.

GRÁFICO N° 24

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR RADIOGRAFÍAS



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 25

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS
RESULTADOS RADIOLÓGICOS**

| HORAS | F | % |
|--------------------|-------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 95 | 26.5% |
| De 1 a 3 horas | 151 | 42.1% |
| De 4 a 6 horas | 87 | 24.2% |
| Después de 6 horas | 26 | 7.2% |
| TOTAL | 359¹² | 100.0% |

0 = 2.5 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

El 42.1% de los resultados de Rayos X se obtienen entre la primera y tercera hora tras su solicitud. Un 26.5% se obtienen tras los 60 minutos y un porcentaje similar se obtienen tras la cuarta a sexta hora posteriores a su solicitud.

Aquí podemos identificar factores negativos como la demora por parte del personal de enfermería en tramitar la orden, el retraso por parte del personal de Rayos X en acudir a tomar la placa radiográfica correspondiente y su posterior procesamiento e informe y la inacción del personal auxiliar en recabar dichos resultados.

¹² Id.

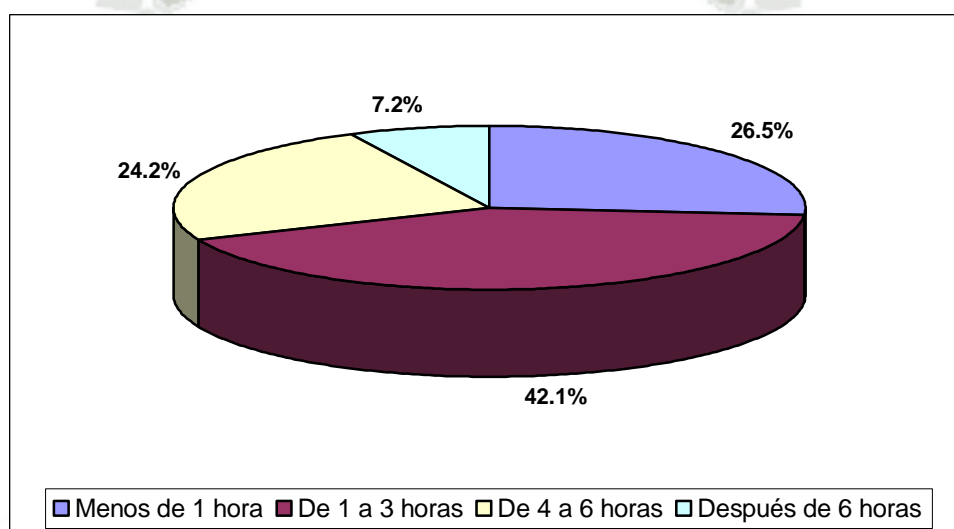
Al igual como para los exámenes de laboratorio; las Normas para la Atención de pacientes en los Servicios de Emergencia dicen: “Los resultados de los exámenes de diagnóstico por imágenes son inmediatos y se emiten en forma manual o vía red informática”¹³.



¹³ ESSALUD: op. cit., pág. 7

GRÁFICO N° 25

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS RESULTADOS RADIOLÓGICOS



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 26

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR
ECOGRAFÍAS

| HORAS | F | % |
|--------------------|-------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 115 | 39.0% |
| De 1 a 3 horas | 101 | 34.2% |
| De 4 a 6 horas | 53 | 18.0% |
| Después de 6 horas | 26 | 8.8% |
| TOTAL | 295¹⁴ | 100.0% |

0 = 2.4 horas

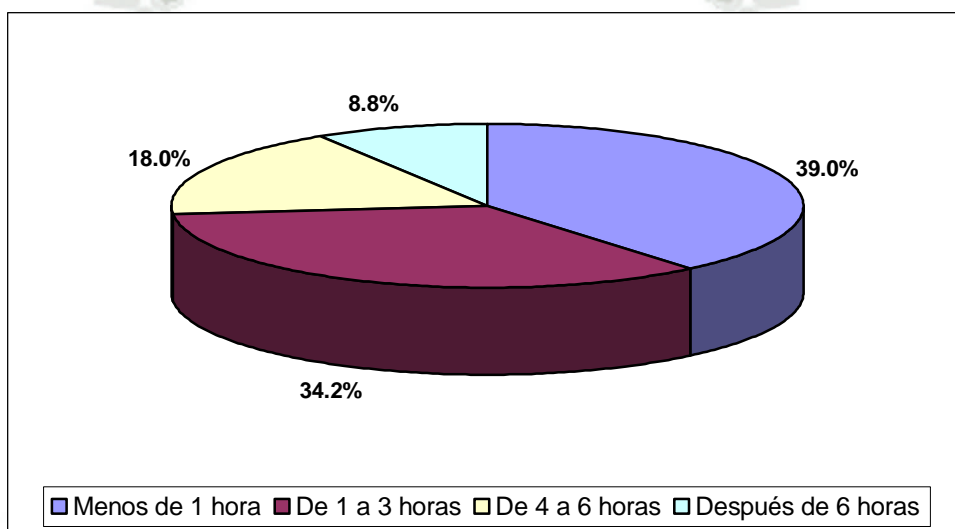
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Aproximadamente el 40% de estudios ecográficos se solicitan dentro de los primeros 60 minutos tras la atención en Emergencia. Cerca del 35% se solicitan entre la primera y la tercera hora.

¹⁴ NOTA: El total indicado en la tabla, no coincide con el tamaño de la muestra de 383 unidades de estudio, porque no todos los pacientes requirieron de un estudio ecográfico.

GRÁFICO N° 26

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR ECOGRAFÍAS



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 27

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS
RESULTADOS DE ECOGRAFÍA**

| HORAS | F | % |
|-----------------------|-------------------------|---------------|
| Menos de 1 hora | 147 | 49.8% |
| De 1 a 3 horas | 104 | 35.3% |
| De 4 a 6 horas | 35 | 11.9% |
| Después de 6 horas | 9 | 3.1% |
| TOTAL | 295¹⁵ | 100.0% |

⁰ = 1.7 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Aproximadamente la mitad (49.8%) de los resultados ecográficos se obtienen antes de los 60 minutos después de solicitarlos y un tercio de ellos se obtienen después de una a tres horas de solicitarlos.

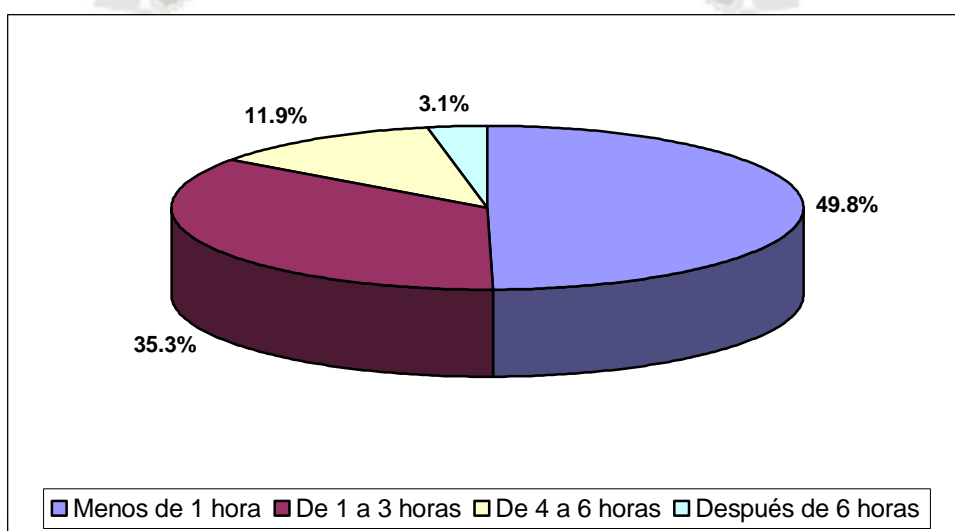
Se observa que no hay mayor retraso con este tipo de examen. Primero porque el número de solicitudes del mismo es mucho menor en comparación con otros exámenes de ayuda diagnóstica. Y en segundo lugar porque el procesamiento del mismo es un proceso dinámico en el mismo momento de realizarlo, pudiendo preparar un informe escrito a mano e inclusive verbal al acompañante (médico, residente o interno) que acude con el paciente.

Los factores que influyen negativamente son similares a los de los exámenes radiológicos.

¹⁵ Id.

GRÁFICO N° 27

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS RESULTADOS DE ECOGRAFÍA



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 28

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR
OTROS EXÁMENES AUXILIARES**

| HORAS | F | % |
|--------------------|-------------------------|---------------|
| Antes de 3 horas | 82 | 40.2% |
| De 3 a 6 horas | 59 | 28.9% |
| Después de 6 horas | 63 | 30.9% |
| TOTAL | 204¹⁶ | 100.0% |

0 = 5.2 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

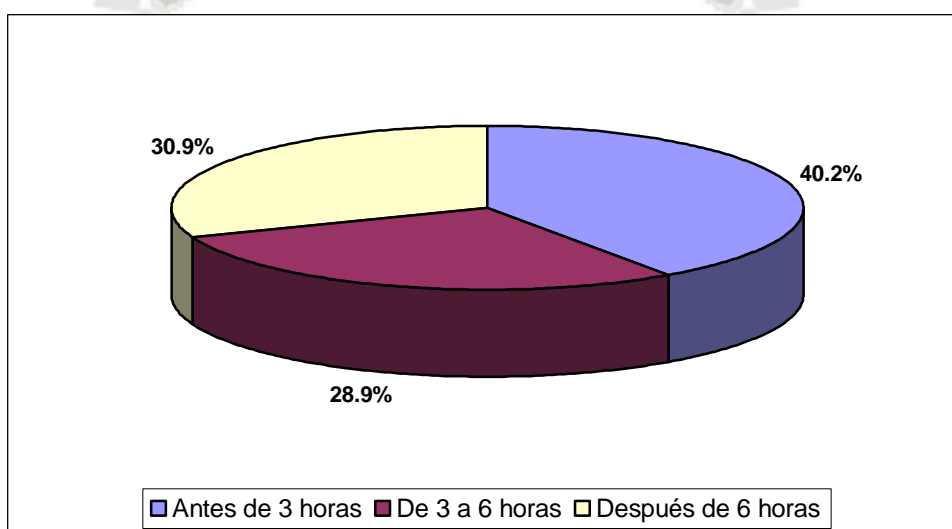
Al referirse a otros exámenes auxiliares en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, se hace referencia a Tomografías y Ecografías Doppler.

Al ser estos exámenes, algo especiales con relación a los de rutina, el tiempo para solicitarlos es relativo, siendo generalmente solicitados durante las tres primeras horas posteriores a la atención en Emergencia.

¹⁶ NOTA: El total mostrado en la tabla, no se corresponde con el tamaño muestral, porque no todos los pacientes requirieron exámenes auxiliares especiales.

GRÁFICO N° 28

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA SOLICITAR OTROS EXÁMENES AUXILIARES



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 29

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS
RESULTADOS DE OTROS EXÁMENES AUXILIARES**

| HORAS | F | % |
|--------------------|-------------------------|---------------|
| Antes de 3 horas | 116 | 56.9% |
| De 3 a 6 horas | 56 | 27.5% |
| Después de 6 horas | 32 | 15.7% |
| TOTAL | 204¹⁷ | 100.0% |

0 = 3.7 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

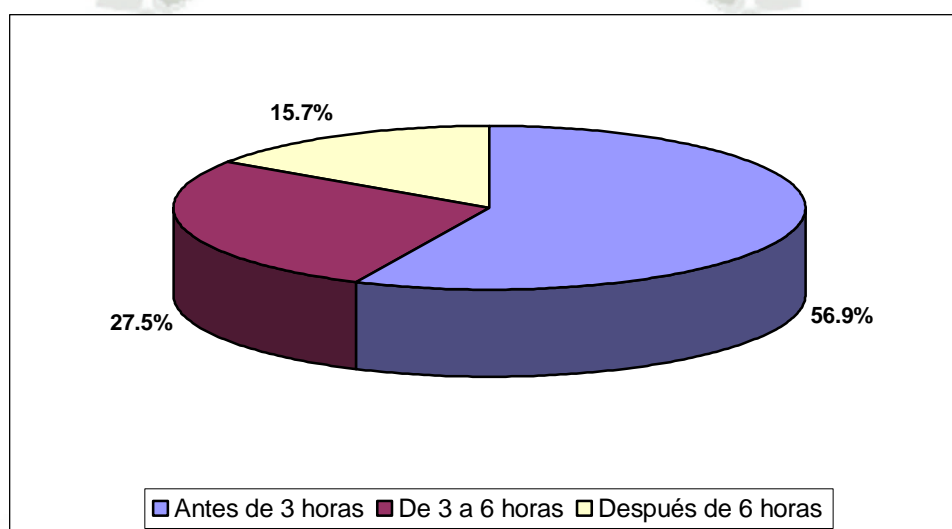
El tiempo de respuesta de este tipo de exámenes también es relativo, aunque en su gran mayoría, cerca del 60%, son respondidos dentro de las tres horas tras solicitud.

El mayor problema con este tipo de exámenes de ayuda diagnóstica es su tramitación, porque el procesamiento de los mismos es inmediato durante su realización.

¹⁷ Id.

GRÁFICO N° 29

EVALUACIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA OBTENER LOS RESULTADOS DE OTROS EXÁMENES AUXILIARES



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004



**6. FACTORES RELACIONADOS CON LA INSTITUCIÓN QUE
CONDICIONAN LA SATURACIÓN DE PACIENTES EN SALA
DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.**

TABLA N° 30

**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNCASE**

| Procedencia | F | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Ciudad de Arequipa | 262 | 68.4% |
| Otro | 121 | 31.6% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

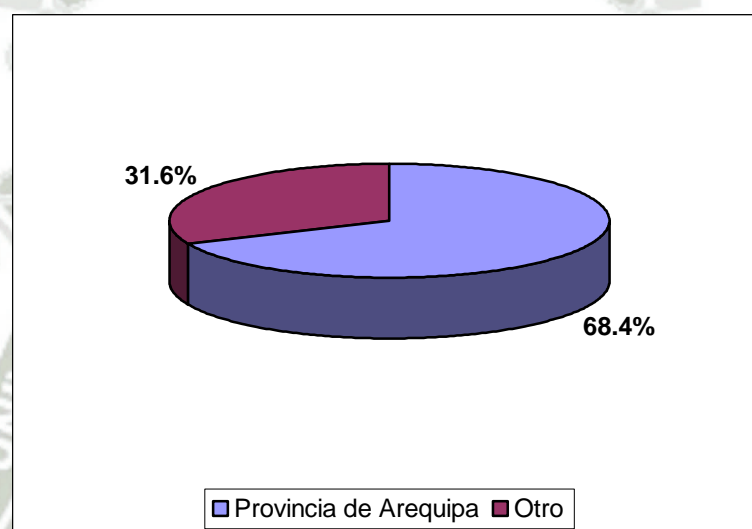
Cerca del 70% de pacientes que se encuentran internados en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, son procedentes de la ciudad de Arequipa.

El 30 % restante son pacientes referidos de Centros Asistenciales de otras localidades del Departamento de Arequipa y de otros departamentos de la Región Sur.

Cabe aclarar que del 70% de pacientes procedentes de la Ciudad de Arequipa, no necesariamente todos han acudido al Servicio de Emergencia con un Hoja de Referencia, como se puede apreciar en la Tabla N° 10 y 31; y en los Gráficos N° 10-A y 31, en los que se puede apreciar que alrededor del 65% de pacientes internados en Sala de Observación no cuentan con una Referencia.

GRÁFICO N° 30

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HNCASE



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 31

PACIENTES REFERIDOS Y NO REFERIDOS

| Transferencia | F | % |
|----------------------|------------|---------------|
| Si | 136 | 35.5% |
| No | 247 | 64.5% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

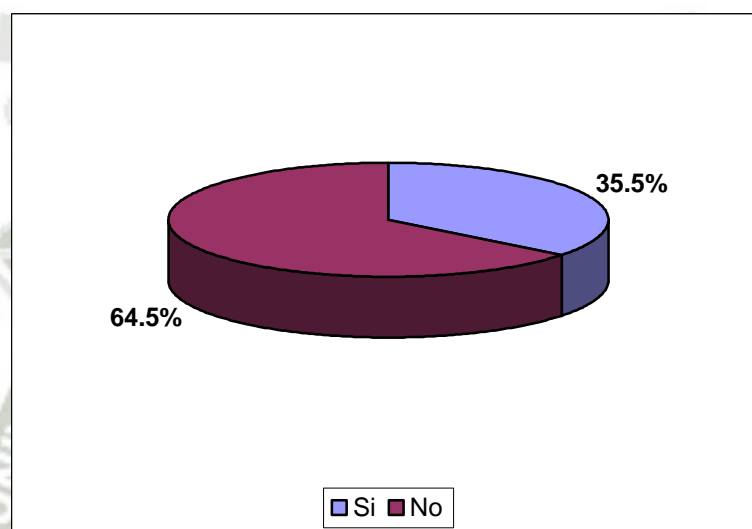
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mayoría de pacientes (64,5%) que concurren al Servicio de Emergencia, lo hacen directamente, sin haber acudido previamente a su Centro Asistencial de adscripción y por lo tanto sin ser referidos.

Esto se debe a la limitada oferta de consulta externa y emergencia en los Centros Asistenciales de la periferia. Así como a una falta de información por parte del público usuario respecto a las ventajas y desventajas de recibir una atención por Emergencia, ya que al ser atendidos por este servicio, si bien solucionan su problema, lo hacen de una manera muy fugaz, sin recibir medicamentos completos y suficientes, ni control, ni continuidad de tratamiento mediante la solicitud por parte del médico de una nueva fecha de cita, como ocurriría si fuesen atendidos por consultorio externo.

GRÁFICO N° 31

PACIENTES REFERIDOS Y NO REFERIDOS



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 32

EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE PERMANENCIA EN
SALA DE OBSERVACIÓN

| HORAS | F | % |
|----------------|------------|---------------|
| 25 – 48 horas | 174 | 45.4% |
| 49 – 72 horas | 101 | 26.4% |
| 73 – 96 horas | 74 | 19.3% |
| 97 horas a más | 34 | 8.9% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

0 = 58.5 horas

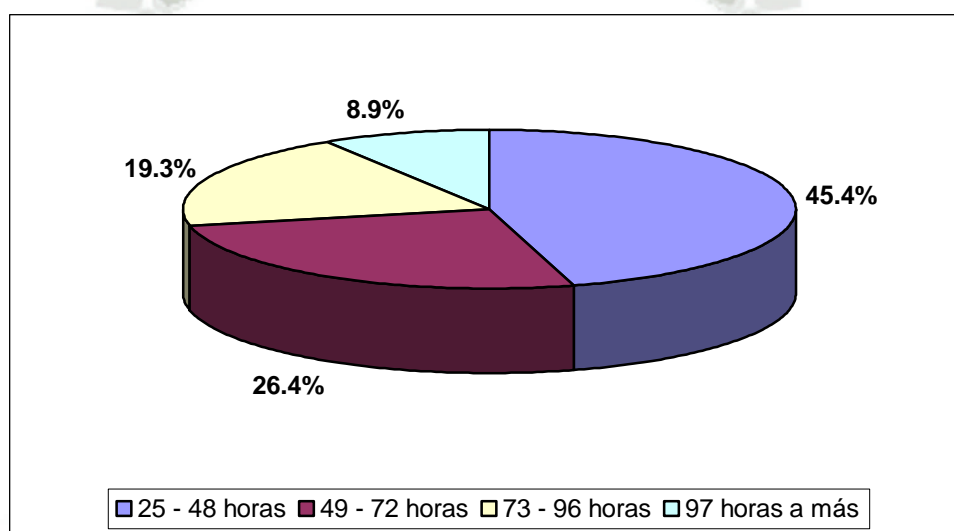
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Existe un alto índice de permanencia en Sala de Observación respecto a la muestra estudiada, que concuerda con la estadística anual de Sala de Observación, como se puede observar en la Tabla N° 10 y el Gráfico N° 10-B.

Cerca de la mitad de pacientes (45,4%), permanecen hospitalizados en Sala de Observación entre 24 y 48 horas, un cuarto de ellos (26,4 %) permanecen entre 48 y 72 horas, el 20% lo hace entre 72 y 96 horas y un 9% permanece internado en Observación por más de 96 horas.

GRÁFICO N° 32

EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 33

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE PERMANENCIA EN SALA DE
OBSERVACIÓN TRAS LA EMISIÓN DE LA ORDEN DE
HOSPITALIZACIÓN**

| HORAS | F | % |
|------------------------|------------|---------------|
| 0 a 3 horas | 75 | 19.6% |
| 4 a 12 horas | 76 | 19.8% |
| 13 a 24 horas | 45 | 11.7% |
| 25 a 48 horas | 75 | 19.6% |
| Después de 48 horas | 112 | 29.2% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

0 = 29.1 horas

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

Luego de emitida la orden de hospitalización el tiempo de permanencia en sala de Observación es alto.

La mitad de los pacientes internados en sala de Observación, una vez que tiene su orden de hospitalización, permanecen en Emergencia menos de 24 horas antes de ser subidos a piso. Un 19.6% permanecen en esta entre 0 y 3 horas, un porcentaje muy similar lo hacen entre 4 y 12 horas; y un 11.7% permanecen entre 13 y 24 horas.

La otra mitad permanecen en Observación por más de 24 horas , inclusive más de 48 horas, condicionando el embalse de pacientes en Sala de Observación,

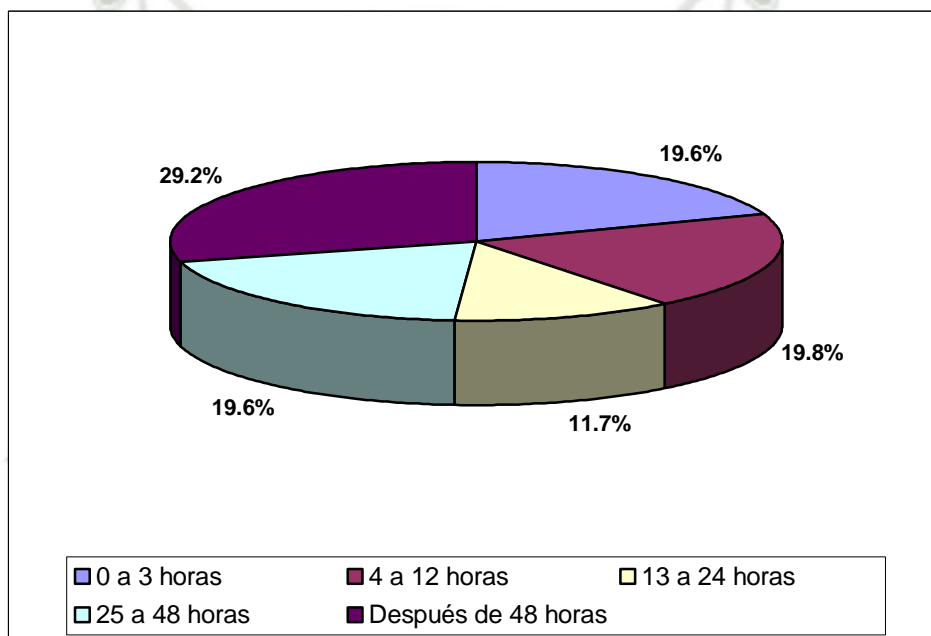
produciendo la saturación de la misma, ya que ésta nunca termina de desocuparse y se continúa llenando con los pacientes que siguen llegando.

Un tercio aproximadamente de los pacientes (29,2%) permanecen en Observación sin ser hospitalizados por más de 48 horas. Un 19.6% permanecen entre 24 y 48 horas sin ser hospitalizados a pesar de ya contar con su respectiva orden de hospitalización.



GRÁFICO N° 33

EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN TRAS LA EMISIÓN DE LA ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 34

**CAUSAS DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN TRAS
EMISIÓN DE LA ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN**

| CAUSA | F | % |
|----------------------------------|------------|---------------|
| Falta de cama disponible en piso | 291 | 76.0% |
| Mala coordinación con enfermería | 71 | 18.5% |
| Otros | 21 | 5.5% |
| TOTAL | 383 | 100.0% |

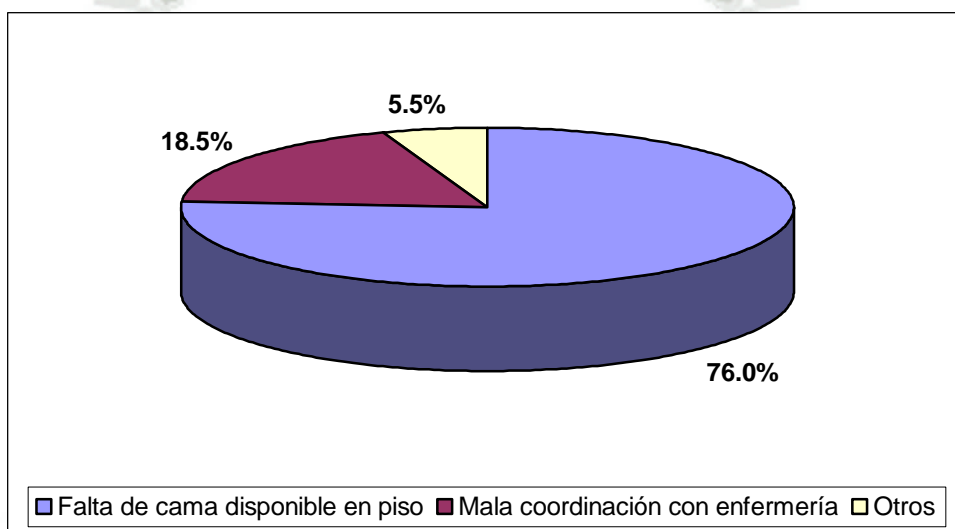
Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La principal causa por la que los pacientes continúan en Sala de Observación es por la ausencia de camas disponibles en los servicios de hospitalización. El 76% de los pacientes permanecieron en Sala de Observación por esta causa.

