

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia
de la Caja Petrolera de Salud
en el segundo trimestre 2013**

**POSTULANTE: Lic. Lidia Martha Sanizo Zeballos
TUTOR: Lic. Justina Benito Gonzales**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister
Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería**

**LA PAZ - BOLIVIA
2013**

AUTORIDADES FACULTATIVAS

**HONORABLE DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

Dr. Heriberto Cuevas Lizárraga

COORDINADOR GENERAL DE LA UNIDAD DE POST GRADO

Dr. M.Sc. Ivan Larico Laura

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Lic. Mercedes Huayllani M.

COORDINADORA ACADÉMICA DEL POST GRADO EN ENFERMERÍA

Lic. M.Sc. Miriam Vargas Vilela

DEDICATORIA

A mi hijo que está en la gloria de Dios;
pero que siempre está en mi corazón y
es el ángel de mi guardia.

A mi hija, por todo el amor y comprensión
que cada día me ofrece sin pedirme nada
a cambio.

AGRADECIMIENTO

A la Lic. Justina Benito Gonzales mi tutor quien con paciencia, comprensión y muy profesional me guió en la Elaboración de este trabajo.

Al tribunal calificador lic. Edith Mendoza Dr. Franck Chacón y al Dr. Víctor Conde quienes con su experiencia profesional me dedicaron su tiempo para concluir con el trabajo de investigación.

A mi familia y a la Clínica Caja Petrolera de Salud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PAGINA
CARÁTULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE DE ANEXOS	X
ÍNDICE DE CUADROS	XI
RESUMEN	1
Diferencial Semántica	3
I. INTRODUCCIÓN	8
II. DISEÑO TEÓRICO	12
II.1 Planteamiento del problema	13
II.2 Pregunta de Investigación	14
II.3 Objetivos	15
II.3.1. Objetivo general	15
II.3.1. Objetivo Específico	15
II.4 Antecedentes	16
II.5 Justificación	22
II.6 Variables	23
II.7 Operacionalización de variables	24
III. MARCO TEÓRICO	30
III.1 Sistema de urgencia	31
III.2 El servicio de urgencia	31
III.3 Marco conceptual del modelo	32

III.4	Plan funcional de la Unidad	33
III.5	Estructura funcional	34
III.5.1	Área de admisión y recepción	34
III.5.1	Atención al cliente	35
III.5.8	Seguridad del cliente externo	37
III.6	Calidad de servicios	38
III.9	Definición del triage	43
III.10.	Triage de urgencia y emergencia	46
III.14	Evaluación del triage	47
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO	55
V.	RESULTADOS	60
VI.	DISCUSIÓN	81
VII	CONCLUSIONES	84
VIII.	RECOMENDACIONES	86
IX.	BIBLIOGRAFÍA	88
X.	ANEXOS	92
XI.	ANEXO 1 CARTA	93
XII.	ANEXO 2 ENCUESTA	95
XIII.	ANEXO 3 PROPUESTA FINAL DEL DISEÑO	100

RESUMEN

La atención en los servicios de emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención a los que acuden con razón o sin ella; pero no siempre es posible satisfacer todas las demandas. Esta demanda en el servicio de emergencia de la Clínica Caja Petrolera es cada vez observado, al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario con la atención recibida porque no se da por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud, esta situación determina que el usuario abandone el servicio, generando complicaciones por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y unidad de terapia intensiva. No disponen de área para el usuario con riesgo vital y para procedimientos de enfermería. El objetivo del estudio es evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia. El universo de la muestra se tomó al usuario que solicita atención en el servicio de emergencia y al Cliente Interno (profesional de Enfermería y Auxiliar de enfermería). El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; las técnicas e instrumentos de recolección fue una encuesta realizada al usuario y cliente interno. Los resultados de hallazgo fueron tiempo de espera para la atención una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; acuden 43% del trabajo, al 92% se ubica en sala de espera y no son reevaluados. El 93% del cliente interno está de acuerdo con implementar el triage, tienen claro el concepto; pero no el procedimiento de clasificación por riesgo vital, el 57% menciona que debe estar a cargo de la profesional de Enfermería. Por tanto, de acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triage para garantizar una asistencia integral y de calidad al cuidado que demanda el servicio, y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial, promoviendo una interrelación activa con los distintos servicios complementarios.

DIFERENCIAL SEMÁNTICA

Acogida:

Proceso íntimamente ligado a la recepción en que se realiza el recibimiento, la identificación y la valoración física, a primera vista, de la persona que demanda asistencia.

Anamnesis:

Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del paciente, anteriores a la enfermedad actual. También conocida como entrevista.

Admisión:

Es recibir al paciente en la unidad de atención.

Calidad Asistencial:

Estrategia que persigue una mejor salud, que se intenta acercar a los estándares de salud fijados y deben satisfacer las necesidades de los clientes.

Catástrofe:

Suceso que provoca una alteración grave del estado de salud de la población, donde la demanda sanitaria supera con creces la oferta que existe habitualmente. En ella se excede también la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Cliente:

Persona a la que va dirigida el proceso de atención. Son colaboradores en la garantía de calidad en tres sentidos, como definidores, evaluadores e informadores.

Diagnóstico Enfermero:

Juicio clínico sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales y problemas de salud que genera respuestas humanas reales o potenciales de las que la enfermera es responsable.

Eficacia:

Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorios.

Emergencia:

Situación donde la salud e incluso la vida del paciente o población pueden estar gravemente comprometidos y precisar una atención inmediata.

Empatía:

Capacidad de una persona para participar afectivamente de una realidad ajena.

Estabilización Hemodinámica:

Actividades encaminadas a conseguir un trabajo cardiaco y una circulación efectivos y espontáneos, a través de reposición de volemia, fármacos, masaje cardiaco, etc.

Evaluación:

Es la modificación del plan de cuidados basándose en las respuestas del paciente y en la consecución de los objetivos y resultados. La evaluación se repetirá tantas veces como la sintomatología del paciente lo requiera.

Inspección:

Examen físico-funcional del paciente.

Intervención Enfermera:

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente y cada uno de los cuidados priorizados y administrados por una Enfermera.

Nivel de gravedad:

Cada uno de los grados del estado de salud que presenta el paciente y que conlleva una determinada priorización en la actuación de los profesionales en salud.

Nivel de Prioridad:

Forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente. El nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente.

Parada cardiorrespiratoria:

Es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas. La consecuencia es el cese del transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales; su etiología puede ser cardíaca (fibrilación ventricular, asistolia) o respiratoria.

Procedimientos:

Acciones secuenciales, sistemáticas, organizadas y con base científica, encaminadas a resolver una situación concreta.

Reanimación Cardiopulmonar (RCP):

Conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria (PCR), sustituyendo primero para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales completas.

RCP Básica:

Son las maniobras para revertir el estado de PCR que se realiza sin ningún tipo de material excepto una barrera para la insuflación pulmonar. Puede llevarse a cabo por una o dos personas y debe instaurarse antes de cuatro minutos.

RCP Avanzada:

Medidas terapéuticas cuyo objetivo es el tratamiento definitivo de la RCP, es decir, restablecer las funciones cardiacas y respiratorias espontaneas. Es preciso instrumental adecuado e instaurarse antes de los ocho minutos.

Recepción:

Acción y efecto de recibir.

Registro RAC:

Sistema ordenado y consensuado, para la toma de datos y su participación sobre cualquier soporte, papel o informático, que se utiliza en la RAC y sirve para trasladar la información dentro del equipo asistencial.

Riesgo Vital:

Situación en la que hay serio compromiso hemodinámico del paciente que le puede hacer perder la vida. La actuación debe ser inmediata.

Satisfacción del usuario:

Es uno de los indicadores de calidad asistencial que los pacientes proporcionan.

Triage:

Palabra de origen Francés que significa clasificación de pacientes según su estado de gravedad aplicada en situaciones límites o de catástrofes con múltiples víctimas.

Urgencia:

Situación en que el paciente requiere una rápida atención, sin riesgo vital.

Urgencia Vital:

Urgencia que compromete la vida del individuo.