La mala coordinación de enfermería que se da en algunos casos, sólo retrasa el proceso de hospitalización.

GRÁFICO N° 34

CAUSAS DE PERMANENCIA EN SALA DE OBSERVACIÓN TRAS EMISIÓN DE LA ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

TABLA N° 35

**DESTINO DE EGRESO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN SALA
DE OBSERVACIÓN**

| DESTINO | F | % |
|-----------------|------------|---------------|
| Hospitalización | 171 | 46.3% |
| Alta | 146 | 39.6% |
| Transferencia | 52 | 14.1% |
| TOTAL | 369 | 100.0% |

Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

La mayoría de pacientes de la muestra estudiada (46,3%) son hospitalizados.

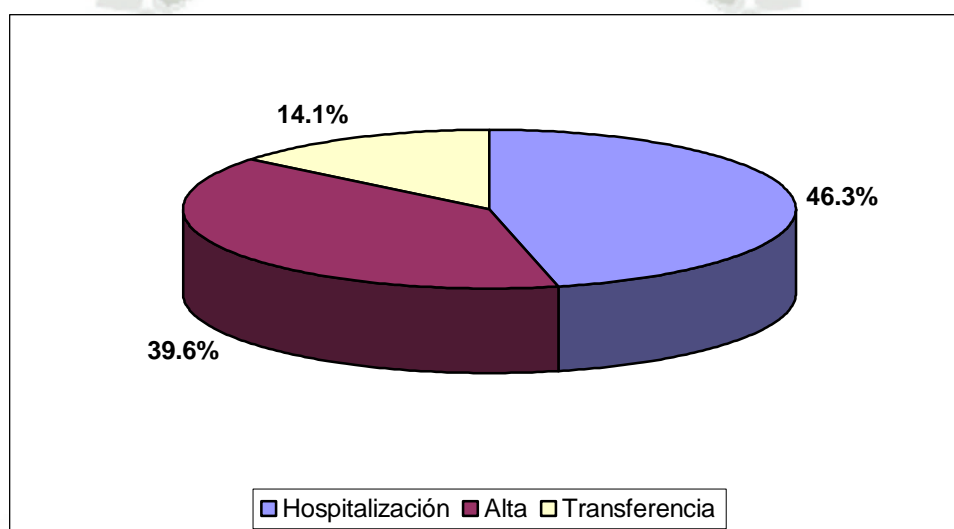
El 39,6% de los mismos son dados de alta.

Y el 14,1% de ellos son transferidos a Centros Asistenciales de menor nivel.

Los resultados obtenidos respecto al destino de los pacientes internados en Observación concuerdan con los encontrados en la estadística anual de Sala de Observación, como se puede apreciar en la Tabla N° 10.

GRÁFICO N° 35

DESTINO DE EGRESO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN SALA DE OBSERVACIÓN



Fuente: FARESATPA-OBS-EMG-2004

CONCLUSIONES

PRIMERA : Existe alto grado de Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa.

SEGUNDA : Los principales factores institucionales que condicionan la Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa son:

- Los Establecimientos de Salud de menor nivel no cumplen el objetivo de descentralizar la atención de pacientes.
- No hay camas disponibles en los Servicios de Hospitalización.
- Que en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE atiende un 77.3% de pacientes con dolencias que no corresponden al IV nivel de atención.
- Oferta de atención limitada, tanto en consulta externa como de emergencia, en los Centros Asistenciales de la periferia.

TERCERA : Los factores relacionados con el Personal de Salud que provocan la Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de

Arequipa son directamente relacionados con los procesos de ayuda diagnóstica como interconsultas y exámenes auxiliares, durante sus tres etapas: de solicitud, trámite y respuesta.

CUARTA : Los principales factores relacionados con los pacientes que condicionan la Saturación de Pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa, son:

- La falta de información que poseen sobre los servicios que se prestan en sus centros asistenciales de adscripción; y
- La falta de conciencia que tienen sobre el adecuado uso de los servicios de emergencia.

QUINTA : Los factores institucionales son los principales responsables de la Saturación de Pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Que la Dirección de cada Centro Asistencial periférico, previa evaluación de sus pacientes, vele por la transferencia al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin, únicamente, de aquellos que no pueda atender por no estar dentro de su nivel de resolución. Así mismo que se definan claramente los criterios de referencia de cada especialidad.
- SEGUNDA** : Que la Gerencia General de la Red Asistencial de EsSalud de Arequipa promueva que en cada Centro Asistencial de menor nivel, pertenecientes a la Red, la implementación de un Servicio de Emergencia, que funcione las 24 horas y que brinde atención a su población adscrita de acuerdo a su capacidad resolutive.
- TERCERA** : Que en los Servicios de Hospitalización cada Jefatura evalúe el tipo de daño que se viene atendiendo y tome medidas respecto a las estancias prolongadas indebidas, para así gestionarse camas disponibles para sus pacientes que están esperándolas en Emergencia.
- CUARTA** : Que a nivel central se formule un protocolo de atención a los pacientes crónicos, portadores de secuelas y terminales; según el cual, dichos pacientes sean

atendidos por el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) o los niveles inferiores de atención, según los casos particulares, dando las facilidades necesarias: recetaje completo y suficiente hasta la siguiente cita, insumos suficientes, visitas domiciliarias frecuentes, atención de enfermería casi diaria, entre otras.

QUINTA : Que la Gerencia General de la Red Asistencial de EsSalud de Arequipa, gestione que en los diversos Establecimientos de su Red, así como en el mismo Hospital Nacional CASE, se amplíe la oferta de consulta externa, atendiendo tanto en el turno de la mañana como en el de la tarde.

SEXTA : Que cada Jefatura de Servicio programe y supervise la atención de las Interconsultas provenientes de Emergencia, prestándoles una atención prioritaria.

SÉPTIMA : Que la Jefatura del Servicio de Emergencia del HNCASE, realice un estudio sobre el flujo de procesos de los exámenes auxiliares y en base a los resultados, desarrolle un programa de reingeniería de dichos procesos.

OCTAVA: Que la población usuaria esté educada y sensibilizada acerca del adecuado uso de los Servicios de Emergencia, así como de las ventajas y desventajas de ser atendidos en estos servicios en comparación con los servicios de consulta externa.



Luego de analizar los resultados del presente trabajo de investigación, podemos observar que los problemas que condicionan la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa se dividen en tres grandes grupos:

1. Los relacionados con la Institución,
2. Los relacionados con el Personal de Salud que labora en el Servicio de Emergencia, y
3. Los relacionados con los Pacientes que acuden a dicho Servicio.

Dentro de los problemas relacionados con la Institución encontramos que no hay una oferta suficiente de atención, tanto de consulta externa como de emergencia, en los diversos establecimientos de la Red Asistencial de Arequipa.

Ante esta problemática, una propuesta de solución sería que EsSalud implemente Servicios de Emergencia que funciones las 24 horas, en todos estos centros de atención de la periferia y asimismo que amplíe su oferta de atención de consulta externa, con el mayor número de especialidades posibles en estos centros. Es así que las propuestas concretas serían:

- a) Implementar Servicios de emergencia en cada centro asistencial de la Red, que funcione las 24 horas
- b) Atender consulta externa en el turno de la mañana y de la tarde.
- c) Rotar a los especialistas del Hospital Nacional CASE, por los distintos centros asistenciales de la periferia, para la atención de consulta externa especializada.

Hacer realidad los tres ítems anteriores, implica gastos de infraestructura, equipamiento, material, así como de capacitación, contratación de recursos humanos y/o pago de horas extras.

Actualmente la institución viene poniendo en marcha una política de austeridad en todo nivel, por lo que en los niveles políticos y directivos, esta propuesta no sería aprobada, haciendo al menos por el momento, esta propuesta inviable.

Respecto a los factores relacionados con el personal de salud que trabaja en Emergencia que favorecen la saturación de pacientes, notamos se asocian directamente con los exámenes de ayuda diagnóstica como pruebas de laboratorio y estudios imagenológicos, así como con las interconsultas; los cuales muestran retraso en cada una de sus tres etapas: de solicitud, de trámite y de respuesta.

Cambiar esto implica los siguientes pasos, a manera de alternativa de solución:

- a) Realizar un estudio del flujo de procesos, de cada uno de los exámenes que se solicitan: hematológicos, bioquímicos, radiológicos, etc; así como estudiar el flujo de procesos de las interconsultas; para identificar los puntos álgidos en cada etapa.
- b) Con los resultados del estudio del flujo de procesos, se debe hacer una reingeniería de dichos procesos.
- c) Todo esto debe ser de conocimiento del personal de emergencia, para lo cual hay que reunirlos, comunicarles, informarles y generar un cambio en su conducta. Esto podría lograrse mediante la realización de seminarios donde se trate la problemática.
- d) Luego de capacitar al personal, hay que supervisar el cambio de actitud del mismo, mediante comunicaciones internas y posteriormente mediante memorandos.

Estas acciones requieren de coordinación con el personal, de poder de concertación para poder reunir a la mayor cantidad de nuestro personal y de capacidad de liderazgo para poder generar un cambio en ellos. Además mediante el sistema de memorandos, se pueden generar roces entre las jefaturas y los trabajadores alterando el clima organizacional. Por otro lado el alcance de esto se limitaría solo al personal propio del servicio y no a todos aquellos que por la multidisciplinariedad de la atención en emergencia acuden a ella, sin pertenecer directamente a la misma. Finalmente generar un cambio en el quehacer diario de todo un servicio genera mucho tiempo.

Por lo expuesto, intervenir sobre este grupo de problemas, demandaría de grandes esfuerzos, de excesivo tiempo, y con resultados que serían palpables en un largo

plazo, por lo que programas de este tipo no serían tan factibles, viables, ni sostenibles.

Ante el último problema; el relacionado con los usuarios, se propone un programa de información, comunicación y educación, cuyo alcance es mucho más amplio, beneficia directamente a la población e indirectamente a la institución al mejorar su imagen corporativa.



PROGRAMA

1. NOMBRE DEL PROGRAMA.

INFÓRMATE Y AYÚDATE.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.

El Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo es el único de la Red Asistencial de EsSalud de Arequipa de nivel IV, con gran capacidad de resolución; por lo que es el hospital de referencia de toda la Macro Región Sur, recibiendo pacientes de las Ciudades de Camaná, Mollendo, Tacna, Moquegua, Puno y hasta Cuzco.

Sin embargo, éste se ve diariamente sobresaturado de pacientes, que sin encontrarse en Situación de Emergencia, acuden a él para ser atendidos.

Esto ocurre principalmente por la insuficiente oferta tanto de consulta externa como de atenciones de emergencia, en los diversos establecimientos de salud de la periferia.

Ante esta situación, lo que se debería hacer es ampliar tal oferta de atención, pero esto es muy complejo porque implicaría el desembolso por parte de EsSalud de gran cantidad de recursos económicos para su implementación, tanto en infraestructura, materiales y equipo, insumos y pago de recursos humanos. Esta situación difícilmente será asumida por la Institución, ya sea por la escasez de recursos con los que cuenta en la actualidad, así como por la política de austeridad que tiene en marcha.

Otro punto clave que determina esta saturación es la escasa o nula información que poseen los asegurados acerca de los servicios que ofrece la institución, desconocen los horarios de atención de sus diversos establecimientos de salud, las especialidades que se brindan en cada uno de ellos y hasta desconocen su ubicación. Por otro lado el paciente no es conciente del real uso de un Servicio

de Emergencia y desconoce las ventajas y desventajas de recibir una atención por emergencia o por consultorio externo.

Ante este último problema es más factible iniciar una acción, viable y sostenible, que no involucre mayores recursos, no solamente económicos, sino también humanos, materiales y de infraestructura.

Es por ello que se plantea el siguiente programa de información, educación y comunicación (IEC).

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

- a. Informar a los asegurados acerca de la ubicación de los diversos hospitales y policlínicos de EsSalud en la ciudad de Arequipa.
- b. Informar a los asegurados sobre los horarios de atención de los Servicios de Emergencia de EsSalud.
- c. Informar a los asegurados sobre las especialidades y los horarios en los que se presta la atención de consulta externa en los diversos establecimientos de salud de EsSalud.
- d. Hacer tomar conciencia a los asegurados sobre el verdadero uso de los Servicios de Emergencia.
- e. Sensibilizar a los usuarios en lo referente a las ventajas y desventajas de recibir una atención de consulta externa o de emergencia.

4. LOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA.

El programa se realizará en los Centros Asistenciales de EsSalud de la ciudad de Arequipa.

Más específicamente:

1. Los Servicios de Consulta Externa de :
 - a. El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín.
 - b. El Hospital de Yanahuara.

- c. El Hospital Edmundo Escomel.
 - d. El Policlínico Melitón Salas.
 - e. El Policlínico Metropolitano.
2. El Servicio de Emergencia de:
- a. El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín.
 - b. El Hospital de Yanahuara.

5. HORIZONTE TEMPORAL DEL PROGRAMA.

El programa se implementará a partir del mes de Octubre del 2005 y tendrá una duración de 6 meses, es decir de Octubre 2005 a Marzo 2006.

6. BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

a. Beneficiarios Finales.

Los usuarios de EsSalud de la ciudad de Arequipa, que se beneficiaran con atenciones más rápidas, eficaces y de calidad en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo.

b. Beneficiarios Intermedios.

Los profesionales de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo que se beneficiaran de la capacitación y experiencia del programa.

7. ACTORES INVOLUCRADOS.

- a. Los trabajadores de salud:
 - i. El investigador quien implementará, coordinará y gestionará la puesta en marcha del programa.
 - ii. Los médicos, enfermeras y técnicos del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo quienes en su

trato diario con el paciente se comunicarán con los mismos y los educarán en aspectos relacionados con el adecuado uso de los servicios de emergencia y las ventajas y desventajas de recibir una atención de consulta externa o de emergencia.

iii. Los trabajadores administrativos de los módulos de acreditación, informes y admisión del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, quienes informarán a los usuarios sobre la ubicación y servicios que se brindan en cada uno de los establecimientos de la red de EsSalud en la ciudad de Arequipa.

b. La comunidad en su conjunto.

8. METODOLOGÍA.

- El investigador se reunirá con el Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, a quien expondrá el programa que se quiere implementar.
- Posteriormente coordinará con él para que informe a los niveles gerenciales lo referente a la problemática del Servicio de Emergencia y proponga el presente programa como una alternativa de solución, para su aprobación.
- Seguidamente el Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, reunirá a su personal asistencial y les explicará como se va a implementar el programa y detalles del mismo. También lo hará por escrito mediante comunicaciones internas y memorandos posteriores a su implementación.
- Los médicos, enfermeras y técnicos del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, cuando reciban al paciente en la consulta y en el momento más apropiado de la misma les comunicarán las ventajas y desventajas de recibir una atención por

emergencia y de recibirla por consulta externa; así mismo los sensibilizarán sobre el adecuado uso de los Servicios de Emergencia.

- Los trabajadores administrativos de los módulos de acreditación, informes y admisión del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, informarán a los pacientes acerca de la ubicación, horarios y servicios que se brindan en los diversos establecimientos de EsSalud de la ciudad de Arequipa, mediante la entrega de un trifoliado informativo al paciente, cuando éste se acerca ya sea para acreditar su atención o bien después de ser atendido cuando se apersona al módulo para recoger su ticket de medicamentos y/o exámenes de laboratorio.
- El investigador se encargará de colocar afiches informativos y de sensibilización, en lugares visibles de las áreas de consulta externa y de emergencia, de todos los centros asistenciales de EsSalud de la ciudad de Arequipa.

9. PLANEAMIENTO OPERACIONAL.

| ESTRATEGIAS | TÁCTICAS | ACTIVIDADES |
|---|---|--|
| 1. Difusión acerca de la existencia y ubicación de los establecimientos de EsSalud. | 1. Publicitar en periódicos murales de consulta externa y de emergencia la ubicación de los diversos establecimientos de EsSalud. | 1.1. Diseñar los afiches. 1.2. Imprimir los afiches. 1.3. Fotocopiar los afiches. 1.4. Distribuir los afiches. 1.5. Colocar los afiches. |
| 2. Brindar información acerca de los servicios y especialidades que se brindan en los establecimientos de EsSalud | 2. Colocar en lugares visibles de los ambientes de emergencia y de consulta externa afiches con los servicios y especialidades que se ofertan en cada establecimiento de EsSalud. | 2.1. Diseñar los afiches. 2.2. Imprimir los afiches. 2.3. Fotocopiar los afiches. 2.4. Distribuir los afiches. 2.5. Colocar los afiches. |

| ESTRATEGIAS | TÁCTICAS | ACTIVIDADES |
|---|--|---|
| <p>3. Hacer de conocimiento de los usuarios los horarios de atención tanto de consulta externa como de emergencia en los establecimientos de EsSalud.</p> | <p>3. Mostrar en las salas de espera de consulta externa y emergencia los horarios de atención de los mismos de cada centro asistencial de EsSalud.</p> | <p>3.1. Diseñar los afiches. 3.2. Imprimir los afiches. 3.3. Fotocopiar los afiches. 3.4. Distribuir los afiches. 3.5. Colocar los afiches.</p> |
| <p>4. Sensibilizar a los usuarios sobre una situación de emergencia y el verdadero uso de los servicios de emergencia.</p> | <p>4. Conversar con los pacientes cuando son atendidos sobre el adecuado uso del un servicio de emergencia y las ventajas y desventajas de una atención por consulta externa y/o por emergencia.</p> | <p>4.1. Reunir al personal del Servicio de Emergencia. 4.2. Explicarles los detalles del programa “Infórmate y ayúdate”. 4.3. Proporcionarles lineamientos generales sobre lo que deben comunicarles a sus pacientes.</p> |
| <p>5. Educar a los usuarios sobre la diferencia entre una situación de emergencia y una patología común.</p> | <p>5. Implementar en los módulos de admisión, información y acreditación la entrega de trifoliados respecto a diferenciar entre una situación de emergencia y una patología común.</p> | <p>5.1. Diseñar los trifoliados. 5.2. Imprimir los trifoliados. 5.3. Fotocopiar los trifoliados. 5.4. Distribuir los trifoliados en los módulos. 5.5. Hacer de conocimiento del personal de los módulos sobre la entrega de trifoliados a los usuarios.</p> |

10. PRESUPUESTO.

| ACTIVIDADES | INSUMOS | UNIDAD | COSTO UNITARIO | TOTAL |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------|----------------|----------------|
| Diseñar los afiches | Discos compactos | 02 | 2.00 | 4.00 |
| Imprimir afiches (07 tipos) | Cartucho tinta negra | 01 | 20.00 | 20.00 |
| | Papel bond (hojas) | 100 | 0.03 | 3.00 |
| Fotocopiar afiches | Copias fotostáticas (una sola cara) | 2000 | 0.10 | 200.00 |
| Colocar los afiches | Chinches (caja por 100) | 12 | 1.50 | 18.00 |
| Diseñar los trifoliados | Discos compactos | 02 | 2.00 | 4.00 |
| Imprimir los trifoliados | Cartucho tinta negra | 01 | 23.00 | 23.00 |
| | Papel bond (hojas) | 10 | 0.03 | 0.30 |
| Fotocopiar los trifoliados | Copias fotostáticas (por ambas caras) | 50000 | 0.05 | 2500.00 |
| | | | | 2772.30 |

SI NO ES EMERGENCIA NI URGENCIA, ¡AYÚDANOS! Y ACUDE A CONSULTORIOS EXTERNOS, YA QUE ESTOS TE BRINDAN:

- Medicinas suficientes hasta tu próxima cita. Por emergencia sólo te las proporcionarán para dos días.
- Controles posteriores por sistemas de citas....., y
- El mismo médico o especialista que te atendió la primera vez, lo hará en tus consultas posteriores.

TAMBIÉN TENEMOS SERVICIOS DE EMERGENCIA CERCA DE TU CASA, EN:

- ⇒ YANAHUARA
- ⇒ PAUCARPATA
- ⇒ SOCABAYA
- ⇒ HUNTER
- ⇒ CERCADO

Ahí te atenderemos gustosos y si lo necesitas te llevaremos al hospital central.

AYÚDANOS A AYUDARTE

Hospital Nacional Carlos Alberto
Seguín Escobedo
EsSalud - Arequipa

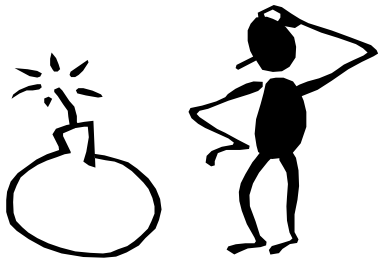


“**INFÓRMATE**
Y
AYÚDATE”

Atenciones de calidad con calidez

“SALVAR UNA VIDA TAMBIÉN DEPENDE DE TI”

¿SABES QUÉ ES UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA?



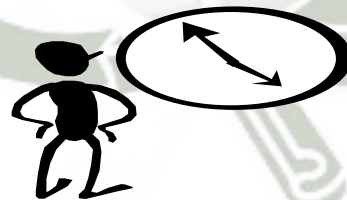
Es cuando:

- El paciente se encuentra en estado crítico (grave)
- Su vida esta en peligro.
- Su atención debe ser inmediata.

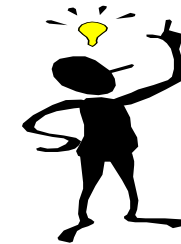
URGENCIA ES DIFERENTE A UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Emergencia es cuando:

- El paciente se encuentra en estado agudo de enfermedad.
- Requiere ser atendido, pero no en forma inmediata.

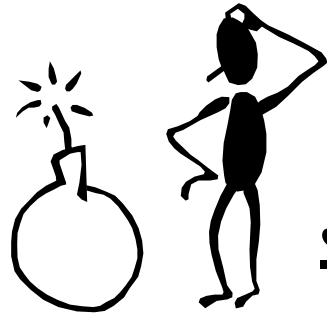


NO ES UNA EMERGENCIA.....



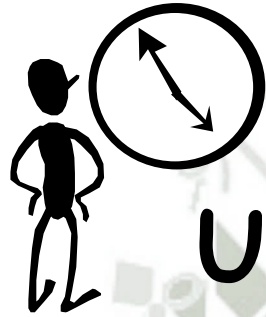
.....cuando:

- El paciente puede esperar para ser atendido.
- Lo más adecuado es que el paciente OBTENGA su cita para consultorio externo.



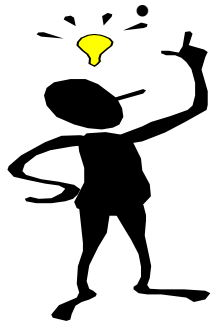
SITUACIÓN DE EMERGENCIA

- Pacientes en estado crítico (grave).
- Peligro de perder la vida.
- La atención debe ser inmediata.



URGENCIA

- Paciente en estado agudo de enfermedad.
- Requiere ser atendido, pero no inmediatamente.



NO EMERGENCIA - NO URGENCIA

- El paciente puede esperar para ser atendido.
- Lo adecuado es acudir a consultorios externos.

SI TE ATIENDES POR EMERGENCIA SIN

REALMENTE NECESITARLO:

- Emergencia te proporciona las medicinas sólo para 24 horas.
- La atención por consultorio externo:
 - Te permite controles posteriores por el sistema de citas
 - El mismo médico que te atendió la primera vez, te atenderá en tus controles posteriores.
 - Tus medicinas te alcanzarán hasta tu próxima cita.



¡AYÚDANOS Y SACA CITAS POR CONSULTORIOS EXTERNOS!



SI NO ERES ASEGURADO Y
ESTAS EN SITUACIÓN DE
EMERGENCIA (GRAVE)
TAMBIÉN TE PODEMOS ATENDER.

NOTA: DESPUÉS DE SER ATENDIDO
REGULARIZA TU SITUACIÓN EN
VENTANILLA DE ADMISIÓN.