CAPÍTULO: I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN:

Las urgencias hospitalarias constituyen, junto a la atención primaria, uno de los principales accesos a la población usan de forma habitual, no son programados por lo tanto el flujo de entrada no es controlado; mientras que la salida de los pacientes, cuando requieren internación, se demora hasta la disponibilidad de una cama libre, saturando de esta manera el espacio y recursos; deteriorando la función específica de atención “inmediata”. Por esta característica, la atención de urgencia debe estar disponible las 24 horas del día y los 360 días del año como un componente esencial de todo sistema de salud.

Es importante seleccionar las medidas diagnósticas y terapéuticas correctas, hacerlo rápidamente y en el orden y ritmo adecuado; es decir se debe priorizar cada tipo de patología para evitar errores fatales. Las intervenciones del personal de salud debe decidirse no sólo en función de las prioridades del propio paciente, sino considerando las necesidades del conjunto de los pacientes que están, en espera o pueden llegar a urgencias. Esto implica la disponibilidad de espacio, camas, recursos humanos y técnicos para evitar o resolver la saturación que se está produciendo con un aumento permanente de demanda, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige.

La experiencia de todos los países muestra un constante crecimiento de la demanda del servicio de emergencia, siendo múltiples los factores que contribuyen a este incremento; entre ellos los que más están incidiendo son:

1. Envejecimiento de la población Española: 1990, el 5,3% de la población tenía más de 65 años y en 2003 era ya el 17%. Este incremento de ancianidad es un factor de importancia en el aumento de la demanda.

2. Mayores expectativas por parte de la población que reclama atención inmediata para cualquier problema de salud.
3. Los cambios sociales tienen especial incidencia sobre la demanda de los servicios de urgencia hospitalaria y en especial de la asistencia en urgencias (crecimiento poblacional, mujer trabajadora, débil estructura de servicios sociales, etc.)
4. Cambios en la morbilidad. SIDA; toxicomanías, enfermedades crónicas, etc.
5. La falta de educación en salud en la población demanda el mal uso del servicio de urgencias.

Uno de los problemas frecuentemente observado en los servicios de emergencia en nuestro país, es el exceso de pacientes que se presentan y más de la mitad de la consulta que se ofrece, son consecuencia de padecimientos leves que no requieren la atención por dicho servicio; por lo tanto, esperan muchas horas para ser atendidos y recibir un tratamiento adecuado. Y en algunos casos no existe un espacio físico para ser observados y monitorizar las constantes vitales. La atención en los servicios de emergencia en nuestros medio es realizada por un administrativo, donde se produce una recogida de datos (admisión del usuario) y se le otorga un orden de espera para ser atendido por el médico. Este orden depende de la hora de llegada del cliente al servicio de urgencias y el cliente con riesgo vital es atendido directamente en el espacio disponible.

En el servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud Regional La Paz, el cliente externo que solicita atención en emergencia es atendido indistintamente por el Profesional en Enfermería o Auxiliar de enfermería según orden de llegada. Sólo en aquellos casos que requieren reanimación, inestabilidad hemodinámica, fracturas expuestas, heridas abiertas, trabajo de parto la atención es inmediata en el espacio disponible. Los pacientes que se encuentran en la sala de espera no son reevaluados por el personal de salud.

La afluencia del cliente externo hacia este servicio ha sufrido un incremento en los últimos años creando una serie de consecuencias negativas, como descontento e inconformidad con la atención recibida porque la atención que se da no es por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud y esto es cada vez más observado, esta situación hace que el cliente externo abandone el servicio sin recibir atención, generando complicaciones por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y UTI (unidad de terapia intensiva). La institución es demandada por resarcimiento de gastos de atención en otras instituciones.

El objetivo del estudio es evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia; para posteriormente recomendar a las autoridades correspondientes un nuevo sistema de atención (triage) con el fin de mejorar el servicio de emergencia y obtener mejores resultados en beneficio del cliente, bajo la responsabilidad de un profesional competitivo en salud con grado de licenciatura.

El universo de la muestra se tomó al usuario que solicita atención en el servicio de emergencia y al cliente interno (profesional de enfermería y auxiliar de enfermería). El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; las técnicas e instrumentos de recolección fue una encuesta realizada al usuario y cliente interno.