POR FAVOR,
UN FAMILIAR POR
 PACIENTE
GRACIAS



NUESTROS HORARIOS EN EMERGENCIA:

| ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | HORARIO |
|---------------------------|------------|------------------|
| HOSPITAL NACIONAL CASE | Cercado | Las 24 horas |
| HOSPITAL DE YANAHUARA | Yanahuara | Las 24 horas |
| POLICLÍNICO METROPOLITANO | Cercado | De 07 am a 07 pm |
| HOSPITAL EDMUNDO ESCOMEL | Paucarpata | Las 24 horas |
| POLICLÍNICO MELITÓN SALAS | Socabaya | De 07 am a 07 pm |
| CENTRO DE SALUD DE HUNTER | Hunter | De 07 am a 02 pm |

BIBLIOGRAFÍA

- 📖 BUSTINZA C., Julio: *Instrucción Médica Básica*. Universidad católica de Santa María. Arequipa. 1996.
- 📖 COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS: *Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos*. 6° edición. Chicago. 1997.
- 📖 COSTANTINI, José: *Plan Médico Director del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional del Sur – EsSalud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 1999.
- 📖 ESSALUD. *3° Convención Nacional de Servicios de Emergencia*. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Lima 2000.
- 📖 ESSALUD. Gerencia de Red Asistencial de Arequipa. División de Áreas Críticas: *Manual de Organización y Funciones*. Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Arequipa.2000.
- 📖 ESSALUD. Gerencia General. *Normas para la atención en los Servicios de Emergencia y Urgencias de EsSalud*. Lima. 2000.
- 📖 ESSALUD. Gerencia General. *Normas para la Implementación de Recursos en los Servicios de Emergencia y Urgencia*. Lima. 2000.
- 📖 GARDE, Marco, et. al.: *Master en Emergencias Médico-Quirúrgicas*. 1° edición. Hospital Nuestra Señora de Aranzazu. Bilbao.2002.
- 📖 HOWELL, John, ALTIERI, Michael: *Emergency Medicine*. 1st edition. W. B. Sauwders Company. Philadelphia. 1998.
- 📖 INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA CIVIL: *Doctrina de Defensa Civil*. Lima. 1999
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Comité Operativo de Emergencias: *Manual de Procedimientos para Casos de Desastres*. Servicio de Emergencia del Hospital Nacional del Sur. Arequipa. 1998.

- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia Central de Desarrollo de Personal: *Manejo Integral de las Emergencias y Urgencias: “Administración de los Servicios de Emergencia”*. Lima. 1996.
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Indicadores en Salud*. Oficina de Mejoramiento de Procesos. Lima. 1999.
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolos de Referencias y Contrarreferencias en los Establecimientos del IPSS*. Gerencia de Servicios Hospitalarios. Lima. 1998.
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolos de Triage en los Servicios de Emergencia del IPSS*. Gerencia de Servicios Hospitalarios. Lima. 1997.
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolo de Análisis de Emergencia*. Gerencia de Servicios Hospitalarios. Lima. 1997.
- 📖 INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL. Gerencia de Hospitalización: *Manual de Acreditación del Instituto Peruano de Seguridad Social*. Sub-Gerencia de Emergencia. Lima. 1999.
- 📖 LLORET, Josep, et. al.: *Protocolos Terapéuticos del Servicio de Urgencias*. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. 2º edición. Barcelona. 1992.
- 📖 LÓPEZ AMAT Y LEÓN, Roberto, GARCÍA, Hernán: *Indicadores de Evaluación de la Gestión Hospitalaria*. Oficina General de Epidemiología. Lima. 1999.
- 📖 MINISTERIO DE SALUD: *Normas Técnicas para Proyectos en Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de los Establecimientos de Salud*. Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para Infraestructura en Salud. Lima. 2001.

- 📖 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Mitigación de Desastres en las Instalaciones de la Salud: Volumen I – Aspectos Generales*. Washington. 1993.
- 📖 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Mitigación de Desastres en las Instalaciones de la Salud: Volumen II – Aspectos Administrativos de Salud*. Washington. 1993.
- 📖 PAREDES NÚÑEZ, Julio Ernesto: *Manual para la Investigación Científica*. 4º edición. Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2003
- 📖 REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la Lengua Española*. 21º edición. Espasa Calpe S.A. Madrid. 1995.
- 📖 SAUNDERS, Charles, et. al.: *CURRENT Emergency Diagnosis and Treatment*. 4th edition. Appleton & Lange Medical Publications. East Norwalk. 1992.
- 📖 SISTEMA DE EMERGENCIA DE LIMA – CALLAO. Informe Técnico de la Comisión Permanente del Sistema de Atención de Emergencia de Lima – Callao: COPER SELICA 1987. Ministerio de Salud. Lima. 1988.
- 📖 VÉLEZ CORREA, Luis: *Ética Médica: Interrogantes acerca de la Medicina, la vida y la muerte*. 2º edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín. 1996.

HEMEROGRAFÍA

- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Decreto Ley N° 19609: Obligación de los Establecimientos de Salud para atender los Casos de Emergencia*. Lima 21 de noviembre de 1972.
- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Decreto Supremo N° 0023-73-SA: Reglamento del Decreto Ley N° 19609*. Lima 25 de enero de 1973.
- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Decreto Supremo N° 016-2002-SA: Reglamento de la Ley N° 27604*. Lima 19 de diciembre de 2002.
- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Ley N° 26842: Ley de General de Salud*. Lima 20 de julio de 1997.
- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Ley N° 27604: Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos*. Lima 19 de diciembre de 2001.
- ✍ DIARIO OFICIAL EL PERUANO: *Resolución Ministerial N° 247-95-SA/DM: Comité Hospitalario de Defensa Civil*. Lima 29 de marzo de 1985.
- ✍ FERREIRA, Alicia, RÍGOLI, Félix, BAZZANI, Roberto: *Procesos asociados con el tiempo de estadía en el Hospital de Clínicas: estudio en cuatro enfermedades trazadoras*, en: *Revista Médica del Uruguay* Vol. 13 - N° 1. Montevideo. Mayo de 1997.
- ✍ SERVICIO DE EMERGENCIA: *Consolidado de Atención Mensual, enero – diciembre 2004*. Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud. Arequipa. 2004.
- ✍ SERVICIO DE EMERGENCIA: *Estadística Mensual de Sala de la Unidad de Cuidados de Emergencia (UCE), enero – diciembre 2004*. Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud. Arequipa. 2004.

- ✍ **SERVICIO DE EMERGENCIA:** *Estadística Mensual de Sala de Observación de Emergencia, enero – diciembre 2004.* Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud. Arequipa. 2004.
- ✍ **SERVICIO DE EMERGENCIA:** *Indicadores de Calidad Mensual, enero – diciembre 2004.* Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud. Arequipa. 2004.



PUBLICACIONES EN INTERNET

- 🖨 ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES DE CÁDIZ (ADUC): *El usuario ante los Servicios de Urgencias* en La Voz de Urgencias. N° 1 – Mayo de 2001.
<http://www.semesandalucia.org/nuevo/lavoz.htm#USUARIO>

- 🖨 CUBERO MENÉNDEZ, Ormandy, et. al.: *Indicadores de atención al paciente grave en el Centro de Urgencia* en Revista Cubana de Medicina Militar. Volumen 29 – N° 2 – Año 2000.
www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol29_2_00/mil13200.pdf

- 🖨 ESSALUD: *Prestaciones y Recursos Asistenciales de los Servicios de Consulta Externa según Red Asistencial y Centros Asistenciales 2004*.
www.esalud.gob.pe/salud/consultaexterna2004.xls

- 🖨 GÓMEZ IZQUIERDO, Francisco: *Condiciones de trabajo en Urgencias* en La Voz de Urgencias. N° 1 – Mayo de 2001. Consultar
<http://www.semesandalucia.org/nuevo/lavoz.htm#CONDICIONES>

- 🖨 INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA CIVIL. (INDECI).
www.indeci.gov.pe

- 🖨 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: *Perú en Cifras*.
www.inei.gov.pe

- 🖨 ISERSON, Keneth: *Emergency Bioethics* en Revista Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma. Volumen 3 - N° 4 – Año 2002.
www.samct.com.ar/revi2002/rev2/trab05.pdf

- 🖨 SERVICIO DE URGENCIAS COMPLEJO HOSPITALARIO N° S° DE CANDELARIA: *El triaje en el Servicio de Urgencias del C.H.N°S° de Candelaria*. 1998.
www.comtf.es/urgencias/Triaje.htm

☞ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. (SEMES)

www.semes.org

☞ UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente: *Cuerpo de Atención de Emergencias. (CUATE).*

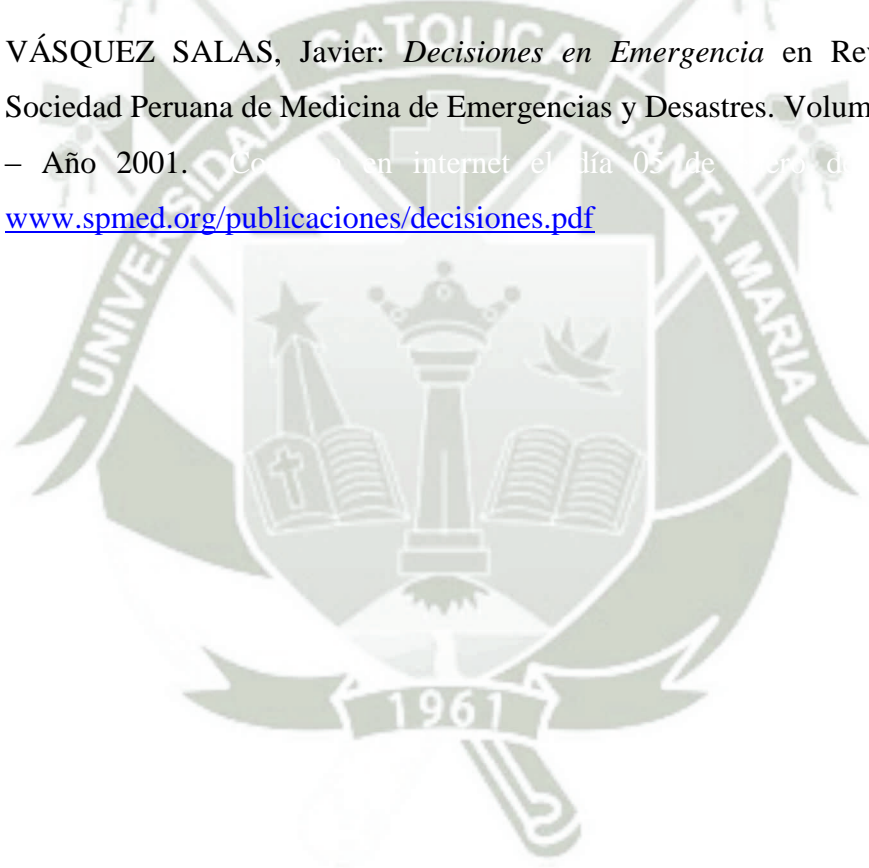
www.cuate.galeon.com/conceptos.doc

☞ VARGAS, Luis Eduardo: *Triaje en la Escena.* Conferencia dada en el I Congreso Peruano de Medicina de Emergencia y Desastres. 2004.

www.saludcapital.gov.co

☞ VÁSQUEZ SALAS, Javier: *Decisiones en Emergencia* en Revista de la Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres. Volumen 1 – Nº 2 – Año 2001. Consultado en internet el día 05 de febrero de 2011.

www.spmmed.org/publicaciones/decisiones.pdf





CONTENIDO

I. PREÁMBULO

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

- 1.- Problema de Investigación
 - 1.1.- Enunciado del Problema
 - 1.2.- Descripción del Problema
 - 1.2.1.- Área del Conocimiento
 - 1.2.2.- Análisis de Variables
 - 1.2.3.- Tipo y Nivel de Investigación
 - 1.2.4.- Interrogantes Básicas
 - 1.3.- Justificación.
- 2.- Marco conceptual
- 3.- Análisis de Antecedentes Investigativos
- 4.- Objetivos
- 5.- Hipótesis

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

- 1.- Técnicas e Instrumentos.
- 2.- Campo de Verificación.
 - 2.1.- Ubicación Espacial.
 - 2.2.- Ubicación Temporal.
 - 2.3.- Unidades de Estudio: Universo y Muestra.
- 3.- Estrategia de Recolección de Información.
- 4.- Criterios para el Manejo de los Resultados.
- 5.- Análisis estadístico.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

V. BIBLIOGRAFÍA

I.- PREÁMBULO

El Servicio de Emergencia de los Centros de Salud y Hospitales, es un servicio complejo, tanto por su función, como por su organización; y mantiene estrecha relación con todas las áreas y servicios asistenciales y administrativos del hospital, por lo tanto sus problemas son diversos y de difícil manejo.

El Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud de Arequipa se precia de dar servicios de alta calidad, tener alto poder de diagnóstico y de resolución de las enfermedades; en forma continua las 24 horas del día a pacientes asegurados, derecho habientes y pacientes no asignados para el tratamiento de:

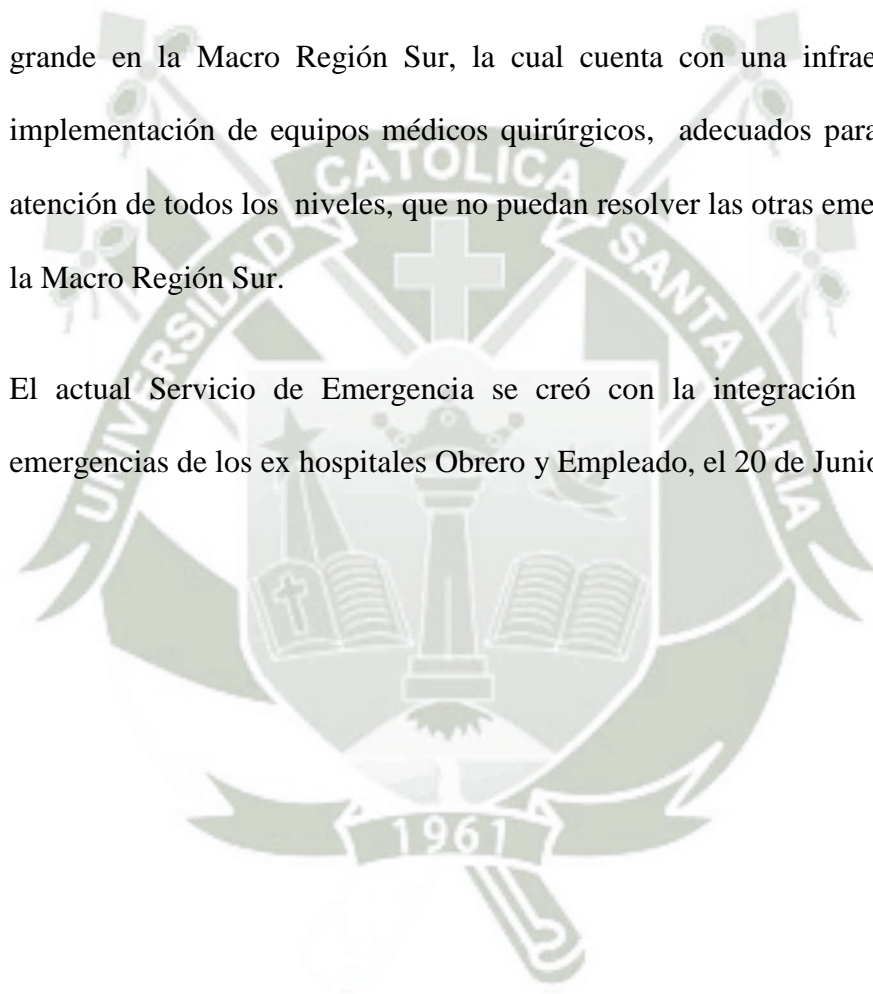
- Casos de emergencia que requieren exámenes y tratamiento inmediato, como lesiones o enfermedades de naturaleza traumática que ponen en riesgo la vida del paciente.
- Casos que no constituyen emergencia y pueden no necesitar atención inmediata pero que de no recibir atención pueden complicarse (Urgencia médica).
- Casos ambulatorios que pueden resolver sus problemas en la consulta externa del hospital (No emergencia- No Urgencia)

El servicio de emergencia esta estructurado como cabeza de la red asistencial de emergencia de la Región Arequipa, bajo el sistema de referencias y

contrarreferencias, es decir que acuden pacientes referidos de otras emergencias, de centros de menor nivel, cuando la patología supera su capacidad resolutive.

El presente trabajo se desarrollará en el área de Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” - EsSalud Arequipa. El HNCASE es la entidad hospitalaria más grande en la Macro Región Sur, la cual cuenta con una infraestructura e implementación de equipos médicos quirúrgicos, adecuados para brindar la atención de todos los niveles, que no puedan resolver las otras emergencias de la Macro Región Sur.

El actual Servicio de Emergencia se creó con la integración de las dos emergencias de los ex hospitales Obrero y Empleado, el 20 de Junio de 1992.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Enunciado del Problema

Factores relacionados con la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” - EsSalud Arequipa período 2004.

1.2.- Descripción del Problema

1.2.1.- Área del Conocimiento

El problema a investigarse se encuentra ubicado en:

CAMPO : Ciencias de la Salud.

ÁREA : Gerencia en Salud.

LÍNEA : Calidad de Servicio.

1.2.2.- Análisis de Variables

| TIPO DE VARIABLE | VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES | |
|----------------------|--|--|---|------------------------------|
| DEPENDIENTE | Saturación de pacientes. | Permanencia en Sala de Observación | Ingresos con Referencia e Ingresos sin Referencia | |
| | | | Estancia menor de 24 horas y mayor de 24 horas. | |
| | | | Promedio de permanencia. | |
| | | | Promedio de sustitución. | |
| | | | Porcentaje de ocupación | |
| | | | Rendimiento cama | |
| INDEPENDIENTE | Factores relacionados con la saturación. | Relacionados con la institución. | Tiempo de diagnóstico | |
| | | | Sistema de referencias | |
| | | | Disponibilidad de camas en hospitalización. | |
| | | Relacionados con el personal sanitario | Tiempo de tramitación y respuesta de Interconsultas | |
| | | | Tiempo de tramitación y respuesta de Exámenes Auxiliares. | |
| | | | Toma de decisiones del personal médico | |
| | Relacionados con el paciente | Acciones colaterales dependientes de enfermería. | | |
| | | Afluencia de pacientes crónicos y terminales | | |
| | | | | Problemas alrededor del alta |

1.2.3.- Tipo y Nivel de Investigación

Por el Nivel de Profundización: Explicativa.

Tipo de Investigación: De campo.

Por el tiempo : Retrospectiva y Seccional.

1.2.4.- Interrogantes.

- a. ¿Existe saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” - EsSalud Arequipa 2004?
- b. ¿Cuáles son los factores relacionados con la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Segúin Escobedo” - EsSalud Arequipa 2004?

1.3.- Justificación

El servicio de Emergencia es importante porque es el primer contacto con el Hospital de todo paciente que presenta una afección aguda y que requiere de atención inmediata.

Si este servicio se encuentra congestionado y sobresaturado, dicha atención inmediata, se dilata, con el consiguiente riesgo para la vida del paciente y desmedro sobre la calidad de atención y la imagen institucional.

Por lo anotado, considero que es de necesidad investigar el funcionamiento del Área de Emergencia en el Hospital Carlos

Alberto Segúin Escobedo. Estoy seguro que las conclusiones a las cuáles se arribará servirán de pauta para mejorar este servicio otorgándole la importancia que el caso requiere en un hospital.

La relevancia humana de la presente investigación radica en que el mejorar la calidad de la atención, va a repercutir directamente en la recuperación de la salud y más aun en la salvaguarda de una vida, que está en riesgo inminente y que requiere atención urgente.

Es científicamente relevante porque busca identificar y analizar los factores que condicionan la saturación de pacientes en el Servicio de Emergencia y a través de dicho análisis planteará alternativas de solución a esta problemática.

Su relevancia social está dada en que al solucionar esta problemática, se van a beneficiar más de 400 personas enfermas que diariamente se atienden en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa.

El tema es actual, ya que la problemática del Servicio de Emergencia se da día a día y viene agravándose sin que se hayan realizado los estudios correspondientes que den respuesta a esta problemática.

La presente investigación es factible ya que se cuenta con acceso a los recursos humanos, que son los pacientes a quienes se aplicarán encuestas; y a los recursos materiales, que son las historias clínicas

y documentos del Servicio de Emergencia, donde se analizarán los puntos críticos en los flujos de procesos de atención, que nos permitirán el estudio de la temática planteada.

La originalidad del tema se encuentra plasmada en que no se han realizado estudios anteriores acerca del tema de investigación.



2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1.- DEFINICIONES

Servicio Hospitalario de Emergencias¹⁸: Es uno o varios servicios, ubicados en el hospital, que en conjunto prestan atención hospitalaria inmediata a todos los pacientes que requieren asistencia urgente, en las especialidades, nivel de complejidad y área geográfico-administrativa competencia del hospital, hasta que es posible su alta o el traslado fuera de Urgencias por ingreso en una sala de hospitalización.

Emergencia: Es toda necesidad o demanda médica objetiva o subjetiva cuya asistencia no admite demora¹⁹.

Alteración súbita del estado de salud de una persona, que puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes, requiriendo de una atención médica inmediata.²⁰

Corresponde a pacientes con patología de prioridad I y II.

Urgencia: Es toda situación médica que ocurre en la vida de un paciente, que supone un potencial riesgo de complicaciones, de acuerdo al grado del daño y de cuanto sea diferida la atención.²¹

Alteración del estado de salud de una persona, que no presenta riesgo inminente de muerte, que de no ser solucionado conduciría a riesgo de complicación, y requiere una atención médica mediata.

Corresponde a pacientes con patología de prioridad III.²²

¹⁸ LLORET, Josep: *Protocolos Terapéuticos del Servicio de Urgencias*, pág. 2

¹⁹ Id.

²⁰ ESSALUD: *Normas para la atención de pacientes en los Servicios de Emergencia y Urgencias*, pág 1

²¹ LLORET, Josep, op. cit., pág. 3

²² ESSALUD, op. cit., pág. 1

Daño²³: Compromiso del estado de salud en grado diverso.

Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a las siguientes prioridades:

- **Prioridad I:** Pacientes en estado crítico con riesgo inminente de muerte, que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock trauma.
- **Prioridad II:** Pacientes portadores de cuadros agudos con riesgo de muerte, cuya atención se realiza en los Tópicos del Servicio de Emergencia.
Puede tolerar un tiempo de espera no mayor de 10 minutos desde su ingreso.
- **Prioridad III:** Pacientes que de acuerdo al daño, no presentan riesgo de muerte, ni de secuelas invalidantes.
Ameritan atención en Consultorio de Urgencias, pudiendo ser diferida dando prioridad a los casos agudos.
- **Prioridad IV:** Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación mediata, y que pueden recibir atención en Consultorios Externos, Consultorio PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizado) o PADOMI.

Situación de Emergencia²⁴: Es toda aquella situación que se presenta en forma imprevisible, violenta o súbita, que pone en peligro inminente o altera grave o profundamente el estado de salud y por lo tanto requiere atención médica y/o quirúrgica inmediata.

²³ Ibid, pág. 2

²⁴ Decreto Ley N° 19609: *Ley de Emergencia*.

Atención de emergencia²⁵: Es el conjunto de actividades integrales dirigidas a un paciente que acude al servicio de emergencia del hospital, quien se encuentra en riesgo de morir o de perder una parte importante de su organismo.

Las atenciones de emergencia se realizan en una unidad especializada del hospital, la cual debe contar con los recursos necesarios para eliminar o disminuir, de manera inmediata, las posibilidades de muerte de los pacientes que acuden a este servicio.

Atención de urgencia²⁶: Es la que recibe un paciente, en el área de urgencias, por un caso que no reviste peligro inmediato, pero que potencialmente podría complicarse y poner en riesgo la vida.

Triage de Emergencia: Proceso organizado de recepción y clasificación de pacientes de acuerdo a la gravedad del daño, determinando la prioridad y el lugar de atención²⁷.

Esta clasificación se hará siguiendo criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo que realmente es urgente de lo que no lo es²⁸.

Debe funcionar siempre en hospitales de nivel III y IV; en los Hospitales de menor complejidad se implementará cuando la demanda supere a la oferta del servicio²⁹.

Sala de Reanimación (Shock Trauma)³⁰: Unidad equipada para la atención de aquellos pacientes que presentan patologías con daño de Prioridad I.

²⁵ COSTANTINI, José: *Plan Médico Director del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional del Sur – EsSalud*, pág. 24

²⁶ Id.

²⁷ IPSS. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolos de Triage en los Servicios de Emergencia del IPSS*, pág. 9

²⁸ COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS: *Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma*, pág. 26

²⁹ ESSALUD, op. cit., pág 2.

³⁰ Id.

Tópico de Emergencia³¹: Unidad de atención para la evaluación médica, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daño de prioridad II, y que permite determinar el destino del paciente.

Tópico de Urgencias³²: Unidad de atención para la evaluación médica, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daño de prioridad III.

Sala de Observación³³: Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, evaluación, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un periodo de tiempo que no debe exceder las 24 horas.

Tiempo de permanencia en Sala de observación³⁴: No debe ser mayor de 12 horas para la prioridad I, ni de 24 horas para la prioridad II.

Monitoreo: Control y registro de funciones vitales periódicas del paciente por un profesional de salud, que puede incluir equipo tecnológico especializado.

Interconsulta: Proceso mediante el cual se solicita una segunda opinión de un médico especialista, para definir el diagnóstico, tratamiento, así como la hospitalización, referencia o alta de un paciente.

³¹ 3° CONVENCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS DE EMERGENCIA, pág. 62

³² Id.

³³ LLORET, Josep, op. cit., pág. 5

³⁴ IPSS. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Indicadores en Salud*, pág. 47

Junta Médica: Equipo médico, convocada por el médico Jefe de Servicio o Jefe de Guardia, integrado por varios especialistas que se constituye para casos de duda diagnóstica y/o terapéutica.

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE)³⁵: Sistema creado para la atención pre-hospitalaria y traslado de pacientes utilizando unidades móviles equipadas y recursos humanos especializados, cuando corresponda.

Referencia³⁶: Se denomina referencia al desplazamiento necesario de pacientes cuyo cuadro clínico, quirúrgico, y/o procedimiento de ayuda diagnóstica, debe resolverse en un centro asistencial de mayor capacidad resolutive que aquel al que se encuentra adscrito.