CAPÍTULO: II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

II.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La demanda de prestación de servicio en emergencia es cada vez mayor en la Clínica Caja Petrolera de Salud, al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario externo con la atención recibida porque la atención que se da no es por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud y esto es cada vez más observado, esta situación determina que el usuario abandone el servicio sin recibir atención, generando complicación por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y UTI (unidad de terapia Intensiva). La institución es demandada por resarcimiento de gastos de atención en otras instituciones.

Todo usuario que solicita atención en el servicio de Emergencia primero la recepción y el control de vigencia lo realiza en forma indistinto la profesional de Enfermería o el Auxiliar de Enfermería; posteriormente es valorado por el médico de emergencia y los usuarios transferidos de la consulta externa con nota de internación también son nuevamente valorados por el médico de emergencia de turno.

Al mismo tiempo acuden usuarios que tiene tratamiento médico como: inyectables Endovenosos, intramusculares, Nebulizaciones, curaciones de heridas y otros. Enfermería no cuenta con espacio físico para procedimientos.

II. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Será necesario cambiar el sistema de atención Recepción y Acogida del usuario externo que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud, para evitar largas horas de espera y abandono de los mismos?

II.3 OBJETIVO

II.3.1.OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el sistema de atención al usuario que acude al Servicio de Emergencia de la Caja Petrolera de Salud, en el segundo trimestre de la gestión 2013.

II.3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la recepción y acogida al usuario que realiza el personal de emergencia.
- Valorar la percepción del usuario que solicita atención en el servicio de emergencia.
- Plantear un nuevo modelo de atención para mejorar e incrementar la calidad ofertada al usuario en emergencia.

II.4. ANTECEDENTES:

Durante los últimos años se ha visto incrementada la demanda de usuarios en el servicio de urgencias debido a diferentes factores: aumento de la población debido a la inmigración, a la esperanza de vida y la cronificación de las enfermedades entre otros factores. La prestación en los servicios de urgencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione dentro de los servicios con el fin de tutelar aquellos usuarios que presentan patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. En el ámbito intrahospitalario nace alrededor de los años 60 en EUA, debido al aumento de la población que diariamente acudía a dichos servicios con un elevado porcentaje de patologías no urgentes y se han ido creando a partir de aquí otros sistemas de triage en diferentes países. (4)

El triage en los servicio de urgencia empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triage en urgencia y emergencia fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore (11)

En el Reino Unido se empezó a cambiar el modelo de atención utilizando el sistema del triage hace más de 20 años. Canadá, basándose en la experiencia australiana, elabora su propio modelo en 1995, llegando en 1998 por consenso a un único sistema de triage, dividido en cinco modelos de color con control de calidad que en algunos hospitales supone un doble sistema de triage, verificando el código atribuido.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) en España constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial sanitaria, como aquellos que acuden por iniciativa propia.(1)

Los Servicios de urgencia Hospitalaria en España están padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se ha pasado de 18 millones de urgencias en 1977 a 21,3 millones en 2001 y 26,25 millones en 2008. (13). Por ello, el uso de las Urgencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo.

La mayor parte de este incremento de visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los Servicios de Urgencia Hospitalaria de forma inadecuada, cuyo porcentaje oscila ampliamente en un 25-79 %.(7)

Las investigaciones encontradas hacen relación al impacto generado por la implementación del proceso del triage en diferentes servicios de urgencia como estrategia para disminuir la saturación del servicio.

Según el censo del 2012 Bolivia tiene 101.389.913 habitantes cuenta con hospitales públicos y de la seguridad social de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Según reporte de la Razón en marzo del 2012 La prestación de servicios en emergencia en los últimos años muestra un constante crecimiento de la demanda de atención; por lo tanto, aumenta las quejas de insatisfacción del usuario que acude al servicio. Estos servicios se encuentran en la planta baja, el acceso es fácil. Sin embargo el personal que trabaja en emergencia hace referencia que existe deficiencia en cuanto a la infraestructura, equipos electro médicos obsoletos, recursos humanos insuficiente, no cuentan con un espacio físico para el paciente crítico, la atención se realiza de acuerdo a la llegada, no se realiza la clasificación de acuerdo a la complejidad de la patología, y los pacientes que se encuentran en sala de espera no son reevaluados.(Pag A-3)