Es un proceso asistencial – administrativo mediante el cual se transfiere la responsabilidad del cuidado de un paciente de un médico a otro, de acuerdo a la capacidad resolutive de los centros asistenciales.

Se realiza a través de una Hoja de Referencia.

Red de Servicios de Emergencia³⁷:

Sistema organizado de Servicios de Emergencia interrelacionados funcionalmente, para lo cual se toma en consideración: la ubicación geográfica, las vías de acceso, la oportunidad, la capacidad resolutive y las vías de comunicación.

³⁵ ESSALUD, op. cit., pág 3

³⁶ IPSS. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolos de Referencias y Contrarreferencias en los Establecimientos del IPSS*, pág. 3

³⁷ MINSA. Sistema de Emergencia de Lima – Callao: *Informe Técnico COPER SELICA*, pág. 29

2.2.- CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES.

A. El tiempo, factor determinante en Urgencias³⁸.

En Urgencias, médico y paciente centran su atención en la clínica presente y en la evolución de los últimos minutos, horas o días, y buscan efectos rápidos en su intervención.

En Urgencias no sólo es importante seleccionar las medidas diagnósticas y las terapias correctas, sino que es preciso hacerlo rápidamente y en el orden y ritmo adecuados, en forma que realizar una medida útil y aún necesaria puede ser una decisión errónea y aún fatal si su ejecución demora otra medida más apremiante y prioritaria.

Desde la óptica de Servicio el tiempo adquiere una nueva dimensión, porque para responder al apremio de todos los pacientes que lo requieren, se debe disponer de espacio, camas y recursos humanos y técnicos, por lo que es necesario evitar o resolver la saturación.

En Urgencias cada medida o actuación debe decidirse no sólo en función de las prioridades del propio paciente, sino considerando también las necesidades del conjunto de pacientes que están, esperan o pueden acudir a Urgencias.

La gestión correcta del tiempo en un Servicio de Urgencias es muy importante, porque un tiempo prescindible para un paciente puede suponer una demora innecesaria y a veces grave de la atención a otro, mientras que un exceso de rapidez en la asistencia o la precipitación en el alta facilita errores o complicaciones evitables.

³⁸ LLORET, Josep, op. cit., pág. 4

B. La asistencia urgente tiene prioridades diferentes de la no urgente.

La urgencia puede venir definida por la pérdida, alteración o amenaza de las funciones vitales o por síntomas, lesiones o disfunciones bruscas e imprevistas que no son toleradas.

El esfuerzo asistencial se deberá centrar en los primeros supuestos en restituir, estabilizar o suplir las funciones vitales del paciente, y en los otros supuestos en aclarar, resolver o aliviar los síntomas, lesiones o disfunciones que motivan la urgencia³⁹.

En las urgencias críticas con amenaza vital, las medidas de diagnóstico o tratamiento etiológico, curativas, reconstructivas o preventivas son subsidiarias a la prioridad de estabilizar al paciente, de forma que deben posponerse salvo que se disponga de tiempo y recursos excedentes suficientes para realizarlas sin entorpecer, demorar o interferir las medidas prioritarias.

C. La asistencia urgente es puntual y dificulta el feedback⁴⁰.

En Urgencias los pacientes deben ser remitidos a otros servicios cuando se estabilizan y orientan, lo que comporta un aumento del riesgo de errores ya que no se puede controlar el curso clínico, la respuesta terapéutica, los efectos indeseados, ni el cumplimiento de los tratamientos y consultas recomendadas. También supone un empobrecimiento de la experiencia profesional, ya que dificulta la rectificación y perfeccionamiento de las pautas de trabajo en base al rendimiento conseguido y a los aciertos y errores constatados.

³⁹ HOWELL, Jonh: *Emergency Medicine*, pág. 1668

⁴⁰ IPSS. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud: *Protocolos de Referencias y Contrarreferencias en los Establecimientos del IPSS*, op. cit., pág. 21

D. Un Servicio de Urgencias actúa de puente y reservorio, por lo que se necesita una buena coordinación exterior⁴¹.

El Servicio de Urgencias recibe pacientes de diversa procedencia que posteriormente remite a otros destinos.

Por otro lado en un Servicio abierto, que debe atender a las urgencias que se produzcan, las cuales por naturaleza no son programables ni predecibles, por lo que el flujo de entradas no es controlable, mientras que la salida de Urgencias de todos los pacientes, cuando requieren ingreso en hospitalización, se demora hasta que se produce una cama libre en el Servicio idóneo, de forma que actúa de hecho como un reservorio de pacientes en espera de una cama hospitalaria siempre que se produce un desajuste entre la demanda y la disponibilidad de camas de hospital, al precio de saturar el espacio y los recursos de Urgencias y por lo tanto, retardar y deteriorar su función específica de atender de inmediato a las urgencias.

Esta característica de puente entre varios Servicios y de reservorio en los desajustes, exige una estrecha coordinación con los Servicios, instancias y autoridades asistenciales del área, para utilizar mejor los recursos y para asegurar que el flujo de pacientes y de información clínica de éstos sea correcta, de forma que las consultas y controles recomendados sean reales y ágiles, y que los informes y documentación clínica relevante lleguen puntualmente con información suficiente a los médicos que controlan en cada momento al paciente.

E. La complejidad del personal y de las funciones obliga a una buena coordinación clínica⁴².

El Servicio de Urgencias incorpora la concentración más alta del Hospital en especialidades, equipos, profesiones y funciones diferentes que trabajan con marcos teóricos, estilos, métodos y lenguajes diferentes y se mueven

⁴¹ LLORET, Josep, op. cit., pág. 5

⁴² Ibid, pág. 6

con objetos e intereses de grupo que pueden ser divergentes e incluso contrapuestos o competitivos.

También difiere entre las distintas personas y grupos, el grado de adscripción a Urgencias, oscilando entre la dedicación exclusiva de unos a dedicaciones parciales y aún marginales de otros que tienen su dedicación y motivación principal en otro Servicio.

Por otro lado el horario permanente del Servicio obliga a turnos secuenciados, dificultando el intercambio de criterios y experiencias y entre los miembros de turnos diferentes.

Todo ello obliga a una buena coordinación interna para preservar la coherencia interna del trabajo y mantener la cohesión y homogeneidad de los integrantes del Servicio.

F. Las urgencias evocan emociones que requieren una atención cuidadosa⁴³.

El carácter fulgurante e inesperado del episodio urgente y la seriedad de las pérdidas y amenazas que pueden experimentar los pacientes, confiere a las Urgencias una intensa carga emocional, que se expresa en la propia clínica del paciente y en las actitudes, expectativas y demandas en las familias.

El manejo de estas emociones incluye un trato personal atento y la información ágil a la familia sobre el curso y la evolución del paciente.

La situación se complica cuando el Servicio de Urgencias está sometido a una fuerte presión asistencial y sus recursos están saturados.

En esta circunstancia, pacientes y familiares ven multiplicarse las demoras, incomodidades, carencias y obstáculos que aumentan sus temores, tensiones y suspicacias, mientras que los profesionales de Urgencias disponen de menos tiempo y tranquilidad para dedicar a la atención de las

⁴³ HOWELL, Jonh, op. cit., pág. 1687

necesidades humanas de los pacientes, y de las familias, y carecen de medios, espacio y camas hospitalarias para satisfacer las apremiantes demandas de pacientes y familiares.

En estas circunstancias tan adversas se requiere temple, criterio y profesionalidad para no abandonar o delegar estas funciones, amparándose en la falta de tiempo y en la prioridad de los requerimientos asistenciales y técnicos.

Sin embargo la atención a las necesidades humanas y de información de pacientes y familiares no es sólo una obligación ética y legal del médico, sino que también es, y sobre todo, una cuestión de calidad y eficacia asistencial, en la medida que en sí misma es terapéutica, facilita un intercambio fiable de información con los pacientes, necesaria para el buen rendimiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y contribuye a tranquilizar al paciente y a que colabore activamente.

Por otro lado, y especialmente en situaciones de agobio asistencial, mejora el nivel de satisfacción de pacientes y familiares y disminuye los conflictos, reclamaciones y denuncias judiciales.

Merecen una atención especial las necesidades emocionales de los pacientes que han perdido un miembro o capacidad importante, o los que han vivido una experiencia aterrizante o culpabilizadora como una catástrofe, violación o malos tratos, y también los familiares de pacientes ingresados por muerte súbita, por enfermedad o accidente, y especialmente si ha sido intencional por suicidio u homicidio.

G. La urgencia es una experiencia humana, con repercusiones personales, sociales y sanitarias que plantean funciones adicionales a los Servicios de Urgencias.

Las urgencias pueden suceder de forma natural, intencional o accidental, en el medio doméstico, laboral o público, con diversas implicaciones y repercusiones sanitarias, sociales y personales, que generan necesidades

que los profesionales de Urgencias tienen que cubrir mediante prestaciones que se añaden al cometido específico de proporcionar cuidados y tratamientos médicos y de enfermería al paciente⁴⁴.

Entre estas necesidades y funciones señalo algunas⁴⁵:

- Con alguna frecuencia se tiene que atender a necesidades personales del paciente referidas a su estancia en Urgencias o a cuestiones familiares, laborales, administrativas o legales urgentes, generadas por la enfermedad o accidente, motivadas por la intervención brusca e imprevista de la actividad y autonomía del paciente ingresado.
- Es necesario ofrecer o al menos facilitar auxilio espiritual o servicios religiosos a los pacientes creyentes ingresados que lo requieren, especialmente a los que están en riesgo o trance de muerte próxima.
- Es preciso atender a las necesidades y al confort de las familias que acompañan a los pacientes ingresados, facilitarles un régimen flexible y adecuado de visitas, y ofrecerles ayuda y consejo en cuestiones administrativas, asistenciales, y de ayuda en relación al paciente, e instrucciones e información clara sobre los cuidados necesarios tras el alta.
- Se debe colaborar con la administración de Justicia y con la Policía en la detección y denuncia de situaciones de su competencia y facilitar información y medios necesarios a los funcionarios judiciales y de policía que lo requieran⁴⁶.
- Se puede colaborar con las autoridades sanitarias en la vigilancia de epidemias y riesgos públicos, comunicando las enfermedades de declaración obligatoria y los brotes y casos de relevancia sanitaria y epidemiológica en el momento que se produzcan, especialmente si se prevén medidas inmediatas útiles⁴⁷.

⁴⁴ Ibid, pág. 1664

⁴⁵ LLORET, Josep, op. cit., pág. 7

⁴⁶ SAUNDERS, Charles: *Current Emergency Diagnosis and Treatment*, pág. 1637

⁴⁷ Ibid, pág. 1638

- Aunque los Servicios de Urgencias tienen una misión fundamentalmente asistencial, disponen de condiciones y potencial específicos útiles para prestar servicios en la docencia e investigación en el ámbito de las disciplinas y temas de su competencia.



2.3.- CUESTIONES ORGANIZATIVAS.

La dotación y organización de un Servicio de Urgencias debe diseñarse en el marco de los objetivos asistenciales que se le encarguen y de la historia, dimensionando, nivel y características del Centro donde radique, pero en todo caso debe reunir unos requisitos mínimos en función de la naturaleza y exigencias funcionales de la asistencia hospitalaria urgente⁴⁸.

Entre estos requisitos mínimos tenemos⁴⁹:

- 1) Debe disponer de personal, equipamiento y espacio con capacidad suficiente para poder atender los picos de actividad que se prevean a lo largo del año, y las acumulaciones de pacientes retenidos en los desajustes de drenaje, que suelen acompañar a estos picos de actividad. El cálculo de los mismos debe basarse en la experiencia de años anteriores, en el volumen y características de la población, y en el nivel tecnológico de referencia asignado al Hospital.
- 2) Debe existir una separación y definición clara de funciones y trabajos entre personas, equipos, profesiones y espacios, capaz de afrontar ordenadamente la diversidad de funciones del Servicio.
- 3) Al mismo tiempo debe existir una gran versatilidad en el desempeño de los trabajos y funciones, de forma que permita responder de forma flexible a una demanda variable.
- 4) Requiere una buena coordinación interna de trabajos, pautas y funciones entre las diferentes personas, equipos, turnos y profesiones que desempeñan su trabajo en el Servicio.
- 5) Debe existir una relación estrecha con los responsables de la gestión y con los otros Servicios del Hospital, especialmente en la gestión de las camas disponibles para ingresos, en el flujo de pacientes ambulatorios, y en la información crítica entre Urgencias y los restantes Servicios.

⁴⁸ GARDE, Marco: *Master en Emergencias Médico-Quirúrgicas*, pág. 65

⁴⁹ LLORET, Josep, Op. Cit., pág. 9

- 6) Debe establecerse una buena cooperación con los otros Servicios de Urgencias y Hospitales del área, supervisada y coordinada por los organismos de gestión de la red de asistencia local, con objeto de utilizar mejor los recursos técnicos y camas disponibles en cada momento.

El desglose de cometidos entre especialidades, equipos, profesiones y espacios del Servicio; el perfilado, selección y modalidades de adscripción del personal al Servicio de Urgencias; y el organigrama jerárquico y funcional interno del Servicio, y su incardinación en el organigrama general del Hospital, varía mucho entre hospitales, en función de la historia, estructura y objetivo de cada centro.

De hecho existen muchos aspectos organizativos polémicos, como por ejemplo basar el cuadro de guardia en profesionales especializados y dedicados en exclusiva a Urgencias, o basarlo sobre una mayor implicación en las guardias de los diversos Servicios del Hospital. Pero en éste, como en otros puntos polémicos, no existen modelos cuya superioridad sea de aceptación y aplicación universal.

Con todo, cualquier Servicio de Urgencias debe incluir como área y funciones diferenciadas las siguientes⁵⁰:

- a) Un espacio, equipo y función de “triaje” o selección, que recibe, clasifica y asigna a cada paciente una prioridad según apremio y gravedad del problema, y una especialidad y equipo según la naturaleza de la patología dominante.
- b) Una o varias áreas de Primeros Auxilios para proporcionar la primera asistencia, abrir la documentación, iniciar el tratamiento y estabilización del paciente, y orientarlo hacia una consulta ambulatoria mediante una alta informada, o hacia su observación e ingreso en otra área del Servicio u Hospital. En las áreas de Primeros Auxilios debe existir el equipamiento y personal necesarios para atender las necesidades clínicas y personales de los pacientes que corresponden a las diversas especialidades, y deben disponer de uno o varios cubículos asignados o al menos equipados para

⁵⁰ Ibid, pág. 10

realizar maniobras de reanimación en pacientes con paro cardiorrespiratorio o en situaciones críticas.

- c) Una o varias áreas de observación pendientes de alta o de ingreso. En estas áreas deben existir cubículos preparados para realizar vigilancia intensiva de pacientes médicos y/o quirúrgicos críticos, en espera de su traslado a la Unidad de reanimación o Vigilancia Intensiva más adecuada del Hospital. Como complemento de las áreas de observación, es muy útil disponer de Salas de Estancia Corta, adscritas o coordinadas con Urgencias y dotadas para poder realizar una observación, estabilización y alta rápida de pacientes con criterios adecuados.
- d) Debe disponer o tener acceso fluido y seguro a Farmacia, quirófano, laboratorios, medios de diagnóstico por imagen, y a las técnicas y especialistas consultores necesarios para cubrir la asistencia urgente de las patologías que recibe, al nivel tecnológico asignado.
- e) Es muy importante disponer de un equipo que organice, asegure y controle la información a las familias, el régimen de visitas y la atención de las necesidades personales de los pacientes y sus familias⁵¹.
- f) El equipo asistencial directo requiere una cobertura de recepción, secretaria, archivo, documentación, proceso de datos, traslados, hostelería, mantenimiento, seguridad, limpieza y almacén, y una coordinación especialmente estrecha con la Dirección del Hospital y los Departamentos de Admisiones, Control de Calidad y atención al Usuario del Hospital.

Es muy útil disponer de vías de comunicación electrónica como teléfonos, telefax, telemática, que aseguren una comunicación fluida con los otros Servicios del Hospital, con los restantes Servicios de Urgencias del área, y con los responsables locales de la coordinación asistencial.

⁵¹ GARDE, Marco, op. cit., pág. 71

2.4.- CUESTIONES ÉTICAS Y LEGALES.

La asistencia urgente está sometida a las normas éticas y legales de la asistencia médica en general. Sin embargo plantea supuestos relativamente específicos, que merecen un comentario propio y que convierten el trabajo en Urgencias en un difícil ejercicio ético con un elevado riesgo legal.

- 1) La necesidad de gestionar recursos, espacio, tiempo y camas para ingreso, es quizás la mayor carga ética y el mayor riesgo legal del profesional de Urgencias, pues con frecuencia no son suficientes y se ve obligado a priorizar unas prestaciones, denegando o satisfaciendo a preario otras⁵².
- 2) La retirada o la no instauración de las medidas de reanimación o mantenimiento artificial de la vida es frecuente en Urgencias, y presenta las mismas dificultades que en las otras unidades de hospitalización⁵³, pero además se sobreañade el conocimiento previo del paciente y familia, y el apremio de la situación.
- 3) El mismo comentario puede ser hecho respecto a la objeción de conciencia, o a la negativa del paciente o de tutores en caso de pacientes menores de edad o interdictos, a medidas terapéuticas consideradas urgentes y vitales⁵⁴.
- 4) Otro problema frecuente es la petición de alta voluntaria, o el deseo de escapar de Urgencias, por parte de pacientes con facultades mentales alteradas, especialmente si se trata de situaciones límite, es decir con un nivel de incapacitación discutible. En estos casos se plantea un conflicto entre el deber de respetar la libertad y autonomía del paciente y la obligación de tutelar su salud⁵⁵.
- 5) Una característica de Urgencias que exige del médico una exquisita sensibilidad ética y calidad personal, es el hecho que debe actuar a menudo sobre pacientes visitados o controlados por otros compañeros, lo que exige

⁵² VÉLEZ CORREA, Luis: *Ética Médica*, pág. 136.

⁵³ Ibid, pág. 219

⁵⁴ Ibid, pág. 236

⁵⁵ HOWELL, Jonh, op. cit., pág. 1705

atender correctamente al paciente, respetando los intereses y el buen nombre del compañero⁵⁶. El conflicto ético aparece cuando la opinión del médico de Urgencias difiere de la del compañero en materia o medidas que comprometen la salud del paciente⁵⁷. Está claro que la salud del paciente prima sobre el interés profesional de cualquier médico, pero también es cierto que debe procederse con exquisito cuidado y prudencia, asegurándose mucho antes de cambiar y menos desautorizar una indicación u opinión que siempre debe considerarse, en principio, como bien fundamentada. En todo caso, cuando se impone la evidencia de que la salvaguardia del paciente exige una rectificación, hay que hacerlo con el tacto que desearíamos que se tuviera con nosotros mismos. En estos casos es bueno recordar siempre que en Urgencias vemos al paciente más evolucionado y con más datos y medios que el compañero que lo vio antes, y por otro lado otros médicos estarán viendo opiniones o indicaciones nuestras que quizás también sean rectificables. En todo caso, no beneficiamos al paciente, ni a nosotros mismos dañando su confianza y su relación con otro médico.

El riesgo legal del trabajo en Urgencias es alto, y aumenta con la saturación y las demoras prolongadas.

La mejor protección estriba en una buena praxis, respetando escrupulosamente las prioridades y limitaciones que impone la asistencia en un Servicio de Urgencias saturado, y en mantener una buena relación con los pacientes, a la vez que se proporciona una información ágil a las familias.

También es importante documentar por escrito, de forma breve, clara y seria todas las incidencias de curso y decisiones asistenciales, para disponer de una defensa documentada ante posibles demandas, evitando siempre comentarios ligeros en el historial clínico, y respetando el carácter de documento público legal que tiene además de su uso asistencial privado⁵⁸.

⁵⁶ SAUNDERS, Charles, op. cit., pág. 1641

⁵⁷ HOWELL, Jonh, op. cit., pág. 1688

⁵⁸ COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS, op. cit., pág. 45

2.5.- LA UNIDAD OPERATIVA DE EMERGENCIA⁵⁹.

Emergencia es la unidad operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes no programados, con estados de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida del paciente y por lo tanto requieren una atención inmediata.

Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año y la permanencia de los pacientes en esta unidad no debe ser mayor a las 24 horas.

2.5.1.- UBICACIÓN Y ACCESIBILIDAD

Por la función que realiza debe estar ubicada en un lugar de acceso inmediato y directo desde el exterior, libre de tráfico exagerado de vehículos urbanos, además claramente iluminado (durante la noche) e identificado desde la calle.

El área de emergencia debe estar cerca de la entrada del hospital, accesible a la entrada de vehículos de emergencia, con entradas amplias, con facilidades de silla de ruedas y camillas listas para su uso.

Se debe considerar accesos debidamente señalizados para personas con discapacidad física. Los accesos y vías interiores de la unidad de emergencia deben estar planificados para favorecer la rápida y fluida circulación de personas y equipos considerando para pasadizos un mínimo de 2.80 metros de ancho.

2.5.2.- RELACIONES.

La Unidad de Emergencia debe tener una relación directa hacia:

- Unidades de ayuda al diagnóstico
- Banco de sangre.

⁵⁹ MINSA: *Normas Técnicas para Proyectos en Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de los Establecimientos de Salud.*

- Centro quirúrgico.
- Centro obstétrico.
- Cuidados intensivos.
- Anatomía patológica.

2.5.3.- PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO

Según las Normas Técnicas para proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las unidades de emergencia de los establecimientos de salud en nuestro país, indica refiriéndose a este tema, que en las funciones que se integran en la planificación sanitaria deberá considerarse la adaptación de los servicios a las modificaciones en la demanda, la utilización de nueva tecnología, las exigencias de la calidad de atención, la mejora de la eficiencia de los servicios, la estimación de las necesidades de salud actuales y futuras, así como la evaluación de la demanda actual y futura.

Cada hospital definirá su propio programa médico arquitectónico, teniendo en cuenta los criterios de: demanda actual y proyectada de los pacientes que acuden a emergencia, la complejidad del hospital, la ubicación y la accesibilidad del mismo.

2.5.4.- CRITERIOS A CONSIDERARSE EN LA PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE LA UNIDAD.

a. Criterio Técnico-Funcionales:

Son todos aquellos relacionados con la organización, localización y funcionabilidad e interrelación de los ambientes.

El criterio arquitectónico debe favorecer la iluminación natural de los ambientes.

b. Criterios de confort.

Son los relacionados con la comodidad a los pacientes y al personal durante su permanencia en emergencia.

c. Criterios Asociados a Mantenimiento.

Relacionados con los sistemas que aseguren la calidad y oportunidad del mantenimiento, reduciendo los costos de operación y mantenimiento.

d. Criterios de Reducción de los Riesgos de Vulnerabilidad.

Se consideran estos como las acciones tendientes a minimizar la susceptibilidad de la planta física y de las instalaciones a sufrir daños estructurales y no estructurales.

Por lo tanto en la etapa del diseño se deben tomar las primeras acciones dirigidas a la construcción de ambientes seguros, y en la vulnerabilidad no estructural se considera el diseño de las fachadas, ventanas, cielos rasos; las instalaciones eléctricas y mecánicas; y luego la instalación de los equipos y mobiliario.

No se debe olvidar que en el caso de un desastre, la Unidad de Emergencia debe seguir funcionando, razón por la cual se debe ser exigente en éste aspecto.

Así también es necesario mencionar que la Unidad de Emergencia tendrá definido su circuito asistencial, considerando las formas de acceso de los pacientes, el tránsito en el interior de la Unidad, las alternativas de salida, el acceso del personal que en lo posible estará diferenciado de los pacientes y acompañantes; las relaciones funcionales con las Unidades que guardan íntima relación con la Unidad de Emergencia.

En el diseño es importante la versatilidad de los ambientes, con la finalidad que éstos se transformen en un ambiente dinámico, en función de la demanda.

2.5.5.- ÁREA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA

La Unidad de Emergencia estará integrada por las siguientes áreas:

1. Área Administrativa;
2. Área Clínica;
3. Área de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento;
4. Área de Apoyo Clínico; y Área de Confort.

A.- ÁREA ADMINISTRATIVA

Comprende los ambientes relacionados con las actividades administrativas que facilitan y dan apoyo a las actividades clínicas de la unidad, comprende:

a. Informes

Ambiente destinado a brindar informes y atención al público.

Área mínima 2.5 m²

b. Admisión y Acreditación del Derecho

Ambiente destinado a:

- Atender la solicitud de los pacientes que necesitan atención médica en emergencia.
- Tramita hospitalización de los pacientes.

Su ubicación estará a la entrada y debe ser visible.

Área mínima: 5 m² para la atención de una persona.

c. Caja

Ambiente donde se ubicará el personal para realizar la cobranza.

Su ubicación debe ser contigua a la de admisión.

Área mínima 2.5 m² por persona.

d. Oficina del Jefe de Unidad

Ambiente destinado a realizar las funciones de organización y coordinación.

Área mínima 15 m² con su servicio higiénico.

e. Secretaría

Ambiente de trabajo técnico-administrativo de la unidad en relación a las funciones de:

- Abastecimiento
- Archivo
- Recepción
- Despacho de información

Área mínima 9 m²

f. Trabajo Social

Ambiente destinado al trabajo técnico administrativo de apoyo a los pacientes y familiares. Ubicación próxima a Sala de Espera.