El departamento de La Paz cuenta con una población de 2.776.244 de habitantes entre el área rural y urbana geográficamente muy accidentada cuenta con hospitales de primer , segundo y tercer nivel de atención, el modelo de atención en los servicios de emergencia en el sector de los Hospitales Públicos la primera atención es realizado por un personal administrativo donde su puesto de trabajo lleva el nombre de ADMISIÓN, es decir, donde se produce una recogida de datos y se le otorga un orden de espera para ser atendido por el médico y en los Hospitales de la seguridad Social solo se encargan de verificar si el carnet del asegurado está vigente o no. Y la atención otorgada es de acuerdo a la llegada del cliente al servicio de urgencias. El triage realizado por un personal médico, lo realiza en forma rápida a los usuarios que se encuentran en la sala de espera y según la orientación diagnóstica decide la prioridad de la atención.

El hospital de la Caja Nacional de Salud, cuenta con una población asegurada de 783.943 asegurados y beneficiarios; El servicio de urgencia se encuentra en la planta baja del Hospital Obrero N°1, es accesible al ingreso del paciente que son remitidos desde diferentes centros como ser: Policlínicos de la C.N.S.(Caja Nacional de Salud) como de centros particulares. Aledaño a urgencias se encuentra los servicios de Vigencia de Derechos, Admisión hospitalaria, Farmacia, Unidad de Terapia Intensiva, Quirófano II, Anexo de urgencias, Red de urgencias y otros.

El servicio de Urgencias tiene la obligación de prestar atención de salud a todo usuario, en estado crítico y medianamente crítico y no tiene la obligación de prestar atención de consulta externa.

El usuario externo que solicita atención en el servicio de emergencia acude primero a la unidad de admisión pregunta motivo de consulta, y le otorga una ficha de especialidad de acuerdo a la patología mencionada, posteriormente se dirigen a vigencia de derecho, quien identifica si el carnet del asegurado se encuentra vigente.

Una profesional de Enfermería atiende a los clientes que se encuentran en observación y a los que se encuentran en espera para su internación, la otra profesional de Enfermería es quien realiza el tratamiento e intervenciones de enfermería a los ingresantes.

Otro aspecto del servicio es que cuenta con dos puertas de ingreso: por la puerta posterior ingresan paciente en camillas trasladados por la red de urgencias desde su domicilios o de otros centros, que altera el orden de recepción del paciente; el personal de enfermería no solo se queda en ventanilla, sino realiza tratamientos (inyectables, canalización de vías parenterales, procesos administrativos, etc.) esta demanda crece los fines de semana y feriados porque no existe atención en los policlínicos, existen días en que los pacientes se encuentran sentados indebidamente en taburetes, gradillas, sillas de ruedas.(5)

La clínica Caja Petrolera de Salud regional La Paz, está catalogada como establecimiento de Tercer Nivel de atención. En el proceso de acreditación externa efectuada el año 1994. Con duración de cinco años. Actualmente cuenta con 51.000 afiliados entre asegurados y beneficiarios.

El servicio de emergencias se encuentra ubicado en la planta baja del edificio de la Clínica Petrolera de Salud y cuenta con 61 camas de internación.

El servicio de emergencia dispone de tres ambientes físicos para prestar atención: consultorio N°1 pediátrica, consultorio N°2 gineco-obstetrica, consultorio N°3 medicina interna que comparte con el médico de emergencia, cuenta con 2 camillas, 2 camas de observación. No se dispone de un ambiente para efectuar procedimientos de enfermería, estos procedimientos se ejecutan en el mismo ambiente de consulta médica.

En la misma planta funciona la farmacia que otorga prestación durante las 24 horas. Se dispone de servicios complementarios: Laboratorio y Rayos X que funcionan durante las 24 horas, ecografía a partir de horas 20 pm. Se encuentra ha llamado.

En cuanto a recursos humanos cuenta con 4 médicos de emergencia que trabajan 24 horas cada 3 días, con apoyo de un pediatra y ginecólogo las 24 horas, Medicina Interna 12 horas, posteriormente se encuentran ha llamado, las demás especialidades se encuentran ha llamado, 4 licenciadas en Enfermería, una por turno, y 10 auxiliares que están distribuidas de la siguiente manera: 3 en el turno matutino, 3 en el turno vespertino y 2 en la noche A y B.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidado de los usuarios y familiares que acuden al servicio de emergencia y están sujetos al reglamento interno institucional, bajo la dirección y coordinación con el jefe responsable de la unidad.

La cobertura de atención por el servicio de emergencia es de 180 a 200 usuarios en 24 horas y en el mes se llega atender entre 3000 a 4500 clientes, no cuenta con personal Administrativo para vigencia de derecho. La Recepción y Acogida del usuario lo realizan indistintamente el personal Profesional de enfermería y la Auxiliar de Enfermería. Todo cliente externo que solicita atención en el servicio de emergencia debe presentar su carnet de asegurado con el sello vigente, verifica la vigencia del carnet se asegurado en sistema la enfermera de turno, la atención es de acuerdo a la llegada; se toma los signos vitales, se pregunta el motivo de consulta; en caso de estar hemodinámicamente inestable se le ubica en una camilla para ser valorado por el médico de emergencia, si la patología no es de urgencia se le pide que aguarde en la sala de espera.

El médico Emergenciólogo de turno es quien valora primero al cliente y si necesita valoración por especialidad solicita la interconsulta. Los clientes que vienen con hoja

de internación para cirugías programadas, y aquellos transferidos por los poli consultorios de la 20 de octubre, Costa Rica y el Alto son nuevamente valorados por el médico de guardia antes de su internación. Al servicio también acuden clientes que requieren tratamiento médico como: inyectable, nebulización, curación de herida, enema y otros. Estos son de gran demanda los fines de semana y feriados porque no hay atención en los poli consultorios.

Sin embargo, quiero mencionar que nosotros no estamos lejos de la realidad de los países vecinos. Las evidencias parecen indicar que en nuestro medio cada día aumenta el número de la población, accidente de tránsito, accidente laboral y enfermedades prevalentes. La demanda de consulta realizada en el servicio de emergencia son más patologías banales; por lo tanto se hace necesario un método de clasificación rápida e individualizada de los clientes a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuál de ellos precisa realmente una atención prioritaria y cuál puede esperar su turno para la atención correspondiente.

II. 5. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día los clientes externos buscan en los hospitales ser atendidos, con oportunidad y eficacia, garantizándoles que la información y el trato recibido estén acorde con su problema de salud. La atención brindada impacta directamente al cliente externo y sus familiares, repercutiendo en la percepción que se tiene sobre este servicio de emergencia.

Existe gran demanda de atención en el servicio de emergencia de la Clínica Caja Petrolera de Salud generalmente acude el cliente externo, que no alcanza a recibir una ficha para la consulta externa, otros por comodidad, o porque en el momento se cuenta con el tiempo disponible para acudir a la consulta, lo cual induce que la sala de emergencia siempre se vea con gran demanda y saturada más aun los fines de semana y feriados Nacionales; porque no atienden los policlínicos de ahí que una mayoría de los clientes externos que solicita atención en emergencia se encuentra descontento, porque no es atendido según prioridad de acuerdo a su problema de salud, por lo que aumentan las quejas, algunos abandonan y acuden a otros centros de Salud y luego demandan a la institución por resarcimiento de gastos.

El estudio pretende evaluar la recepción, acogida al cliente externo que solicita atención en el servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud y con los resultados obtenidos plantear un nuevo sistema de atención de acuerdo al triage que es más confiable, además nos permitirá identificar a los pacientes que requieren atención inmediata, determinar el espacio apropiado para el tratamiento, facilita el flujo de pacientes y evitar la congestión innecesaria; también nos permite un proceso de evaluación y reevaluación seguido de los pacientes que están llegando y los que están esperando su atención, para la resolución de su problema de salud de acuerdo a su gravedad y así poder cubrir con la cobertura total de la atención que llega al servicio de emergencia, facilitando de esta manera el desarrollo de las habilidades del Médico y la Enfermera para la evaluación rápida o individualizada del

paciente, estableciendo prioridades de atención y de esta manera disminuir los costos innecesarios causados a la institución y mejorar la prestación de servicio con calidad y calidez a todo usuario externo que solicite atención.