Área mínima 9 m²

g. Oficina de Enfermería Jefe de Unidad

Ambiente destinado a las funciones de:

- Programación
- Coordinación
- Supervisión
- Capacitación y
- Docencia de enfermería

Área mínima 9 m²

B.- ÁREA CLÍNICA

Considera los ambientes destinados a la atención del paciente, comprende:

a. Triage.

Ambiente destinado a la evaluación de pacientes; siendo el profesional de salud el encargado del triaje, quien realiza el control de las funciones y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje.

Debe estar ubicado a la entrada de emergencia. En caso de emergencias masivas podría ampliarse hasta la sala de espera: cumpliendo las funciones de recepción y clasificación de pacientes.

Área mínima 15 m²

b. Shock trauma.

Ambiente destinado a la atención inmediata del paciente crítico con patología de prioridad I.

La atención se realiza por un equipo multidisciplinario liderado por el médico encargado de la unidad.

Su ubicación debe ser de muy fácil acceso, en zona restringida.

El tiempo de permanencia debe ser lo estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro servicio, que corresponda para su tratamiento definitivo.

Para el traslado del paciente crítico debe haber indicación médica, coordinación y traslado adecuado.

Cada atención debe registrarse en un libro de Registro de Atención donde se anotará: fecha, hora, nombre, edad, número de historia, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del médico tratante.

Su área mínima será de 2 m² por 01 camilla.

c. Tópicos de Emergencia.

La función de estos ambientes es atender a los pacientes que requieren atención inmediata para diagnosticar su enfermedad o iniciar su tratamiento necesario, para su recuperación, pasarlos a observación, y/o hospitalizarlos si el así caso lo requiere.

Estos tópicos pueden ser de Medicina y/o de Cirugía.

Los pacientes permanecerán en estos tópicos el tiempo suficiente.

La atención del paciente será registrada en la Historia Clínica Breve de Emergencia, debiendo contar con firma y sello del médico tratante.

Área mínima 15 m² por consultorio.

d. Tópico de atención pediátrica.

Es el ambiente destinado a la consulta pediátrica.

Su área mínima debe ser 15 m².

e. Tópico Gineco-Obstetricia.

Ambiente donde se atiende las emergencias gineco-obstétricas.

Su ubicación debe estar cerca al ingreso.

Su diseño debe permitir la privacidad de la paciente.

Su área mínima será 15 m^2 y contará con servicio higiénico el mismo que tendrá un área mínima de 2.10 m^2

f. Tópico de Traumatología.

Ambiente destinado a atender pacientes y efectuar procedimientos de reducción de luxaciones, fracturas, inmovilización con yeso u otro tipo de férulas.

Contará con equipo y mobiliario adecuado.

Su ubicación debe estar cerca de los tópicos de atención, de fácil acceso para camillas, sillas de ruedas y equipos de Rayos X portátil.

Área mínima 15 m^2

g. Tópico de Inyectables.

Área destinada a la aplicación de inyectables a pacientes ambulatorios.

Área mínima 5 m^2 .

h. Sala de Observación de Adultos.

A esta sala ingresan los pacientes que habiendo pasado previamente por la consulta y debido a su inestabilidad necesitan una observación directa y tiene por objetivo tratar de llegar a un diagnóstico y estabilizar a los pacientes antes de ser hospitalizados, pasar a sala de operaciones o ser dados de alta.

Los pacientes en este ambiente no deben permanecer por un tiempo mayor de 12 horas para prioridad I, ni de 24 horas para prioridad II.

La sala de observación debe contar con ambientes separados tanto para varones como para damas, quienes permanecerán en camillas y cada una de éstas debe tener como área mínima 8 m², provistas de sistema de aspiración montado y preparado así como el sistema de oxigenoterapia empotrado, además con toma de corriente en caso de necesitar el uso de algún equipo médico en el paciente. Así mismo contará con una mesa de noche, colocando en la cajonería inferior utensilios para necesidades fisiológicas (chata, papagayo), agregándose además una mesa para toma de alimentos del paciente. Cada paciente contará con un sistema de llamada (Ej.: timbre).

Las camillas estarán separadas con un sistema de cerramiento que permitan dar privacidad a cada paciente.

El número de camillas en observación dependerá del tamaño de la unidad de emergencia.

Se recomienda además el sistema de rieles aéreos (techo) para sujeción de equipos, frascos de soluciones y manipulación de los mismos.

Debe permitirse el acceso rápido a cada ambiente con un mínimo de tráfico cruzado, los pasillos deben ser de una amplitud adecuada que permita el pasaje cruzado de dos camas sin ninguna dificultad.

Las puertas deben ser lo suficientemente anchas para que pasen las camas con facilidad, el espacio mínimo que debe haber entre camillas es de 2.4 metros.

En cuanto a la iluminación debe tener exposición amplia a la luz del día.

- **Servicios higiénicos para pacientes.**

La sala de observación contará con un inodoro, un lavabo, soportes de apoyo, soporte en la pared para sujeción de frasco de venoclisis y un timbre de llamadas.

Los servicios higiénicos deberán diferenciarse por sexos y deben permitir el acceso de silla de ruedas y de dos personas.

Deben contar con ventilación natural o sino con extracción mecánica.

Su área mínima será de 3.50 m² y contar con duchas para higiene del paciente.

- **Lavachatas.**

Ambiente destinado a lavar, desinfectar y guardar las chatas y papagayos.

Su ubicación será al lado de los servicios higiénicos y su área mínima será 3.50 m².

- **Servicios higiénicos para personal.**

Debe tener además duchas para el personal; debido a que emergencia es área de alto riesgo.

i. Sala de Observación Pediátrica.

A esta sala ingresan los pacientes de 0 a 13 años de edad, que habiendo pasado previamente por el tópico de pediatría o de otra especialidad, el médico tratante indica su respectivo pase a observación.

Tiene por finalidad proporcionar cuidados para el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos con padecimientos de presentación

súbita que requieren observación en cama o en cuna antes de ser hospitalizados, pasar a sala de operaciones o ser dados de alta.

Es responsabilidad de los hospitales de proporcionar los medios convenientes para que estos pacientes reciban atención de calidad en un ambiente apropiado.

El área debe amoblarse y decorarse de manera que resulte cómodo, tranquilizante para los niños y sus padres; permitiéndose la presencia de los padres con su niño por la necesidad emocional que tiene los niños.

Cada camilla contará con las mismas instalaciones que para los pacientes adultos.

El número de ellos dependerá del tamaño de la unidad de emergencia.

Se considera área mínima de 2.50 m² por cuna 4 m² por camilla para pacientes pre escolares y 5 m² para pacientes en edad escolar.

- **Equipamiento.**

Las salas de observación de pediatría deben de equiparse adecuadamente.

Para el tratamiento de niños y adolescentes incluye lo siguiente:

Vía aérea

- Tubo de mayo de diferentes tamaños
- Balón, válvula y máscara (Ambú)
- Equipo completo de intubación endotraqueal
- Oxímetro de pulso
- Monitor desfibrilador pediátrico
- Ventilador pediátrico
- Aspirador pediátrico
- Equipo adicional desechable.

2.6.- TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.

2.6.1.- DEFINICIÓN.

"Triage" es una palabra francesa que significa selección, clasificación. Proviene del verbo francés “*triere*” que significa escoger⁶⁰.

Proceso organizado de recepción y clasificación de pacientes de acuerdo a la gravedad del daño, determinando la prioridad y el lugar de atención⁶¹.

En el ámbito sanitario se entiende por triaje la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la prestación asistencial que precisan.

Esta función de clasificar se establece en los lugares donde existe un número considerable de pacientes. Es por eso que fue la Sanidad Militar la primera institución en implantar un sistema de triaje en los campos de batalla de los grandes conflictos bélicos. En la Sanidad Civil, el triaje se lleva a cabo en las grandes catástrofes y en los accidentes con múltiples víctimas⁶².

El triaje también debe ser aplicado en el sitio del accidente en el momento de seleccionar el hospital al cual se trasladará al accidentado⁶³. Es responsabilidad del personal pre-hospitalario y su director médico que los pacientes, según sus lesiones, sean trasladados al hospital adecuado.

Es inadecuado que el personal pre-hospitalario lleve a un paciente politraumatizado grave a un hospital no especializado en trauma, cuando se tiene acceso a un centro de trauma cercano.

La calificación pre-hospitalaria en trauma es útil para identificar a los pacientes severamente lesionados que deben ser transportados a un centro de trauma.

⁶⁰ VARGAS, Luis Eduardo: *Triage en la Escena*. Consulta en internet en: www.saludcapital.gov.co

⁶¹ IPSS: *Protocolos de Triage en los Servicios de Emergencia del IPSS*, op. cit., pág. 10

⁶² SERVICIO DE URGENCIAS COMPLEJO HOSPITALARIO N° Sª DE CANDELARIA: *El triaje en el Servicio de Urgencias del C.H.Nª.Sª. de Candelaria*. Consulta en internet en: www.comtf.es/urgencias/Triage.htm

⁶³ COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS, op. cit., pág. 25

2.6.2.- OBJETIVOS.

1. Priorizar la atención a los pacientes según la gravedad de su estado clínico.
2. Facilitar el flujo de pacientes y evitar congestión en el servicio de Emergencia.
3. Derivar oportunamente a los pacientes con daños complejos, de acuerdo a capacidad de resolución definida del hospital.

2.6.3.- NIVEL DE ATENCIÓN.

El protocolo de Triage será aplicado en todos los Servicios de Emergencia que tengan regularmente demanda de atención superior a la capacidad del servicio.

En los centros asistenciales de los niveles I y II, el triaje estará a cargo del personal profesional de Enfermería, siendo responsabilidad del médico jefe de guardia la resolución de casos especiales o en que haya que aplicar la Ley de Emergencia.

En los centros asistenciales de los niveles III y IV, el triaje estará a cargo del médico.

El protocolo de Triage podrá ser adecuado a las características de cada hospital.

2.6.4.- PERFIL DEL PERSONAL DE TRIAJE⁶⁴.

- Poseer capacitación y entrenamiento en atención de pacientes en Emergencia (haber aprobado los cursos de Reanimación Cardiopulmonar y Trauma básicos).
- Poseer elementos de juicio para detectar y atender lesiones presentes y potenciales que podrían resultar irreversibles.
- Asumir el triaje como un proceso dinámico y multidisciplinario solicitando la intervención médica cuando el caso lo requiera.
- Poseer habilidades para relacionarse con el público.
- Ser flexible y tener adaptación rápida al cambio.
- Tener experiencia asistencial de por lo menos dos años.

2.6.5.- CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE TRIAJE.

- Restringida.
- Espaciosa.
- Fácil acceso.
- Sectorizada.
- Cercana a áreas de tratamiento.

2.6.6.- CRITERIOS DE RIESGO.

Se consideran criterios de riesgo, los obtenidos en la evaluación inicial del paciente, captando las lesiones presentes y potenciales.

Se clasifica el riesgo y la atención correspondiente en cuatro prioridades, de mayor a menor riesgo, lo que determina la atención inmediata o diferida del paciente.

⁶⁴ ESSALUD. División de Áreas Críticas: *Manual de Organización y Funciones*, pág. 41

Las prioridades I y II señalarán situaciones de Emergencia, la prioridad III a las situaciones de Urgencia y la prioridad IV a las situaciones que no requieren ser atendidas en el Servicio de Emergencia.

La priorización de la atención no debe estar influenciada por factores externos. Factores como el estrés, ansiedad, enojo de familiares y/o acompañantes, no deberán interferir en la asignación de la prioridad, pero requieren una especial atención y manejo de la situación por parte del personal de emergencia.

El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo del triaje.

El profesional de salud encargado del triaje, estará permanentemente en coordinación con el médico jefe de guardia o quien esté programado como responsable.

2.6.7.- LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD⁶⁵.

Se enumerarán las patologías más frecuentes, relacionadas con cada una de las prioridades establecidas en el triaje.

A. Prioridad I.

Pacientes cuya atención debe ser inmediata en la Sala de Reanimación (Shock Trauma).

1. Paro Cardio Respiratorio.
2. Dolor Torácico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Arritmia con compromiso hemodinámico.
4. Hemorragia profusa.

⁶⁵ IPSS: *Protocolos de Triage en los Servicios de Emergencia del IPSS*, op. cit., pág. 14

5. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
6. Obstrucción de vía respiratoria alta.
7. Inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
8. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
9. Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
10. Status convulsivo
11. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
12. Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
13. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
14. Signos vitales anormales:

ADULTO:

 - Frecuencia cardiaca < 50 x min.

- Frecuencia cardiaca > 150 x min.
- Presión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Presión arterial sistólica > 220 mmHg.
- Presión arterial diastólica > 110 mmHg o 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO:

LACTANTE:

- Frecuencia cardiaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia cardiaca ≥ 200 x min.
- Presión arterial sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia respiratoria ≥ 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia respiratoria ≥ 50 x min. (desde los 2 meses al año).
- Saturación de oxígeno $\leq \square \square 85\%$

PRE ESCOLAR – ESCOLAR:

- Frecuencia cardiaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia cardiaca ≥ 180 x min.
- Presión arterial sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia respiratoria > 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno $\leq \square 85\%$

15. Suicidio frustrado.

16. Intento suicida

17. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

18. Problemas específicos en pacientes pediátricos:

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con shock: llenado capilar mayor de 3 segundos.
- Sangrado: hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10 % del área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- Status convulsivo.
- Hipertermia maligna.
- Status asmático.
- Trastornos del sensorio.
- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

B. Prioridad II.

Pacientes portadores de cuadros agudos cuya atención puede tolerar un tiempo de espera no mayor o igual de 20 minutos. Serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

1. Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes mellitus descompensada.
4. Hemoptisis.

5. Signos y síntomas de abdomen agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Pacientes con trastornos en el sensorio.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal encancerada.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuria en ojos: perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
20. Síntomas y signos de cólera.
21. Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido (ejemplo: paciente diabético con infección urinaria).
25. Pacientes post-operados de cirugía altamente especializada o pacientes en programa de hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.

28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome meníngeo.
30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro psicótico sin conducta suicida, ni agitación psicomotora fuera de control.
39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía.
44. Flebitis o tromboflebitis.
45. Herpes Zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas.
48. Problemas específicos en pacientes obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.

- Gestante de 2° y 3° trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
- Sangrado post-parto.
- Hipertensión que complica el embarazo.
- Signos y síntomas de toxemia severa.
- Bradicardia fetal (menor de 120 x min.)
- Taquicardia fetal (mayor de 160 x min.)
- Traumatismo abdominal
- Deshidratación por hiperemesis
- Cefalea
- Epigastralgia
- Edema generalizado.

49. Problemas Pediátricos Específicos:

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor abdominal
- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
- Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
- Niños con síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea / epistaxis no controlada.
- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- Trauma ocular no penetrante.
- Laceración que requiere suturaron sangrado activo.

- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia
- Otolgia.

Cualquier otro caso que a criterio del médico tratante considere necesario la atención en algún tópico de emergencia.

C. Prioridad III.

Paciente cuya atención se posterga en relación a las anteriores prioridades. Puede ser atendido en el Tópico de Emergencia o Consultorio de Urgencias.

1. Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis media aguda.
6. Deshidratación hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatía aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre mayor de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.

15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de depresión.
19. Crisis de ansiedad o disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes psicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

D. Prioridad IV.

Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa, Programas Preventivos Promocionales, Consultorio PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada) o PADOMI del Centro Asistencial al que está adscrito.

Algunos ejemplos son:

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda
3. Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.

6. Fiebre sin síntomas asociados.
7. Resfrío común
8. Dolor de oído leve.
9. Dolor de garganta sin disfagia.
10. Enfermedades crónicas no descompensadas.

2.6.8.- MANEJO.

A. ACCIONES GENERALES.

ATENCIÓN DIRECTA.

- Recepcionar o dirigir la recepción del paciente en forma inmediata.
- Rápida y eficaz evaluación del paciente que se presenta al Servicio de Emergencia.
- Determinar las prioridades de atención de cada paciente.
- Destinar al paciente al área clínica del servicio de emergencia que le corresponde.
- Referir al paciente, según la complejidad del daño, a los tópicos de agudos (especialidades) o tópico de no agudos.
- Registro de datos.

ORIENTACIÓN Y COMUNICACIÓN.

- Informar, educar y orientar al usuario sobre aspectos de la atención hospitalaria e institucional.
- Comunicar al jefe de guardia y enfermera responsable de servicio el número y condición de los pacientes que se encuentran en sala de espera cuando la capacidad de atención del servicio sea sobrepasada.

SUPERVISIÓN.

- Supervisar el traslado y movimiento de pacientes desde su llegada al Servicio de Emergencia, hasta su atención inicial.
- Permanecer informado en todo momento sobre el flujo de pacientes dentro del servicio, moviéndose físicamente por el área.

SOPORTE.

- Conducir a los pacientes que por su estado de gravedad lo ameriten, a la unidad correspondiente, iniciando su valoración y cuidados inmediatos hasta la entrega directa al personal que brindará la atención definitiva.
- Coordinar y asegurar la continuidad de atención de los pacientes en el ambiente donde es derivado (sala de reanimación, tópicos, etc.)

B. MEDIDAS ESPECÍFICAS.

PASOS QUE ABARCA EL TRIAJE.

- Inspección y valoración global, incluyendo estado de conciencia, apariencia y conducta.
- Determinación del síntoma principal: Historia breve del síntoma principal, análisis y valoración del mismo.
- Valoración y registro de signos vitales completos (P, FR, PA, T° oral, axila o rectal en menores de tres meses.)
- Verificación u obtención de datos de filiación y obtención de datos orientadores.
- Identificación de problemas adicionales (apoyo de Servicio Social, intervención policial, etc.)

2.6.9.- SITUACIONES EN TRIAJE⁶⁶.

Generalmente existen dos tipos de situaciones en triaje:

A. Múltiples lesionados.

Cuando el número de pacientes y la gravedad de sus lesiones no sobrepasan la capacidad del hospital para proporcionar la atención médica necesaria, se atiende primero a los pacientes con problemas que ponen en peligro inmediato la vida y los que tienen lesiones múltiples.

B. Accidentes masivos o Desastres.

Cuando el número de pacientes y la gravedad de sus lesiones sobrepasan la capacidad de recursos hospitalarios y humanos, deben tratarse primero los pacientes que tienen mayor posibilidad de sobrevivir, con menor consumo de tiempo, equipo, material y personal.

⁶⁶ COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS, op. cit., pág. 27

2.10.- DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA⁶⁷.

2.10.1.- DEL INGRESO DE PACIENTES

A.- Deberes y obligaciones.

- Todos los centros asistenciales de salud, deben brindar atención básica a todo paciente que se encuentre en Situación de Emergencia o Urgencia, con el objetivo de lograr su estabilización para proceder a su referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, de ser necesario⁶⁸.
- Las situaciones de emergencia son identificadas y calificadas como tales exclusivamente por el Médico que presta la atención inmediata al paciente.
- Los pacientes no asegurados que han sido atendidos en situación de emergencia, se refieren a otro centro asistencial del sector salud, luego de ser estabilizados y estén en condiciones de ser trasladados.
- En caso de Emergencias Masivas o Desastres la atención se realiza a todos los pacientes, tengan condición de asegurados o no, activándose el plan de respuesta Pre e Intrahospitalario aprobado.
- Toda lesión con indicios o sospecha de carácter violento causada por mano propia o terceras personas, así como cuando existan indicios de aborto criminal, debe ser notificado al Jefe de guardia y éste a su vez a la Policía Nacional.

⁶⁷ 3º CONVENCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS DE EMERGENCIA, op. cit., pág. 63

⁶⁸ Base Legal:

- a. **Decreto Ley N° 19609:** *Obligatoriedad de los Establecimientos de Salud para atender los Casos de Emergencia.*
- b. **Decreto Supremo N° 0023-73-SA:** *Reglamento del Decreto Ley N° 19609.*
- c. **Ley N° 26842:** *Ley General de Salud; arts. 3º y 39º.*
- d. **Ley N° 27604:** *Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.*
- e. **Decreto Supremo N° 022-2002-SA:** *Reglamento de la Ley N° 27604.*

- Los asegurados titulares y derecho habientes que han sufrido un accidente de tránsito tienen derecho a recibir atención, sean o no responsables del mismo.

B.- Recepción.

- La recepción y orientación de los usuarios se realiza a través de los Voluntarios en coordinación con el personal de Admisión y Triage.
- A la recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia, facilitará el ingreso al Servicio de Emergencia de los familiares o acompañantes de acuerdo a la necesidad.
- El camillero, la camilla y la silla de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio de Emergencia, para un rápido traslado del paciente.
- El acceso al Servicio de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos.

C.- Admisión.

- El área de admisión se encargará de verificar la identificación y acreditación de derecho de atención, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.
- La acreditación de Derecho de atención, se hará después de la evaluación del paciente en la Unidad de Triage. Podrá realizarse paralelamente por la persona acompañante, y en caso de carencia de documentos se procederá de acuerdo a las normas administrativas.
- Ninguna persona en situación de Emergencia quedará sin recibir los servicios médicos de Emergencia, por carencia de documentos.

- Cuando el paciente es referido, es válida y suficiente la acreditación realizada por el centro asistencial de origen, siendo éste último el único responsable de la acreditación del paciente referido.

2.10.2.- DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES.

A.- Triage.

- El Médico de Triage de Emergencia es responsable de evaluar y determinar la prioridad del daño del paciente y derivarlo al área de resolución correspondiente:
 - Prioridad I a Sala de Reanimación.
 - Prioridad II a Consultorios de Emergencia.
 - Prioridad III a Consultorios de Urgencia.
 - Prioridad IV a Consulta Externa, Programas Preventivo Promocionales o PAAD.
- Una enfermera entrenada en atención de Emergencias, apoyará la labor asistencial en Triage, de acuerdo a los recursos humanos con los que cuenta el Centro Asistencial, coordinando con el Médico de Guardia.
- Todo procedimiento se realiza por indicación del Médico tratante según criterio técnico asistencial.

B.- Sala de Reanimación (Shock Trauma).

- La atención del paciente es en equipo y liderada por el Médico responsable de la Unidad. El manejo del diagnóstico y tratamiento del paciente se realiza de acuerdo a Protocolos o Guías de Manejo Clínico para Emergencia, establecidos.
- El tiempo de permanencia en Sala de Shock Trauma, debe ser hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita derivarlo al

Servicio correspondiente para su tratamiento definitivo, de tal forma que la sala de Shock Trauma esté disponible para otro paciente que lo requiera.

- Todo traslado del paciente a otro servicio (Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Vigilancia Intensiva, Sala de Observación) es con acompañante Médico y previa coordinación.

C.- Tópico de Emergencia.

- De acuerdo al nivel del centro asistencial, funcionan independientemente Consultorio de Emergencia de Medicina, Cirugía, Traumatología, Gineco-Obstetricia y Pediatría.
- La atención del paciente es registrada en todos sus aspectos en la Historia Clínica de Emergencia.
- Los medicamentos se prescriben por el periodo necesario, de acuerdo al criterio del médico tratante y bajo la responsabilidad del mismo.

D.- Sala de Observación.

- En lo posible debe contar con áreas delimitadas o diferenciadas para niños y adultos, y ambientes para aislamiento.
- La admisión de todo paciente a la Sala de Observación implica la máxima coordinación entre el personal médico y paramédico, que deriva al paciente y el que lo recibe, haciendo énfasis en el motivo de la situación de Emergencia, estado actual del paciente, tratamiento, u otros de importancia, con la finalidad de asegurar la atención integral del paciente.
- A los pacientes de mayor riesgo se les ubica físicamente cerca de la Estación de Enfermería.

- La periodicidad de la evaluación de los pacientes se hará de acuerdo a su estado clínico, debiendo como mínimo tener una por turno. Ellas estarán registradas en las notas de evolución del paciente e incluirá el estado actual del paciente, apreciaciones diagnósticas y el comentario respectivo, en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados. Así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas.
- La estancia del paciente en Sala de Observación está en relación directa a la evolución del estado de su salud o a la disponibilidad de camas en servicios de hospitalización o a la demanda de pacientes. El paciente no debe permanecer por un tiempo mayor de 24 horas.

E.- Consultorio de Urgencias.

- La atención de los pacientes que acuden por urgencias se registran en el parte diario de atención o en el sistema informático correspondiente, comprendiendo los siguientes datos: fecha, nombre, edad, número de seguro, diagnóstico, prioridad de atención, tratamiento, destino y nombre del médico tratante.
- Las medicinas se prescriben preferentemente hasta por 48 horas, salvo criterio médico de acuerdo a la patología que presente el paciente. Los pacientes deben continuar el tratamiento en su Centro Asistencial de adscripción.
- Todo paciente que es atendido en el consultorio de urgencias, se le debe realizar una historia clínica breve, la que debe contar con la firma y sello del médico tratante.

F.- Información.

- Todo Servicio de Emergencia debe contar con pautas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, adecuadas a sus

propias características asistenciales, geográficas, sociales y otras, las mismas que son puestas en conocimiento al ingreso del paciente.

- El paciente que se atiende en el servicio de Emergencia, tiene derecho a recibir información oportuna, previa a todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizarle. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o tiene problemas de salud que le impidan la correcta toma de decisiones, la información se otorgará al familiar responsable, tutor o curador, respectivamente.
- Los familiares son informados por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia, de la situación del paciente, inmediatamente después de la atención en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
- Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija por lo menos tres horarios por día, para la información médica.
- En casos de oposición a la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida del paciente, el Jefe de Guardia notificará a la autoridad judicial competente.

2.10.3- DE LOS SERVICIOS DE APOYO.

A.- Exámenes auxiliares.

- Toda solicitud de exámenes auxiliares debe registrar fecha y hora en que se solicita.
- Los análisis de laboratorio se solicitan de acuerdo al Protocolo de Laboratorio de Emergencia.
- Los exámenes de ayuda diagnóstica por imágenes se solicitan de acuerdo al criterio médico en relación al proceso mórbido de Emergencia.
- Los resultados se procesan dentro de la inmediatez razonable y según los tiempos relativos de los procedimientos específicos del

examen auxiliar que se trate, y deben incluir valores normales y sus unidades respectivas.

- Los resultados de exámenes de laboratorio se expiden en un tiempo no mayor de 01 hora, como promedio, a partir de la toma de muestra correspondiente.
- Los resultados de los exámenes de diagnóstico por imágenes son inmediatos y se emiten en forma manual o vía red informática.
- Ningún resultado permanece en Laboratorio o Rayos X después de haber sido informado.
- Las placas radiográficas se mantienen accesibles al personal de salud las 24 horas del día, mientras el paciente permanece en Sala de Observación.
- El Jefe del Servicio de Emergencia es responsable de supervisar y evaluar el uso de exámenes auxiliares de Emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de control y evaluación.

B.- Interconsulta.

- Se solicita para todo paciente en quien se requiera una segunda opinión o apoyo técnico de una o varias especialidades médicas, utilizando los formatos establecidos para tal fin.
- La interconsulta es concisa y clara, precisando la hora de solicitud y de respuesta en la Historia Clínica. Debe absolver el motivo de consulta.
- Las interconsultas solicitadas por el Servicio de Emergencia tienen prioridad, deben ser contestadas de manera inmediata.

C.- Junta Médica.

- En cualquier caso de duda diagnóstica o discrepancia terapéutica con respecto a un paciente, sea esta médica, quirúrgica o con

implicancias legales, el médico asistente debe solicitar junta médica al través del jefe de guardia.

- La Junta Médica del Servicio de Emergencia es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos Asistentes de las especialidades afines al caso.
- Toda Junta Médica debe ser registrada en la Historia Clínica y firmada por todos los participantes.

D.- Historia Clínica.

- El área de Archivo provee inmediatamente la Historia Clínica de un determinado paciente al Servicio de Emergencia, a pedido del médico tratante, mediante un formato establecido para este fin, debidamente llenado y firmado.
- La Historia Clínica actual registra con letra clara y legible la anamnesis, examen clínico, presunción diagnóstica y plan de trabajo, evolución, tratamiento, procedimientos, exámenes auxiliares, notas de enfermería, destino final y otros tales como interconsultas, con los correspondientes registros de fechas y horas.

2.10.4- DEL EGRESO DE PACIENTES.

A.- Sala de Operaciones.

- Si el paciente en el Servicio de Emergencia requiere de Intervención quirúrgica, éste es preparado por el personal de Enfermería del Servicio de Emergencia donde se decidió el acto (Sala de Reanimación, Consultorios de Emergencia, Sala de Observación), y se efectúa conservando la privacidad y pudor del paciente. Es indispensable la adecuada identificación del paciente.
- La determinación de prioridad de pacientes quirúrgicos de Emergencia y uso de la Sala de Operaciones es determinado por el

Jefe de Guardia previa coordinación con el Jefe del Equipo Quirúrgico de guardia.

- En caso de oposición a la realización del acto quirúrgico por parte del paciente o de sus familiares, y tratándose de una intervención de Emergencia, se comunica a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud del paciente.
- El paciente que es derivado a Sala de Operaciones no retorna al Servicio de Emergencia en la etapa post-operatoria.

B.- Transferencia a otros Servicios Intrahospitalarios.

- Toda transferencia de un paciente del Servicio de Emergencia a otro servicio (Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Vigilancia Intensiva, Hospitalización) para continuar su tratamiento, se realiza previa coordinación con el servicio de destino sobre la situación del paciente y motivo de la transferencia y con los registros completos en la Historia Clínica.

C.- Referencia.

- La referencia del paciente del Servicio de Emergencia a otro Centro Asistencial se realiza de acuerdo a los criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad de resolución.
- La referencia es coordinada entre los Jefes de Guardia de los centros asistenciales de origen y destino, teniendo en cuenta las redes local y regional de los Servicios de Emergencia. Debe acompañar al paciente los resultados de los exámenes auxiliares para evitar la duplicidad en la realización de los mismos, así como la hoja de referencia debidamente llenada.

- Una copia de la Hoja de Referencia se enviará a la Unidad de Referencia del Centro Asistencial para la estadística correspondiente.

D.- Alta.

- La hora de indicación de alta debe quedar registrada en la evolución médica así como la hora en que el paciente se retira del servicio.
- El médico tratante explica al paciente y/o familia los aspectos relacionados con su autocuidado, y le entrega Receta de Alta, indicaciones médicas y en caso de necesidad, el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) correspondiente.
- Dentro de las 24 horas siguientes al alta se devuelve la historia clínica y las placas radiográficas del paciente al área de Archivo correspondiente, llevándose un cuaderno de cargos.
- Cuando el seguimiento del manejo del paciente es tributario del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), se entrega al familiar la epicrisis y la hoja de referencia a PADOMI, junto con la orientación necesaria.
- Cuando el paciente es tributario de algún Programa Preventivo Promocional, se le orientará al respecto.

E.- Descanso Médico.

- El médico que emite el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) es responsable directo del contenido del mismo y se otorga al paciente que sale de Sala de Observación o de los Tópicos de Emergencia.
- La expedición del CITT debe quedar registrada en la Historia Clínica de Emergencia, consignando el número de certificado, el periodo de descanso otorgado, la fecha de expedición y el nombre y firma del médico tratante. Esta información luego será remitida a la Jefatura de

Historias Clínicas del centro asistencial para su procesamiento y posterior archivo.

F.- Constancia de Atención.

- La constancia de atención es emitida por el médico tratante.
- En ella consta los nombres y apellidos del paciente, fecha y hora de atención, asimismo cuenta con la firma y sello respectivo.
- Antes de entregar dicho documento al paciente, se registrará en el Libro de Constancia de Atención.
- Las medicinas se prescriben preferentemente hasta por 48 horas, salvo criterio médico de acuerdo a la patología que presente el paciente. Los pacientes deben continuar el tratamiento en su Centro Asistencial de adscripción.
- Todo paciente que es atendido en el consultorio de urgencias, se le debe realizar una historia clínica breve, la que debe contar con la firma y sello del médico tratante.

G.- Fallecimiento.

- En caso de fallecimiento del paciente dentro de las 24 primeras horas de permanencia en el Hospital, si por la enfermedad motivo del deceso existe el debido registro en la Historia Clínica en el centro asistencial, se emite el Certificado de Defunción. En caso contrario es remitido a la Morgue local.
- Se tiene también como válido el Certificado de Defunción expedido por el médico particular o tratante.
- En caso de muerte súbita o violenta del paciente, el médico a través del Jefe de Guardia comunica a la Policía Nacional para la necropsia de ley. En estos casos no se emite el Certificado de Defunción.

2.10.5- DE LOS REGISTROS O DEL REPORTE.

- Se registra en el libro de atenciones fecha, hora, nombre del paciente, nombre del médico, diagnóstico, prioridad de atención y destino de los pacientes atendidos.
- Se registra con letra legible evitando borrones y enmendaduras, o por computadora a través del software de Gestión Hospitalaria.
- Se señala claramente la fecha y hora de atención.
- El responsable del área de Admisión de emergencia, debe asegurar que todos los pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Emergencia queden registrados y debe anotar la fuente de aportación.
- En cada cambio de guardia se realiza el reporte verbal y escrito de los pacientes que quedan en Sala de Observación u otras áreas del Servicio de Emergencia que por el estado crítico de salud requieran continuar con manejo especializado.
- Todo procedimiento realizado se registra en la historia clínica del paciente, indicando motivo, fecha, hora, complicaciones, y nombre, firma y número de Colegio Médico del Perú de los médicos que lo realizan.

2.11.- DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA⁶⁹.

- Los Servicios de Emergencia se organizan como Red de Servicios Hospitalarios, para lo cual se constituyen anillos de atención a nivel de cada región. Se tiene en cuenta la ubicación geográfica, vías de acceso, oportunidad y capacidad resolutive.
- Los Hospitales de nivel I, II, III y IV cuentan con Servicios de Emergencia las 24 horas del día durante los 365 días del año.
- Los Policlínicos y Centros Médicos cuentan con Servicios de Urgencias que atienden como mínimo 12 horas al día.
- Los Servicios de Emergencia dependen administrativamente del Departamento de Emergencia en los Hospitales III y IV, del Departamento de Medicina en niveles II y del Servicio Médico Quirúrgico en los hospitales Nivel I.
- En los Policlínicos y Centros Médicos el Servicio de Urgencia depende del Servicio Médico Quirúrgico.
- El Servicio de Emergencia en los Hospitales de nivel I, II, III y IV cuenta con Servicio de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, de acuerdo a su nivel, los que deben dar atención las 24 horas al día. Los Servicios de Urgencia contarán con el Servicio de Laboratorio y de Rayos X del centro asistencial.
- El aprovisionamiento de la Historias Clínicas es durante las 24 horas en los Hospitales de nivel I, II, III y IV.

⁶⁹ ESSALUD: *Normas para la atención de pacientes en los Servicios de Emergencia y Urgencias*, op. cit., pág. 7

2.12.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA⁷⁰.

Al Servicio de Emergencia ingresan pacientes para su atención:

- Asegurados y no asegurados en situación de emergencia.
- Referidos de centros asistenciales de mayor o menor nivel de resolución.

Paciente.

Llega al Centro Asistencial presentando un daño que requiere ser atendido de emergencia.

Recepción en Emergencia.

El paciente es recibido y de acuerdo a la naturaleza del daño y al tipo de transporte en que viene, se le proporciona una camilla o silla de ruedas.

Luego es trasladado al Triage de Emergencia.

Admisión toma conocimiento del ingreso del paciente en forma simultánea.

Triage de Emergencia.

El paciente es evaluado por el médico, determinándose la prioridad de atención.

Si el daño es de prioridad I, se presiona el timbre de alerta y se le traslada inmediatamente a la Sala de Reanimación en compañía de un médico.

Para las prioridades II y III, el paciente es trasladado a la atención correspondiente, previa acreditación del asegurado o pago correspondiente del no asegurado.

⁷⁰ ESSALUD, op. cit., pág. 8

Si el daño es de prioridad IV, el paciente recibe orientación sobre los servicios alternos que puede consultar.

Admisión.

Si el paciente viene con acompañante, a éste se le solicita información que permita identificarlo.

Si el paciente no cuenta con acompañante y de acuerdo al daño con que ingresa al Servicio de Emergencia, la enfermera ayudará a ubicar a un familiar y a gestionar los tramites correspondientes en coordinación con la Asistente Social.

Si el paciente está plenamente identificado y es un asegurado, se verifica la acreditación, registra y expide el formato de la Historia Clínica en el caso de corresponderle la atención, el área determinada. Si no es asegurado se procede de acuerdo a las normas administrativas vigentes.

Sala de Reanimación.

El paciente recibe manejo y tratamiento hasta lograr su estabilidad.

Se debe realizar los exámenes auxiliares necesarios.

Se consigna en la Historia Clínica la anamnesis, examen clínico, presunción diagnóstica, plan de trabajo, procedimientos y el tratamiento que recibe el paciente.

Si para superar la condición de Emergencia requiere de Intervención quirúrgica, Cuidados Intensivos o Intermedios u hospitalización, se realizan las coordinaciones correspondientes para que el paciente sea derivado a esos servicios.

En caso contrario se le traslada a la Sala de Observación para controlar su evolución.

En ambos casos se le transfiere con la Historia Clínica y los registros correspondientes.

El llenado de la Historia Clínica tiene el mismo proceso para los pacientes asegurados y no asegurados; debiendo registrar claramente la condición del paciente, los procedimientos, tratamiento y exámenes realizados. En el caso de los pacientes no asegurados servirán además para la posterior facturación.

Consultorio del Servicio de Emergencia.

El paciente debe ser atendido integralmente, determinándose el problema o diagnóstico presuntivo.

En caso de ser necesario se solicitarán los exámenes auxiliares pertinentes, así como interconsultas. Se anota conclusiones o nuevas decisiones a partir del análisis de los resultados.

Se consigna en la Historia Clínica el tratamiento que recibe el paciente.

Si se determina que el daño no puede ser resuelto por el centro asistencial, el paciente asegurado debe ser referido a otro centro de mayor capacidad resolutive y el paciente no asegurado a un establecimiento del sector salud.

Si para superar la condición de Emergencia requiere de Intervención quirúrgica, Cuidados Intensivos o Intermedios u hospitalización, se realizan las coordinaciones correspondientes para que el paciente sea derivado a esos servicios.

En caso de necesitar observación, monitoreo de la evolución del cuadro agudo respecto al manejo y tratamiento, se debe trasladar a la Sala de Observación, informando verbalmente al personal que asume el tratamiento.

En ambos casos se proporciona la Historia Clínica con los registros correspondientes.

Superada la situación de emergencia del paciente que fue atendido en los Tópicos del Servicio de Emergencia, se procederá al alta correspondiente.

Sala de Observación.

Sirve para mantener al paciente bajo observación y monitoreo, con la frecuencia que requiera su estado de salud.

En caso de ser necesario, se solicitarán los exámenes necesarios pertinentes, así como interconsultas.

Se le administra el tratamiento correspondiente.

Se consignará en la historia clínica la evolución, estado, manejo y tratamiento que recibe el paciente.

Si se determina que el daño no puede ser resuelto por el centro asistencial, el paciente asegurado debe ser referido a otro centro asistencial de mayor capacidad resolutive, el paciente no asegurado será referido a un establecimiento del sector salud.

Si para superar la condición de Emergencia requiere de Intervención quirúrgica, Cuidados Intensivos o Intermedios u hospitalización, se realizan las coordinaciones correspondientes para que el paciente sea derivado a esos servicios, proporcionando la historia clínica correspondiente.

Superada la situación de emergencia del paciente en la Sala de Observación, el paciente puede ser hospitalizado para completar su estudio o se le da el alta correspondiente.

Consultorio de Urgencias.

El paciente debe ser atendido integralmente, administrándose el tratamiento que resuelve la situación de urgencia.

En caso de requerirse, se solicitarán los exámenes auxiliares necesarios.

Se consignarán en el parte diario los datos de diagnóstico, tratamiento, destino que recibe el paciente y médico tratante.

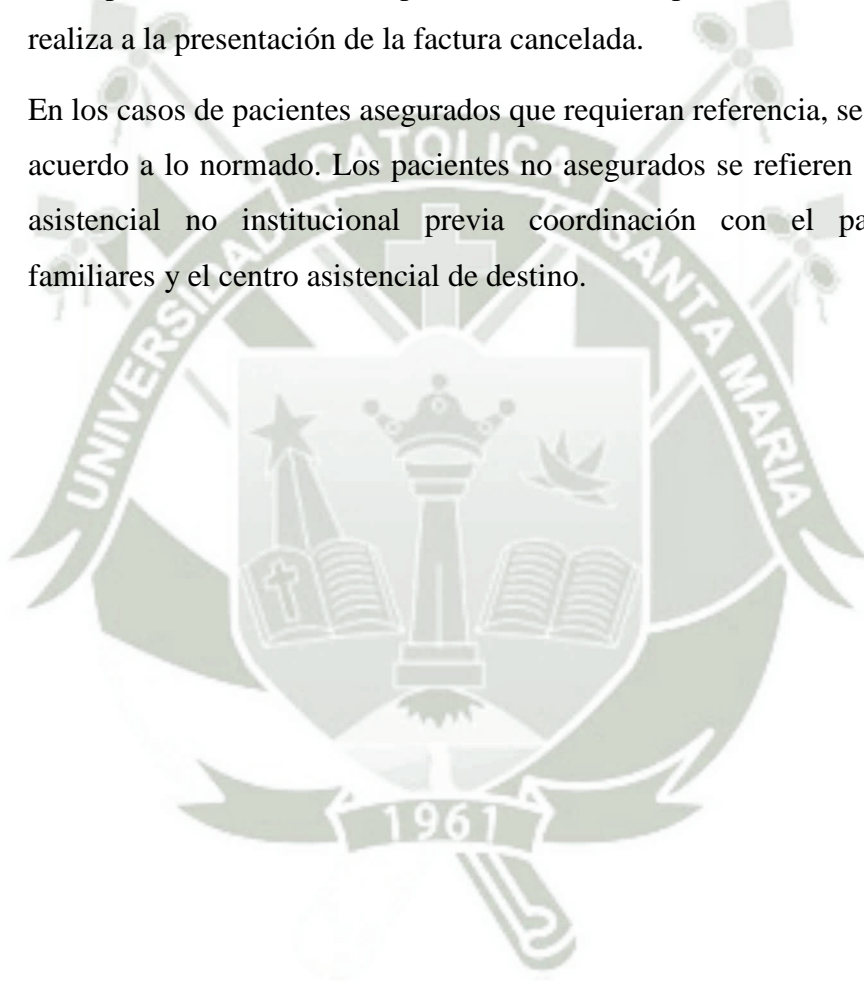
Superada la situación de urgencia del paciente, se le dará el alta correspondiente. Si el daño requiere mayor estudio, observación o es de

mayor prioridad se debe transferir al Tópico de Emergencia o Sala de Observación.

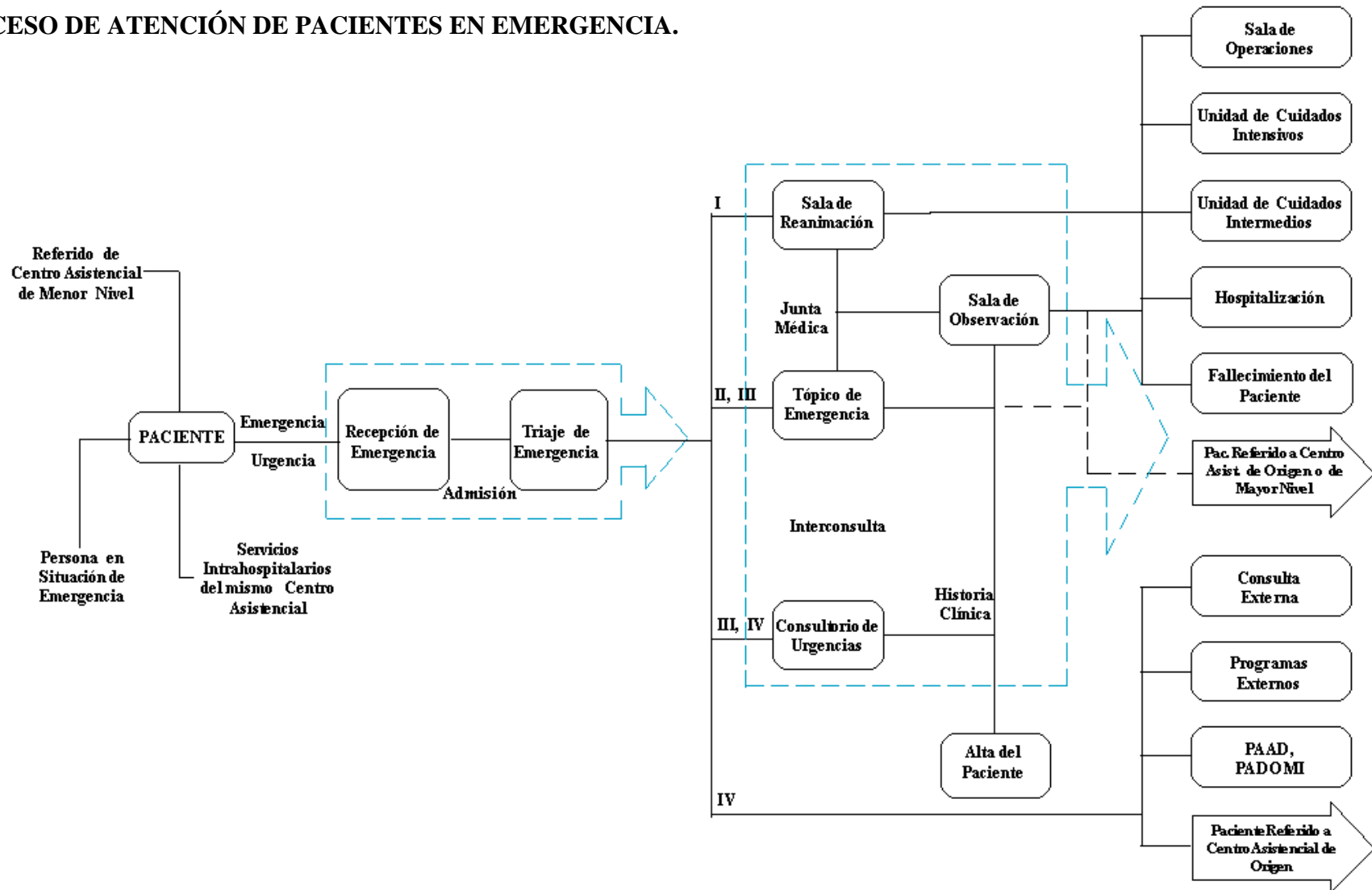
Se debe entregar al paciente o familiar, la receta de alta, informándole los cuidados que debe tener y el servicio asistencial que controlará la evolución.

Se entregará al Archivo, dentro de las 24 horas siguientes al alta, la historia clínica, consignando claramente la condición de asegurado o no asegurado. Las historias clínicas de pacientes no asegurados se entregan en caja para la correspondiente facturación, previa a la salida del paciente. La misma que se realiza a la presentación de la factura cancelada.

En los casos de pacientes asegurados que requieran referencia, se procede de acuerdo a lo normado. Los pacientes no asegurados se refieren a un centro asistencial no institucional previa coordinación con el paciente y/o familiares y el centro asistencial de destino.



PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIA.



2.15.- INDICADORES EN EMERGENCIA⁷¹.

A. PORCENTAJE DE PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO REGISTRADO EN EL LIBRO DE EMERGENCIA.

Este indicador permite conocer indirectamente la organización del área de emergencia, al medir la proporción de pacientes atendidos cuyos diagnósticos no figuran en el libro de registro.

Es importante detectar esta situación ya que puede tener consecuencias médico legales, particularmente cuando se trata de pacientes ambulatorios de dicho servicio, quienes fueron enviados a su casa y fallecieron por no haberse detectado la gravedad de su estado.

Por otro lado, si la falta de diagnósticos registrados es muy alta, puede ocasionar distorsiones o impedir la elaboración del perfil epidemiológico de la emergencia.

El número de pacientes registrados o no registrados en el *libro de emergencia* puede contrastarse al compararlos con el número de tickets expedidos para la atención en dicho servicio.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes del libro de emergencia sin diagnóstico registrado en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes del libro de emergencia en el mismo período}} \times 100$$

B. NÚMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA

Atención de emergencia, es el conjunto de actividades integrales dirigidas a un paciente que acude al servicio de emergencia del hospital, quien se encuentra en riesgo de morir o de perder una parte importante de su organismo.

⁷¹ LÓPEZ AMAT Y LEÓN, Roberto: *Indicadores de Evaluación de la Gestión Hospitalaria*, pág.54

Las atenciones de emergencia se realizan en una unidad especializada del hospital, la cual debe contar con los recursos necesarios para eliminar o disminuir, de manera inmediata, las posibilidades de muerte de los pacientes que acuden a este servicio.

Número de atenciones de emergencia, es el producto de sumar todas las realizadas en dicho servicio en un determinado período.

C. NÚMERO DE ATENCIONES DE URGENCIA

Atención de urgencia, es la que recibe un paciente, en el área de urgencias, por un caso que no reviste peligro inmediato, pero que potencialmente podría complicarse y poner en riesgo la vida.

Número de atenciones de urgencia, es el resultado de sumar todas las realizadas en esa unidad en determinado período.

D. NÚMERO DE ATENCIONES DE URGENCIA - EMERGENCIA

Este indicador integra las atenciones de urgencias y emergencias. Dado que en la mayor parte de hospitales no existen ambientes diferenciados para estas atenciones, conviene contabilizar en conjunto la producción de estos servicios con el fin de apreciar la presión de la demanda, y para poder operar otros indicadores cuando no se cuente con información desagregada.

E. RAZÓN URGENCIAS / EMERGENCIAS

Permite conocer la relación entre la cantidad de atenciones de urgencias⁷² y emergencias⁷³ durante un período y establecer comparaciones.

⁷² Ver indicador “C”: Número de atenciones en urgencia.

⁷³ Ver indicador “B”: Número de atenciones en emergencia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de urgencia en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el mismo período}}$$

F. PROMEDIO DE PERMANENCIA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA

Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del servicio de emergencia (o urgencia - emergencia).

Teóricamente una cama de emergencia no debería estar ocupada más de 24 horas, caso en el cual este indicador no tendría utilidad⁷⁴. Sin embargo, en la mayoría de hospitales los tiempos de permanencia sobrepasan ese período. Esa situación puede obedecer a deficiencias técnicas o a la falta de camas disponibles en el servicio de hospitalización.