II.6. VARIABLES DE ESTUDIO:

II.6.1. Variable Independiente:

Recepción y acogida al cliente externo que acude al servicio de emergencia

II.6.2 Variable Dependiente:

Tiempo de espera
Procedencia,
Infraestructura,
Motivo de consulta,
Reevaluación,
Atención por prioridad,
Recursos humanos,
Experiencia laboral.

III.7. OPERACIONALIZACIÓN.

TABLA N° 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL CLIENTE EXTERNO

VARIABLE	OBJETIVO	DEFINICIÓN	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Procedencia	Conocer de donde acude el usuario externo para su atención en emergencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	<ul style="list-style-type: none">• De su casa• Del trabajo• Transferencia de un centro.• Casualidad.	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Acceso al servicio	Permite evaluar si el servicio de emergencia es de fácil acceso para todo tipo de paciente	Estos servicios prestan atención inmediata a todo paciente crítico.	<ul style="list-style-type: none">• Fácil• Difícil	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Solicitud de atención	Saber el número de consulta que realiza en el servicio de emergencia.	Asistencia médica que recibe un paciente	<ul style="list-style-type: none">• Primera vez.• Segunda vez.• Varias veces	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Motivo de consulta	Permite identificar el problema de salud del usuario externo.	Efecto que causa un agente sobre algo	<ul style="list-style-type: none">• SI• NO	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.

Gravedad de enfermedad	Determinar el grado de riesgo de su enfermedad	Es importante identificar al paciente correcto en el lugar correcto para una atención inmediata.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Asistencia de enfermería	Determinar las acciones que realiza el personal de Enfermería	Establece las necesidades del usuario para priorizar los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Le recuesta en la camilla. • Le coloca oxígeno • Administra analgésico por indicación médica • Administra venoclisis por indicación medica 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Tiempo de espera	Determinar el tiempo para la resolución de su problema de salud.	Es una medida para determinar la calidad de atención	10 min 15 min. 30 min. 1 hora 2 horas más de 2 horas	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Reevaluación al cliente externo en sala de espera.	Derivar al usuario que precisa cuidados inmediatos de acuerdo a las alteraciones de salud.	Ordenación eficaz de la demanda mediante la observación.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Solicitud de laboratorio	Permite coadyuvar con el diagnóstico	El plasma es una mezcla compleja de agua con proteínas, sales inorgánicas, lípidos, glucosa, productos de desecho del metabolismo, vitaminas, gases, enzimas, hormonas y anticuerpos.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.

Tiempos de espera para resultados de laboratorio	Determinar el tiempo de acción del personal de laboratorio.	Es una medida para determinar la calidad de atención	10 min 15 min. 30 min. 1 hora	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Valoración por especialidad	Resuelve la complejidad de la patología	El profesional médico utiliza sus conocimientos científicos de especialidad para la resolución del problema de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia
Tiempo de espera para valoración por especialidad	Permite cuanto tiempo se espera para la resolución por un especialista.	Indicador de calidad de resolución del problema	10 min 15 min. 30 min. 1 hora 2 horas más de 2 horas	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia
Conformidad con la atención.	Permite identificar si el sistema de atención es adecuada o no	Mide la cantidad de promedio que esta conforme con la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia.
Regresaría a Emergencias para otra atención.	Conocer el grado de confiabilidad	Las necesidades del individuo , en un momento dado, varían de acuerdo con ciertos factores internos y externos	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES AL CLIENTE INTERNO

VARIABLE	OBJETIVOS	DEFINICIÓN	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Antigüedad del cliente interno.	Valorar la experiencia en el servicio	El cuidado de los pacientes constituye la parte fundamental del ejercicio profesional de la enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Meses • Años 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.
Cuenta con especialidad	Identificar el perfil profesional	Las intervenciones de Enfermería deben ser en forma eficaz, eficiente y oportuno	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.
Criterios de atención al usuario.	Permite valorar el estado de salud del usuario	La comunicación a través del lenguaje incluye tanto elementos sensitivos como motores en el uso y el entendimiento de los símbolos que se utilizan para la expresión de las ideas.	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a la llegada • De acuerdo a la gravedad que presenta • Por el dolor que manifiesta 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.