Egreso de emergencia, es la salida de un paciente de dicha unidad luego de haber ocupado una cama de observación, al cual se le ha brindado los servicios del hospital y para quien se ha llevado una historia clínica durante su estancia. En este caso, el egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, traslado a otro centro asistencial), por defunción o por transferencia al área de hospitalización. El *número de egresos de emergencia*, es el resultado de sumar los egresos de dicho servicio.

Días estancia de emergencia, es el número de días que un paciente ha permanecido en una cama de observación. Los días estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado o ha sido transferido al servicio de hospitalización. Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del *número de días estancia*, no se cuenta a los pacientes que aún permanecen ocupando una cama en el ambiente de observación.

Para determinar el número de días estancia se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.

⁷⁴ Este mismo concepto es aplicable para el indicador *intervalo de sustitución de cama en emergencia*.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días estancia de los egresados (vivos o fallecidos)} \\ \text{de emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) de emergencia (o urgencia - emergencia)} \\ \text{en el mismo período}}$$

G. INTERVALO DE SUSTITUCIÓN DE CAMAS EN EMERGENCIA

Mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama⁷⁵, en el servicio de emergencia (o urgencia - emergencia).

Número de días cama disponibles en emergencia, es el número total de camas habilitadas para dicho servicio, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día.

Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un período, el número de días – cama disponibles se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho período; si la cantidad diaria de camas varía, deberá sumarse todos los días el número de camas de observación de emergencia, situación que puede presentarse debido a que en determinados días, algunas camas no están disponibles, ya sea por desinfección, reparación u otra causa.

Paciente día en emergencia, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas de emergencia se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día).

Si bien un paciente día se registra como cada lapso de 24 horas en el que una cama se encuentra ocupada, en la práctica, cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se debe contar como una unidad paciente día, siempre que ocupe una cama prepare una historia clínica; mientras que para pacientes internados por más de un día y otro período menor de 24 horas, no debe registrarse este último como unidad paciente-día adicional.

⁷⁵ Ver indicador “F”: Promedio de permanencia en observación de emergencia (egreso de emergencia).

El *número de pacientes día en emergencia* del mes se obtiene sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo de enfermeras y se realiza a las 12 de la noche de cada día.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en emergencia} - \text{N}^\circ \text{ de pacientes día en emergencia} \text{ (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (vivos o fallecidos) de emergencia (o urgencia - emergencia) en el mismo período}}$$

H. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN EMERGENCIA

Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de observación de emergencia (o urgencia - emergencia). La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario⁷⁶.

Mediante este indicador es posible establecer planes para la utilización máxima de las camas de emergencia; conocer si la utilización de las camas es excesiva o insuficiente; mantener la proporción óptima de ocupación; y adaptar las instalaciones a las necesidades del servicio.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día en emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles de emergencia (o urgencia - emergencia) en el mismo período}} \times 100$$

I. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA

Sirve para conocer la proporción del total de pacientes que acuden al servicio de emergencia (o urgencia - emergencia), que pasan a la sala de observación y por lo tanto ocupan una cama⁷⁷.

⁷⁶ Ver indicador "G": Intervalo de sustitución de camas en emergencia (censo diario).

⁷⁷ Ver indicador "B": Número de atenciones de emergencia.

Número de pacientes que pasan a la sala de observación, son aquellos que presentan cuadros clínicos que no pueden ser resueltos de manera ambulatoria en el servicio de emergencia, o quienes deben permanecer en dichos ambientes para aclarar el diagnóstico, o se encuentran en espera para ser hospitalizados.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que pasan a sala de observación de emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia) en el mismo período}} \times 100$$

J. RAZÓN ATENCIONES EN EMERGENCIA / ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA

Sirve para conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia (o urgencia-emergencia)⁷⁸ en relación a las atenciones de consulta externa en un período⁷⁹.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones en emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones o consultas externas en el mismo período}} \times 100$$

K. PORCENTAJE DE HOSPITALIZADOS POR ATENCIONES DE EMERGENCIA

Permite conocer aproximadamente, la proporción de pacientes atendidos en emergencia⁸⁰ (o urgencia-emergencia)⁸¹ que son hospitalizados en total o por servicios o especialidades⁸².

⁷⁸ Ver indicador "D": Número de atenciones de urgencia-emergencia.

⁷⁹ Ver indicador: *Número de atenciones - número de atenciones por servicio o especialidad* (es producto de sumar las atenciones por separado, de cada una de las especialidades médico-quirúrgicas.)

⁸⁰ Ver indicador "B": Número de atenciones de emergencia.

⁸¹ Ver indicador "D": Número de atenciones de urgencia-emergencia.

En el denominador de la fórmula de este indicador se consigna el número de atenciones de emergencia (o urgencia-emergencia), y no el número de pacientes atendidos en ese servicio. Por la dinámica particular del servicio de emergencia, no es usual llevar una historia clínica de los pacientes, quienes son registrados en el *libro de emergencia* sin considerar si son nuevos, reingresantes o continuadores. Lo más frecuente es que los pacientes sean vistos una sola vez en este servicio, pero como no siempre es así, la cifra de atendidos no coincide exactamente con la cifra de atenciones, razón por la cual el resultado es aproximado y no exacto.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados por emergencia} \\ \text{(o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia) \\ en el mismo período}} \times 100$$

L. RENDIMIENTO HORA MÉDICO EN EMERGENCIA (CAMA DE OBSERVACIÓN) U OTRO.

Permite conocer el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en emergencia (o urgencia - emergencia). Puede utilizarse para establecer el rendimiento médico individual, el de un grupo de médicos, o el promedio de rendimiento del conjunto de médicos⁸³.

Las *horas médico efectivas*, se refieren al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes.

Para el cálculo de este indicador, debe desagregarse las horas médico efectivas correspondientes a cada especialidad y área de trabajo al interior del servicio (tópico, sala de observación, sala de trauma-shock, sala de procedimientos, etc.).

El rendimiento en emergencia está en relación a una demanda fluctuante, a la complejidad de los casos y al riesgo de muerte de los pacientes. Por lo

⁸² Ver indicador: *Promedio diario de pacientes hospitalizados* (paciente hospitalizado) (sirve para conocer el número promedio de pacientes hospitalizados por día.).

⁸³ Ver indicador "B": *Número de atenciones de emergencia*; ver indicador "D": *Número de atenciones de urgencia - emergencia*.

tanto para la aplicación de este indicador es necesario tomar en cuenta estos condicionantes (no existe un parámetro estricto que norme el trabajo de los profesionales en este servicio).

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de horas médicas efectivas en el mismo período}}$$

M. PROMEDIO DE FÁRMACOS PRESCRITOS POR ATENCIÓN DE EMERGENCIA.

Mide el número promedio de medicamentos recetados⁸⁴ por cada atención de emergencia⁸⁵ (o urgencia - emergencia)⁸⁶. Sirve para establecer el uso racional de los medicamentos. Este indicador puede adecuarse para insumos o material fungible.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de fármacos recetados en emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia) en el mismo período}}$$

N. PROMEDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Refleja la utilización de los recursos de laboratorio⁸⁷ por cada atención de emergencia⁸⁸ (o urgencia - emergencia)⁸⁹. Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos. Sus resultados permiten establecer la importancia que se otorga al laboratorio como apoyo al diagnóstico de los pacientes, por lo que está relacionado a la calidad de la atención.

⁸⁴ Ver indicador: *Promedio de fármacos prescritos por atención* (número de fármacos recetados) (es la suma de las prescripciones de los médicos u otros profesionales de la salud autorizados, por cada una de las cuales se indica un sólo medicamento.)

⁸⁵ Ver indicador "B": *Número de atenciones de emergencia.*

⁸⁶ Ver indicador "D": *Número de atenciones de urgencia - emergencia.*

⁸⁷ Ver indicador: *Promedio de exámenes de laboratorio por atención* (exámenes o análisis de laboratorio) (Refleja la utilización de los recursos de laboratorio por cada atención de consulta externa).

⁸⁸ Ver indicador "B": *Número de atenciones de emergencia.*

⁸⁹ Ver indicador "D": *Número de atenciones en urgencia-emergencia.*

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes de laboratorio atendidos en emergencia} \\ \text{(o urgencia – emergencia) en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia)} \\ \text{del mismo período}}$$

O. PROMEDIO DE EXÁMENES RADIOLÓGICOS POR ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Mide el número de exámenes radiológicos⁹⁰ efectuados en cada atención de emergencia⁹¹ (o urgencia-emergencia⁹²). Sirve para establecer el uso adecuado de los recursos.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exámenes radiológicos atendidos en emergencia} \\ \text{(o urgencia – emergencia) en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia)} \\ \text{del mismo período}}$$

P. NÚMERO DE TRASLADOS A OTRO CENTRO ASISTENCIAL

Este indicador sirve para establecer la capacidad resolutoria del servicio de emergencia, en relación al tipo de patología que se atiende, y también para establecer las causas por las que el paciente es trasladado. Esta información permite identificar las medidas correctivas que deben llevarse a cabo para mejorar el servicio.

Traslado, se refiere al envío de un paciente a otro centro hospitalario con el fin de continuar su atención. No debe confundirse con *transferencia*, que está relacionada con el movimiento intrahospitalario de un paciente.

⁹⁰ Ver indicador: *Promedio de exámenes radiológicos por atención* (número de exámenes radiológicos) (Mide el número de exámenes radiológicos procedentes de las atenciones realizadas en consultorios externos).

⁹¹ Ver indicador “B”: *Número de atenciones de emergencia*.

⁹² Ver indicador “D”: *Número de atenciones de urgencia-emergencia*.

Q. TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA

Sirve para obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes de emergencia (o urgencia - emergencia), sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud de los pacientes de las asociadas a la calidad de los servicios de salud.

Tasa bruta de mortalidad en emergencia, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de atenciones realizadas durante un mismo período, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de defunciones en emergencia (o urgencia - emergencia)} \\ \text{en un período}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia)} \\ \text{en el mismo período}} \times 100$$

R. TASA NETA DE MORTALIDAD EN EMERGENCIA

Sirve para evaluar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes en emergencia (o urgencia - emergencia), ya que se presume que las muertes están asociadas a la atención del servicio. La evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir.

Tasa neta de mortalidad en emergencia, es la proporción de fallecidos en emergencia después de las 48 horas de su admisión, respecto al total de atenciones⁹³ en ese servicio durante un mismo período. El resultado de la fórmula es un estimado y no una cifra exacta debido a que en el denominador se consignan las atenciones y no los atendidos⁹⁴.

⁹³ Ver indicador “B”: *Número de atenciones de emergencia*.

⁹⁴ Ver indicador “K”: *Porcentaje de hospitalizaciones por atenciones de emergencia*.

Defunción o muerte en emergencia, se refiere a todo paciente que fallece mientras se encuentra en el servicio de emergencia. Se registran por separado de las que ocurren en pacientes internados⁹⁵.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fallecidos en emergencia (o urgencia - emergencia) después de 48 horas de su admisión en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia (o urgencia - emergencia) en el mismo período}} \times 100$$

S. PORCENTAJE DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR CON ÉXITO

Permite tener una aproximación sobre la capacidad técnica de los profesionales que atienden en el servicio de emergencia (o urgencia - emergencia), y de la disponibilidad de los equipos adecuados para la resucitación cardio-pulmonar.

Reanimación cardiopulmonar, es un procedimiento básico de emergencia para mantener la vida de un paciente, que comprende respiración artificial, masaje cardíaco manual externo, uso de fármacos y/o instrumentos. Está indicado en casos de paro cardíaco para establecer la circulación y ventilación eficaces a fin de evitar la lesión irreversible del cerebro como consecuencia de la anoxia.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos de reanimación cardiopulmonar realizados con éxito en emergencia (o urgencia - emergencia) en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de paros cardíacos en emergencia (o urgencia - emergencia) en quienes se realizó procedimientos de reanimación cardiopulmonar en el mismo período}} \times 100$$

T. COSTO POR ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Este indicador se utiliza para estimar el costo promedio aproximado de cada atención de emergencia⁹⁶.

⁹⁵ Ver indicador: *Tasa bruta de mortalidad hospitalaria* (defunción o muerte hospitalaria) (es la proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período, considerando sólo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente).

Costo global de atenciones de emergencia, se refiere al costo monetario para producir dicho servicio de salud, e incluye la combinación de recursos humanos, materiales y financieros.

$$\frac{\text{Costo global de atención de emergencia}}{\text{N° de atenciones de emergencia en el mismo período}}$$



⁹⁶ Ver indicador “K”: *Porcentaje de hospitalizados por atenciones de emergencia.*

3.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Hecha la revisión bibliográfica correspondiente, tanto en la Universidad Católica de Santa María, como en la Universidad Nacional de San Agustín, de nuestra ciudad; y visitando la biblioteca de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a través de sus portales de Internet, se ha podido verificar que no existen estudios referidos al tema materia de investigación.

4.- OBJETIVOS.

- a. Determinar la presencia/ausencia de saturación de pacientes en Sala de Observación de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo – EsSalud. Arequipa.
- b. Precisar los factores relacionados con la presencia/ausencia de saturación de pacientes en Sala de Observación de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo – EsSalud. Arequipa.

5.- HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta:

Que existe una gran demanda de atención en los Servicios de Emergencia, que condiciona la congestión de los mismos, al sobrepasar su capacidad de resolución.

Hipótesis: Es probable que:

Exista saturación de pacientes en la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo y que los principales factores que determinen dicha saturación, sean los relacionados con la institución.

III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1.- TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES | FUENTES | TÉCNICA | INSTRUMENTOS |
|-------------------------|------------------------------------|---|---|------------------------|--------------------|
| Saturación de pacientes | Permanencia en Sala de Observación | Ingresos con Referencia e Ingresos sin Referencia | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | | Estancia menor de 24 horas y mayor de 24 horas. | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | | Promedio de permanencia. | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | | Promedio de sustitución. | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | | Porcentaje de ocupación | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | | Rendimiento cama | Registros estadísticos del Servicio de Emergencia | Observación documental | Ficha de registro. |
| | Relacionados con la | Sistema de referencias | Registros estadísticos | Observación | Formulario de |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|------------------------|---|----------------------------|
| Factores relacionados con la saturación. | institución | | del Servicio de Emergencia | documental | seguimiento. | |
| | | Disponibilidad de camas en hospitalización. | Historias clínicas | Observación documental | Guía de observación para infraestructura: pasillo de Observación. | |
| | Relacionados con el personal sanitario | | Tiempo de tramitación y respuesta de Interconsultas | Historias clínicas | Observación documental | Formulario de seguimiento. |
| | | | Tiempo de tramitación y respuesta de Exámenes auxiliares. | Historias clínicas | Observación documental | Formulario de seguimiento. |
| | | | Toma de decisiones del personal médico | Historias clínicas | Observación documental | Formulario de seguimiento. |
| | | | Acciones colaterales dependientes de enfermería. | Historias clínicas | Observación documental | Formulario de seguimiento. |
| | Relacionados con el paciente | | Afluencia de pacientes crónicos y terminales | Pacientes | Comunicación | Cédula de entrevista |
| | | | Problemas alrededor del alta | Pacientes | Comunicación | Cédula de entrevista |

1.1.- TÉCNICAS

Para recoger información relacionada a las variables, dependiente e independiente, establecidas para la presente investigación, se utilizarán la técnica de observación y la de comunicación.

La técnica de observación será la documental, cuyos instrumentos serán la ficha de registro, la ficha de observación estructurada, la guía de observación de infraestructura y el formulario de seguimiento; y en la técnica de comunicación se utilizará la cédula de entrevista.

1.2.- FUENTES

- **Observación Documental:**

- Registros Estadísticos de EsSalud (EsSalud en Cifras)
- Registros Estadísticos Anuales del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa.
- Historias Clínicas.

- **Comunicación:**

- Pacientes.

1.3.- INSTRUMENTOS

- **Observación Documental:**

- Ficha de registro.
- Fichas de investigación:
 - Ficha de observación estructurada.
 - Guía de observación para infraestructura: pasillo de Observación de Emergencia.

- Formulario de seguimiento de pacientes que permanecen más de 25 horas en sala de observación.

- **Comunicación:**

- Cédula de entrevista.

1.3.1.- Baremo de evaluación.

Se aplicará a las preguntas 3 y 4 de la cédula de entrevista a pacientes. A cada respuesta afirmativa se le asignará el valor de 01. Las respuestas negativas no se contabilizarán. El mínimo puntaje será de 01 y el máximo de 06. La atención recibida por el paciente, así como el ambiente donde se encuentra hospitalizado se calificarán como buenos, regulares o malos de acuerdo a la siguiente tabla:

| | |
|---------|--------------|
| Bueno | 1 a 2 puntos |
| Regular | 3 a 4 puntos |
| Malo | 5 a 6 puntos |

1.2.2.- Presentación de los Instrumentos.

FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

| N° FICHA | N° HISTORIA CLÍNICA | INGRESO | | EGRESO | | MOTIVO DE INGRESO |
|-------------|---------------------------|---------|------|--------|------|-------------------------|
| | | FECHA | HORA | FECHA | HORA | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA INFRAESTRUCTURA:
PASILLO DE SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA**

Fecha: _____ Hora: _____

Nº de camillas: _____

Hora en que empezó a colocarse pacientes en el pasillo: _____

Hora en que se desocupó el pasillo: _____

Colocar el Nº de pacientes según grado de dependencia y especialidad.

Prioridad I. _____

Prioridad II. _____

Prioridad III. _____

Prioridad IV. _____

El paciente ingresó de:

Sala de operaciones Si () No ()

Tópicos Si () No ()

Shock Trauma Si () No ()

Otros _____

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE PERMANECE MAS DE 25 HORAS EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA

A. Datos referenciales del paciente:

1. Nombres y Apellidos _____
2. N° de historia clínica _____
3. Lugar de procedencia: Provincia de Arequipa ()
Otro: _____
4. Centro Asistencial de adscripción: _____

B. Datos Específicos.

1. Fecha de ingreso _____ Hora _____
2. Especialidad que lo ingresa _____
3. ¿Trajo transferencia? Si () No ()
4. Diagnóstico de ingreso: _____

5. Interconsultas

| | Interconsultas solicitadas | Fecha de solicitud | Hora de envío | Fecha de atención | Hora de atención |
|----|----------------------------|--------------------|---------------|-------------------|------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

6. Ayuda al diagnóstico

| | Exámenes solicitados | Fecha de solicitud | Hora de envío | Fecha de atención | Hora de atención |
|----|----------------------|--------------------|---------------|-------------------|------------------|
| 1. | Análisis de lab. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | Rayos X | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | Ecografía | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. | Otros | _____ | _____ | _____ | _____ |

7. Diagnóstico Final: _____

8. Especialidad _____

9. Fecha de Egreso _____

10. Destino de Egreso:

Hospitalización () Alta ()

Transferencia () Lugar _____

11. Paciente con orden de hospitalización.

- Anote fecha anotada de orden _____ hora _____

- Fecha en que sube a piso _____ hora _____

- Continua en emergencia por las siguientes causas.

SI NO

Falta de cama disponible en piso () ()

Mala coordinación con enfermería () ()

Otros _____

CÉDULA DE ENTREVISTA A PACIENTES

A. Aspectos Generales.

Nombre del paciente _____

Nº de historia clínica _____

Edad _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil: Soltero () Casado ()

Viudo () Divorciado ()

Conviviente ()

Ocupación _____

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

B. Aspectos Específicos

1. Fecha de ingreso _____ Hora _____

2. ¿Por qué acudió al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE?

3. La atención que usted recibe es:

Con personal amable Si () No ()

Le explica lo que tiene Si () No ()

Esta bien presentado Si () No ()

Satisface su problema Si () No ()

Le dedica el tiempo suficiente Si () No ()

Acude pronto a su llamado Si () No ()

4. El ambiente donde se encuentra, ¿es adecuado?

Bien iluminado Si () No ()

Temperatura (es cálido) Si () No ()

Está limpio Si () No ()

Le brinda privacidad Si () No ()

Es amplio Si () No ()

Es cómodo Si () No ()

1.3.- RECURSOS

1.3.1.- Humanos: Investigador.

1.3.2.- Materiales: Papel, computadora, disquete, libros, documentos, útiles de escritorio.

1.3.3.- Económicos: Autofinanciados.

2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1.- Ubicación Espacial

La ciudad de Arequipa: Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de EsSalud.

El Hospital Nacional CASE se encuentra ubicado en el distrito del Cercado, provincia y departamento de Arequipa, sito en la calle Peral sin número.

Es un hospital de nivel IV, acreditado como tal en el año 1999, siendo el primer hospital de EsSalud a nivel nacional en conseguir dicha acreditación.

Como tal, sólo atiende pacientes transferidos mediante el sistema de referencias y contrarreferencias, por lo tanto no tiene población adscrita.

Presta servicios médicos y quirúrgicos diversos de las grandes especialidades, así como múltiples servicios complementarios.

Forma parte de la Red Asistencial de Arequipa, siendo la población asegurada de ésta última de 417 040 personas. Así mismo es el centro de referencia de mayor nivel y con mayor capacidad de resolución de acuerdo a la complejidad de las patologías, de toda la Macro Región Sur.

2.2.- Ubicación Temporal

La presente investigación es coyuntural y válida para el 2004-2005.

2.3.- Unidades de Estudio

Para la presente investigación, la población estará conformada por todos los pacientes que ingresen al sala de Observación de Emergencia y que permanezcan ahí más de 25 horas.

2.3.1.- Tamaño de la muestra.

El tamaño muestral para la aplicación de las cédulas de entrevista, considerando que en Sala de Observación, ingresan aproximadamente un promedio de 750 pacientes mensuales, y por lo tanto anualmente sería una población total de 9000 pacientes anuales; **será de 383 unidades**, de acuerdo a la siguiente fórmula para poblaciones finitas no mayores de 100,000 unidades, con un nivel de confianza del 95,5% y un margen de error del 5%:

$$n = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

n : Número de unidades muestrales.
N : Población.

$$n = \frac{9000 \times 400}{9000 + 399}$$

$$n = 383$$

2.3.2.- Criterios de Exclusión.

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no sean hispano hablantes.
- Pacientes con algún compromiso de su estado de conciencia que les impida responder a la entrevista.

2.3.3.- Selección de la Muestra.

La selección de los pacientes que permanezcan más de 25 horas en Sala de Observación, así como a aquellos que se encuentran en los pasillos se realizará de forma permanente por el propio investigador, los siete días a la semana, ya sea en el turno de la mañana o de la tarde, siguiendo los criterios exclusión correspondientes, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del mismo, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2004.

2.4.- Fuentes de Estudio

En la presente investigación, la información se obtendrá de las siguientes fuentes de estudio:

- a. **Registros Estadísticos de EsSalud:** para realizar el análisis comparativo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE con los demás Servicios de Emergencia de los Hospitales Nacionales de EsSalud
- b. **Registros Estadísticos Anuales del Servicio de Emergencia:** para completar las respectivas fichas de registro y realizar el análisis descriptivo de la oferta y la demanda del Servicio de Emergencia, así como para valorar la presencia de saturación de pacientes en su

Sala de Observación, a través de sus indicadores de calidad.

- c. **Historias Clínicas:** para completar los respectivos instrumentos como son la ficha de observación estructurada, la guía de observación de infraestructura y el formulario de seguimiento
- d. **Pacientes:** de quienes se obtendrán las respuestas formuladas en la cédula de entrevista.

3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La información que se requiere, para la presente investigación, será recogida de la siguiente forma:

- Observación Documental: realizada por el propio investigador.
De los registros estadísticos de EsSalud se obtendrán los datos necesarios para realizar el análisis comparativo del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE con los demás Servicios de Emergencia de los hospitales Nacionales de EsSalud.
De los registros estadísticos mensuales del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, para la elaboración de los indicadores de calidad correspondientes a la Permanencia de Pacientes de la variable dependiente. Los datos obtenidos serán consignados en la ficha de registro correspondiente.
De las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en sala de observación de emergencia y que permanezcan en ella más de 25 horas, se llenará el formulario de seguimiento al paciente que permanece más de 25 horas en observación de emergencia, así como la elaboración de la guía de observación de infraestructura

correspondiente, para todos aquellos pacientes que se encuentran internados en camas supernumerarias ubicadas en los pasillos de la Sala de Observación. Así mismo se completará la ficha de observación estructurada correspondiente.

- Investigación de Campo: Realizada por el Investigador, a través de entrevistas personales a los pacientes internados en observación de emergencia, llenando la cédula de entrevista correspondiente.

4.- CRITERIOS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS.

Primeramente se realizará la tabulación manual de los datos para poder luego crear una base de datos en el programa Excel XP para Windows XP.

Una vez tabulados y codificados los datos obtenidos, se procederá a la elaboración de las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes respectivos.

Posteriormente dichas tablas serán también expresadas también en algunos gráficos.

Finalmente se procederá a aplicar estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central.

5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | UNIDAD DE MEDIDA | PRESENTACIÓN | PRUEBA ESTADÍSTICA |
|--|------------------------------------|---|--------------------|------------------|--------------|-------------------------------|
| Saturación de Pacientes | Permanencia en Sala de Observación | Ingresos con Referencia e Ingresos sin Referencia | Nominal. | Referencias. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Estancia menor de 24 horas y mayor de 24 horas. | Ordinal | Paciente/día | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Promedio de permanencia. | Ordinal | Día | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Promedio de sustitución. | Ordinal | Día | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Porcentaje de ocupación | Ordinal | Porcentaje | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Rendimiento cama | Ordinal | Paciente/mes | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| Factores relacionados con la institución | Relacionados con la institución | Sistema de referencias | Nominal. | Referencias. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Disponibilidad de camas en hospitali- | Ordinal. | Camas. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |

| | | | | | | |
|--|--|---|----------|------------|------------|-------------------------------|
| | | zación. | | | | |
| Relacionados con el personal sanitario | | Tiempo de tramitación y respuesta de Interconsultas. | Ordinal. | Horas. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Tiempo de tramitación y respuesta de exámenes auxiliares. | Ordinal. | Horas. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Toma de decisiones del personal médico | Nominal. | Órdenes. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Acciones colaterales dependientes de enfermería. | Nominal. | Trámites. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| Relacionados con el paciente | | Afluencia de pacientes crónicos y terminales | Nominal. | Pacientes. | Porcentual | Medidas de tendencia central. |
| | | Problemas alrededor del alta | Nominal. | Problemas | Porcentual | Medidas de tendencia central. |

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

| ACTIVIDADES | 2004 | | | 2005 | | |
|--------------------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|
| | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR |
| -Preparación del Proyecto | XX | X | | | | |
| -Aprobación del proyecto | | XX | | | | |
| -Recolección de la Información. | | | XX | XXX | | |
| -Análisis y Sistematización de Datos | | | | X | XX | |
| -Conclusiones y sugerencias | | | | | XX | |
| -Preparación del Informe | | | | | | XX |
| - Presentación final del Informe | | | | | | XX |





ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CÉDULA DE ENTREVISTA A PACIENTES

1. Edad
 - a. 18-35 años 11
 - b. 35- 45 años 48
 - c. 45-55 años 37
 - d. 55-65 años 129
 - e. 65-más años 158

2. Sexo:
 - a. Masculino 208
 - b. Femenino 175

3. Estado civil :
 - a. Soltero 98
 - b. Casado 127
 - c. Viudo 43
 - d. Divorciado 49
 - e. Conviviente 66

4. Ocupación
 - a. Estudiante 38
 - b. Profesional dependiente 97
 - c. Profesional independiente 79
 - d. Técnico 93
 - e. Subempleado 59
 - f. Desempleado 17

5. Grado de instrucción
 - a. Analfabeto 6
 - b. Primaria 42
 - c. Secundaria 152
 - d. Superior 183

6. ¿Por qué acudió al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE?
 - a. Falta el Servicio de EMG en CAS de origen 277
 - b. Accesibilidad 57
 - c. La atención no es buena en CAS de origen 49

7. La atención que usted recibe es:
 - a. Con personal amable
 - a) Si 252
 - b) No 131

- b. Le explica lo que tiene
 - a) Si 167
 - b) No 216
 - c. Esta bien presentado
 - a) Si 289
 - b) No 94
 - d. Satisface su problema
 - a) Si 195
 - b) No 188
 - e. Le dedica el tiempo suficiente
 - a) Si 109
 - b) No 274
 - f. Acude pronto a su llamado
 - a) Si 178
 - b) No 205
8. El ambiente donde se encuentra, ¿es adecuado?
- a. Bien iluminado
 - a) Si 249
 - b) No 134
 - b. Temperatura (es cálido)
 - a) Si 123
 - b) No 260
 - c. Está limpio
 - a) Si 289
 - b) No 94
 - d. Le brinda privacidad
 - a) Si 145
 - b) No 238
 - e. Es amplio
 - a) Si 119
 - b) No 264
 - f. Es cómodo
 - a) Si 159
 - b) No 224

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE QUE
PERMANECE MAS DE 25 HORAS EN OBSERVACIÓN
DE EMERGENCIA**

1. Lugar de procedencia:
 - a. Provincia de Arequipa 262
 - b. Otro 121

2. Centro Asistencial de procedencia.
 - a. P. Metropolitano 117
 - b. Yanahuara 99
 - c. P. Edmundo Escomel 60
 - d. P. Melitón Salas 25
 - e. HNCASE 13
 - f. Otro 69

3. Especialidad que lo ingresa
 - a. Medicina Interna 114
 - b. Neurocirugía 51
 - g. Nefrología 46
 - h. Cirugía 41
 - i. Traumatología 34
 - j. Cardiología 19
 - k. Otras 78

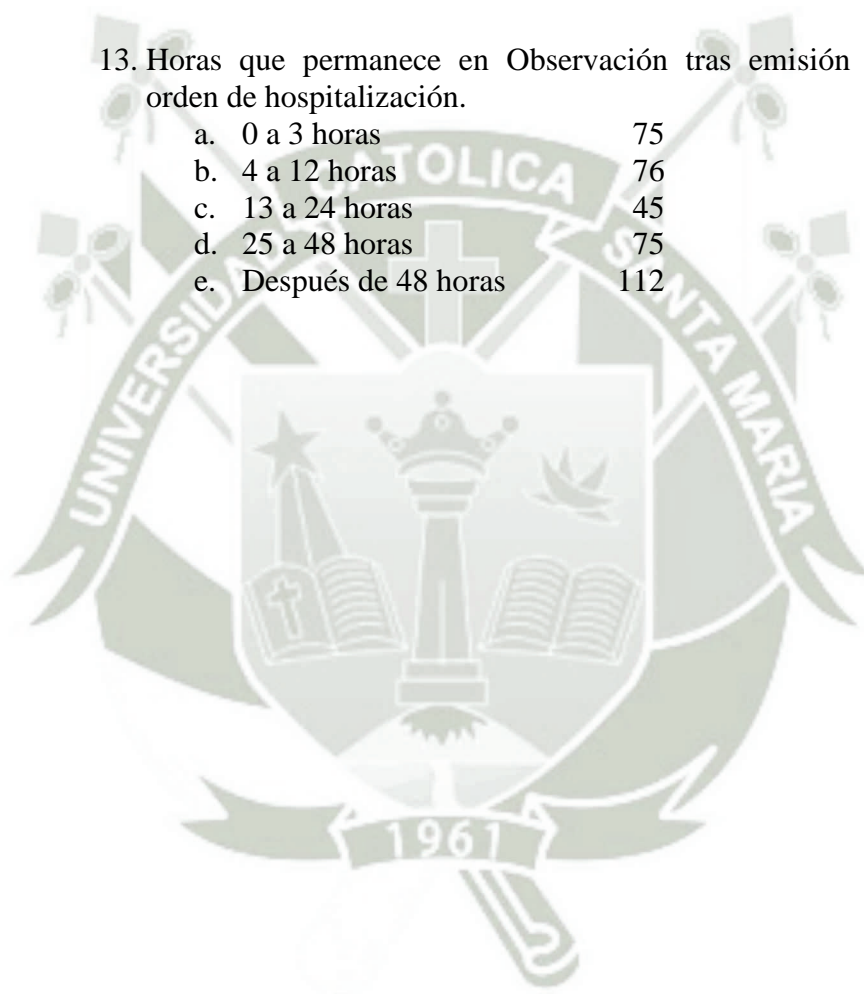
4. ¿Trajo transferencia?
 - a. Si 136
 - b. No 247

5. Interconsultas
 - a. Solicitud
 - a) Menos de 1 hora 72
 - b) De 1 a 3 horas 63
 - c) De 4 a 6 horas 40
 - d) Más de 6 horas 253
 - b. Respuesta
 - a) Menos de 1 hora 45
 - b) De 1 a 3 horas 189
 - c) De 4 a 6 horas 57
 - d) Más de 6 horas 137

6. Análisis de Laboratorio
 - a. Solicitud
 - a) Menos de 1 hora 257
 - b) De 1 a 3 horas 81
 - c) De 4 a 6 horas 34

- d) Más de 6 horas 11
- b. Respuesta
 - a) Menos de 1 hora 117
 - b) De 1 a 3 horas 184
 - c) De 4 a 6 horas 56
 - d) Más de 6 horas 26
- 7. Rayos X
 - a. Solicitud
 - a) Menos de 1 hora 192
 - b) De 1 a 3 horas 101
 - c) De 4 a 6 horas 47
 - d) Más de 6 horas 19
 - b. Respuesta
 - a) Menos de 1 hora 95
 - b) De 1 a 3 horas 151
 - c) De 4 a 6 horas 87
 - d) Más de 6 horas 26
- 8. Ecografía
 - a. Solicitud
 - a) Menos de 1 hora 115
 - b) De 1 a 3 horas 101
 - c) De 4 a 6 horas 53
 - d) Más de 6 horas 26
 - b. Respuesta
 - a) Menos de 1 hora 147
 - b) De 1 a 3 horas 104
 - c) De 4 a 6 horas 35
 - d) Más de 6 horas 9
- 9. Otros exámenes auxiliares
 - a. Solicitud
 - a) Antes de 3 horas 82
 - b) De 3 a 6 horas 59
 - c) Más de 6 horas 63
 - b. Respuesta
 - a) Antes de 3 horas 116
 - b) De 3 a 6 horas 56
 - c) Más de 6 horas 32
- 10. Patologías más atendidas en Observación.
 - a. Insuficiencia Renal Crónica 62
 - b. Cáncer 32
 - c. Hemorragia Digestiva Alta 33
 - d. Encefalopatía 24
 - e. TEC 21
 - f. ACV 21

| | |
|--|-----|
| g. Otros | 190 |
| 11. Destino de egreso | |
| a. Hospitalización | 171 |
| b. Alta | 146 |
| c. Transferencia | 52 |
| 12. Continúa en Emergencia por las siguientes causas: (tras emisión de orden de hospitalización) | |
| a. Falta de cama en piso | 291 |
| b. Mala coordinación con enfermería | 71 |
| c. Otras | 21 |
| 13. Horas que permanece en Observación tras emisión de la orden de hospitalización. | |
| a. 0 a 3 horas | 75 |
| b. 4 a 12 horas | 76 |
| c. 13 a 24 horas | 45 |
| d. 25 a 48 horas | 75 |
| e. Después de 48 horas | 112 |

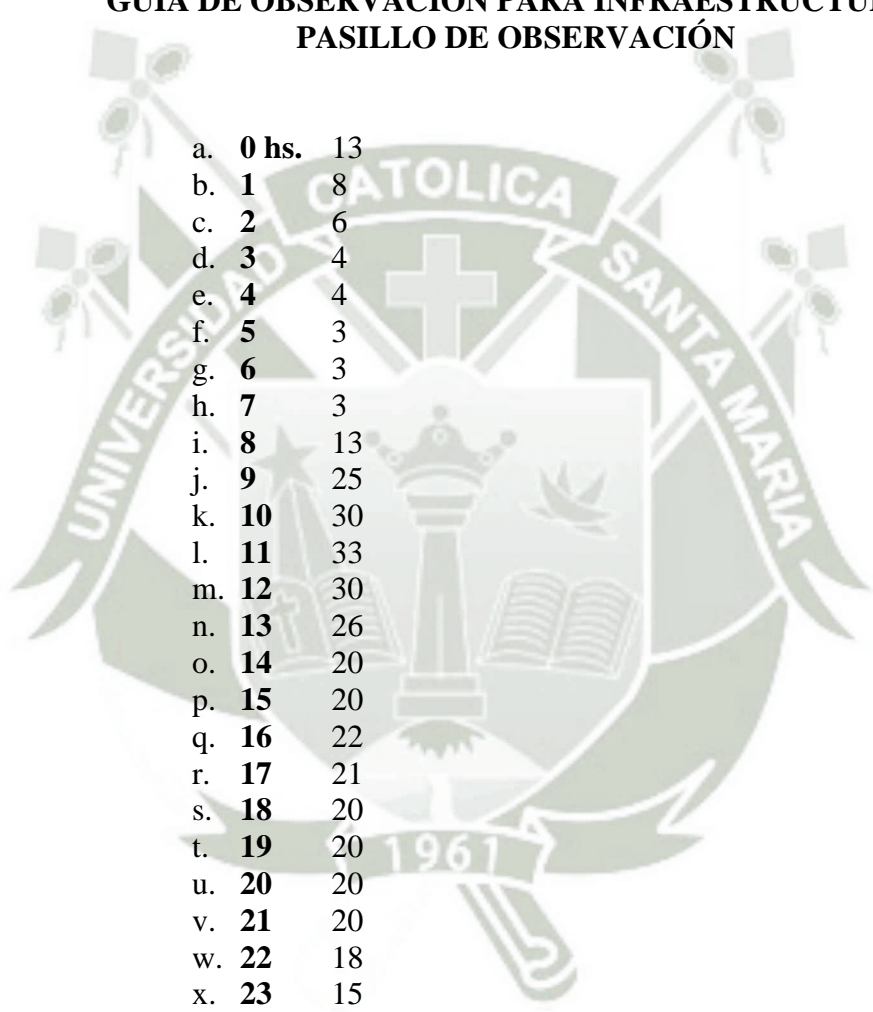


FICHA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

1. Horas de permanencia en Sala de Observación.

| | |
|-------------------|-----|
| a. 25 - 48 horas | 174 |
| b. 49 - 72 horas | 101 |
| c. 73 - 96 horas | 74 |
| d. 97 horas a más | 34 |

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA INFRAESTRUCTURA: PASILLO DE OBSERVACIÓN



| | |
|----------|----|
| a. 0 hs. | 13 |
| b. 1 | 8 |
| c. 2 | 6 |
| d. 3 | 4 |
| e. 4 | 4 |
| f. 5 | 3 |
| g. 6 | 3 |
| h. 7 | 3 |
| i. 8 | 13 |
| j. 9 | 25 |
| k. 10 | 30 |
| l. 11 | 33 |
| m. 12 | 30 |
| n. 13 | 26 |
| o. 14 | 20 |
| p. 15 | 20 |
| q. 16 | 22 |
| r. 17 | 21 |
| s. 18 | 20 |
| t. 19 | 20 |
| u. 20 | 20 |
| v. 21 | 20 |
| w. 22 | 18 |
| x. 23 | 15 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|
| 123 | x | | x | | | x | | | | x | x | | | x | | x | | | x | x | | |
| 124 | x | x | | | | | | x | x | | | x | x | | x | | x | | | x | | x |
| 125 | x | | | x | | | | x | x | | | x | x | | | x | | x | | | | x |
| 126 | x | | | x | | | x | | x | | | x | | x | x | | x | | x | | | x |
| 127 | x | | | x | | | | x | x | x | | | x | | x | | | | | | | |
| 128 | | x | | | x | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | x |
| 129 | x | | | x | | | | x | x | | x | | x | | x | | | x | | x | | x |
| 130 | x | x | | | | | | x | x | | x | x | | x | | | | | x | | | |
| 131 | x | x | | | | x | | | x | | x | | x | x | | x | | | x | | | x |
| 132 | x | | x | | | | x | | | x | | x | | x | x | | x | | | x | | x |
| 133 | x | x | | | x | | | | x | | x | x | | x | | x | | | x | | | x |
| 134 | x | | | | x | | x | | | x | | x | | x | | x | | x | | | | |
| 135 | x | | | | x | | | x | | | x | | x | | x | | x | | | | | |
| 136 | x | x | | | | | | x | x | | x | | x | x | | x | | | x | | | x |
| 137 | | x | | | x | | | | x | | x | | x | | | x | | | | | | |
| 138 | x | x | | | | x | | | | x | | x | x | | x | | | | x | | | x |
| 139 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | x | | | x | | x | | | x |
| 140 | x | | | x | | | | x | x | | x | | x | x | | | x | | x | | | |
| 141 | x | x | | | | | | x | x | x | | x | | x | x | | x | | x | | | x |
| 142 | x | | | x | | | | x | x | x | | | | x | | x | | x | | | | x |
| 143 | x | | | x | | | | x | x | | x | | x | | x | | x | | | | | |
| 144 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | x | | x | | | x | | | x |
| 145 | x | x | | | | x | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 146 | x | x | | | | | x | | | x | | x | x | | x | | | | | | | x |
| 147 | x | x | | | | | | x | x | | x | | x | x | | x | | | | | | x |
| 148 | | x | x | | | x | | | | x | | x | x | | x | x | | | x | | | x |
| 149 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 150 | x | | | x | | | | | x | x | | x | | x | | | | | x | | | |
| 151 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 152 | | x | x | | | | | x | | x | | x | x | | x | x | | | x | | | x |
| 153 | | x | | | x | | | | x | x | | x | | x | x | | | | x | | | x |
| 154 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 155 | x | | | x | | | | | x | x | | x | | x | | | | | x | | | x |
| 156 | x | | | x | | | | | x | x | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 157 | x | | | x | | | | | x | x | x | | | x | | x | | | x | | | x |
| 158 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 159 | x | | | x | | | | | x | | x | | | x | | x | | | x | | | |
| 160 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 161 | x | | | x | | | | | x | x | | x | | x | x | | | | x | | | x |
| 162 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 163 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | x | | | | | x | | | x |
| 164 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 165 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | x | | | | | x | | | x |
| 166 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | x | | | | | x | | | x |
| 167 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 168 | x | | | x | | | | | x | x | | x | | x | | | | | x | | | |
| 169 | x | | | x | | | | | x | | x | | | x | x | | | | x | | | x |
| 170 | x | | | x | x | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 171 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | | | | |
| 172 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| 173 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 174 | x | | | x | x | | | | x | | x | | x | | | | | | x | | | x |
| 175 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | x | | | | | x | | | x |
| 176 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | | | | | x | | | x |
| 177 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 178 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 179 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 180 | x | | | x | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | | | x |
| 181 | x | x | | | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 182 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 183 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | x |
| 184 | x | | | x | | | | | x | | | | x | | x | | | | x | | | x |
| 185 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | x | | | | | x | | | x |
| 186 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 187 | x | x | | | | x | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 188 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | x |
| 189 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | x |
| 190 | x | | | x | | | | | x | x | | | x | | x | | | | x | | | |
| 191 | x | | | x | | | | | x | | | | x | | x | | | | x | | | x |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|--|
| 50 | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | X | X | | | | | | X | | | | | | | | | |
| 52 | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | X | | | | | | | | | |
| 53 | X | | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | | | |
| 54 | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | | | |
| 55 | X | X | | | X | | | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | | | |
| 56 | X | | | | | X | | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | | | |
| 57 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | |
| 58 | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | |
| 59 | X | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 61 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 62 | | | | | | X | | | | X | X | X | X | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 63 | X | | | X | | | | | X | | | X | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | |
| 64 | X | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 66 | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | | | |
| 67 | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | |
| 68 | X | X | | | X | | X | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | X | X | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 70 | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 71 | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 72 | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | X | | | |
| 73 | X | | | X | X | | | | X | | | | X | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | X | | | X | | | |
| 74 | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 75 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | X | | | | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 78 | X | | X | X | | | | X | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | X | | | |
| 80 | X | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | X | | | |
| 81 | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 82 | X | | | X | | | | X | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 83 | | X | | | | X | X | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 85 | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 86 | | | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 87 | X | | X | X | | | | X | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 88 | | X | X | | X | | X | X | | X | | | X | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | X | | | X | | |
| 89 | X | | | | X | | | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 90 | X | | | X | | | | X | | | X | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 91 | | | | | | | | | | | X | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 92 | | | | | | X | | | | | X | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 93 | | | | | | X | | | | | X | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 94 | X | | | X | | | | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | | |
| 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | | |
| 96 | | | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 97 | | | X | | | | X | X | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | | X | |
| 98 | X | X | | | X | | | | X | | | X | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 99 | | | | | | | | | | | X | X | | X | X | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | | X | |
| 100 | | | X | | | X | | | | | X | X | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 101 | | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 102 | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | | |
| 103 | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | | |
| 104 | X | X | | | X | | | | X | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |
| 105 | | | | | | | | | | X | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | | |
| 106 | | | X | | | X | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | X | | | | | | | | | | X | | | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|
| 221 | | X | X | | | | X | X | X | | | | | | | X | X | | | | X | |
| 222 | | X | | | | | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | X | |
| 223 | | X | | | | | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | X | |
| 224 | X | X | | | X | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 225 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | X | X | X | | | | | X |
| 226 | X | | X | X | | | | | X | | X | | | | | X | | | | | | X |
| 227 | X | X | X | | X | | X | X | X | | X | | | | X | X | X | | | | | X |
| 228 | X | X | | | X | | X | | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 229 | X | X | | | | | X | X | X | | X | | | | | X | | | | | | X |
| 230 | | X | X | | | | X | X | X | | X | | | | X | | X | | | | | X |
| 231 | | X | | | | | X | X | X | | X | | | | | X | | | | | | X |
| 232 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | X | X | | | | | X | |
| 233 | X | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | X | |
| 234 | | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | X | |
| 235 | | X | | | | X | X | X | X | X | | X | | | X | | X | X | | | | |
| 236 | X | X | | | | | X | X | X | X | | | | | | X | | | | | X | |
| 237 | X | X | | | X | | | | X | | X | | | | X | X | | | | | | X |
| 238 | X | X | | | X | | | | X | | X | | | | | X | X | | | | | X |
| 239 | X | | | X | X | | | | X | X | | | | | X | X | X | | | | | X |
| 240 | | | | | | | | X | | | X | X | X | | X | | X | | | | | |
| 241 | X | | | | | | | | | | X | X | X | | X | X | | | | | | X |
| 242 | X | | | X | | | | | X | | | | | | X | | X | | | | | X |
| 243 | | | | X | | | | X | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X |
| 244 | | | X | | X | | | X | | | X | X | X | | X | X | X | | | | | X |
| 245 | | | | | | | | | | | | X | X | | X | X | | | | | | X |
| 246 | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | X |
| 247 | X | X | | | X | | | | X | | | | | | X | | X | | | | | X |
| 248 | X | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | X | | | | |
| 249 | X | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | X | | | | |
| 250 | X | | X | | | X | | | X | | | X | X | X | X | X | | X | | | | |
| 251 | X | | X | | | | | | | | X | X | | X | X | X | | | | | | X |
| 252 | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | X | X | | X | | | | |
| 253 | X | | X | | | | | | X | | | | | | X | X | | X | | | | |
| 254 | X | X | | | X | | | X | | | | | | | X | | X | | | | | X |
| 255 | | X | | | | X | X | X | X | | | | | | X | | X | | | | | X |
| 256 | | X | | | | | X | X | X | | | | | | X | | X | | | | | X |
| 257 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 258 | | X | | | | | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 259 | | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | | X |
| 260 | X | X | | | | | X | X | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 261 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | X |
| 262 | X | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | X | |
| 263 | | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | X | |
| 264 | | | | X | | | | | | | X | X | | X | X | | | | | | | X |
| 265 | X | | | X | X | | | | X | | | | | | X | X | X | | | | X | |
| 266 | | | | | | | | | | | | X | X | | X | | | | | | | X |
| 267 | X | | | | | | | | | | X | X | X | | X | | | | | | | X |
| 268 | | | | X | | | | | | X | | | | | X | X | | X | | | | X |
| 269 | | X | | | | | X | X | X | X | | | | | | X | | | | | | X |
| 270 | X | X | | | | | X | | | X | | X | | | X | X | | | | | | X |
| 271 | X | X | | | X | | X | | X | X | | | | | X | | | X | | | | X |
| 272 | X | X | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | X | | | | X |
| 273 | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | X | | | X | | | | X |
| 274 | X | | | | X | | X | | X | | | | | | X | | | X | | | | X |
| 275 | X | | X | X | X | | | | X | | X | | | | X | X | | X | X | | | |
| 276 | | | X | X | X | | | | | X | | X | X | X | X | | | | | | X | |
| 277 | X | | | | X | | X | | X | | | | | | | | | X | X | | | |

ANEXO N° 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS



GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACV: Accidente Cerebro Vascular.

Adscripción: Acción y efecto de adscribir o adscribirse. Inscribir, contar entre lo que corresponde a una persona o cosa, atribuir. Agregar a una persona al servicio de un cuerpo o destino.

AME: Asistencia Médica de Emergencia.

Asegurado: Dícese de la persona que ha contratado un seguro.

CAS: Centro Asistencial de Salud.

CASE: Carlos Alberto Seguín Escobedo.

CEH: Comité de Emergencia Hospitalario.

EMG: Emergencia. Alteración súbita del estado de salud de una persona, que puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes, requiriendo de una atención médica inmediata.

EsSalud: Seguro Social de Salud.

FARESATPA-OBS-EMG-2004: Factores relacionados con la saturación de pacientes en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguín Escobedo” - EsSalud Arequipa 2004.

HNCASE: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo.

MINSA: Ministerio de Salud.

No EMG – No URG: No Emergencia –No Urgencia

PAAD: Programa de Atención Ambulatoria Descentralizado.

PADOMI: Programa de Atención Domiciliaria.

Prioridad I: Pacientes en estado crítico con riesgo inminente de muerte, que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock trauma.

Prioridad II: Pacientes portadores de cuadros agudos con riesgo de muerte, cuya atención se realiza en los Tópicos del Servicio de Emergencia. Puede tolerar un tiempo de espera no mayor de 10 minutos desde su ingreso.

Prioridad III: Pacientes que de acuerdo al daño, no presentan riesgo de muerte, ni de secuelas invalidantes. Ameritan atención en Consultorio de Urgencias, pudiendo ser diferida dando prioridad a los casos agudos.

Prioridad IV: Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación mediata, y que pueden recibir atención en Consultorios Externos.

RCP: Resucitación Cardio Pulmonar.

STAE: Sistema de Transporte Asistido de Emergencia.

TEC: Traumatismo Encéfalo Craneano.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

URG: Urgencia. Alteración del estado de salud de una persona, que no presenta riesgo inminente de muerte, que de no ser solucionado conduciría a riesgo de complicación, y requiere una atención médica mediata.