Atención al paciente crítico	Determina la hora ORO asistencial	Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes en busca de signos y síntomas que indiquen problemas reales o potenciales.	<ul style="list-style-type: none"> • Espera su turno. • Comunica inmediatamente al médico. • Ingresa directamente a la camilla de observación para ser valorado. • Inmediatamente por el médico. 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.
Espacio físico para el paciente crítico	Prevenir complicaciones en el paciente crítico.	El personal de salud debe contar con un espacio físico y con el equipo necesario para asistir al paciente crítico	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.
Son reevaluados los pacientes en sala de espera.	Identificar si los signos y síntomas se ven alterados	Los signos vitales son los primeros en manifestarse con hemodinamia inestable	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Encuesta realizada al personal de enfermería en el servicio de emergencia.
Frecuencia de reevaluación.	Identificar a los usuarios inestables.	El volumen sanguíneo puede modificarse por variaciones del equilibrio hídrico.	<ul style="list-style-type: none"> • Cada 1 hora • Cada 30 min. • dos veces en el turno • No lo realiza 	En cuesta realizada al personal de Emergencia.

Motivo de abandono del usuario.	Reconocer las causas del abandono	Proporcionar la información adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Gran demanda • Tiempo de espera prolongada • Personal insuficiente 	En cuenta realizada al personal de Emergencia
Concepto de triage	Identificar el grado de conocimiento	Se trata de un código para identificar que paciente necesita atención inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación por nivel de gravedad de salud. • Priorizar la atención • No sabe. 	En cuenta realizada al personal de Emergencia
Implementación del triage	Valorar la predisposición del personal para cambiar el sistema de atención al usuario externo.	Un indicador que permite su rápida ubicación.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	En cuenta realizada al personal de Emergencia
Responsable del triage.	Determinar que profesional de salud debe realizar dicha función	Un profesional de salud debe estar capacitado	<ul style="list-style-type: none"> • El Médico • Lic. Enfermería • Aux. de Enfermería • Administrativo 	En cuenta realizada al personal de Emergencia

CAPÍTULO: III

MARCO TEÓRICO

CAPITULO III MARCO TEÓRICO.

III.1. SISTEMA DE URGENCIA:

Los servicios de urgencia de las instituciones médicas pueden definirse como unidades que prestan servicio inmediato al cliente externo cuando éste se encuentre en peligro de muerte, o de sufrir una incapacidad permanente u otro riesgo grave.

En muchas regiones cubiertas por sistemas de atención médica se ha intentado planificar los servicios considerando el área geográfica y la demanda probable de servicios de urgencia, y procurando asignar recursos a las diferentes unidades médicas que operan de manera regional o local.

En algunos modelos de atención médica se cuantifica las urgencias según el número total de casos que atiende el sistema; así, los servicios de urgencia representan en términos generales el 10% de la demanda de atención médica. Sin embargo este porcentaje no sólo abarca a quienes morirán o quedaran incapacitados en forma permanente; en muchos casos se solicita la atención por comodidad y accesibilidad del servicio, por la imposibilidad de que el cliente externo sea atendido en horas normales o simplemente por tratarse de un enfermo aprensivo. Todo eso influye en la demanda, por tanto debe distinguirse entre la urgencia verdadera y la emergencia. (7)

III. 2. EL SERVICIO DE URGENCIAS:

El servicio hospitalario de urgencias es uno o varios servicios, dentro del hospital, que presta atención inmediata a los clientes externos que requieren asistencia urgente en las especialidades y áreas geográfica- administrativa de competencia del hospital, hasta su alta o ingreso en una sala de hospitalización. (2)

Es importante seleccionar las medidas diagnósticas y terapéuticas correctas, hacerlo rápidamente y en el orden y ritmo adecuado; es decir, se debe priorizar cada tipo de

patología para evitar errores fatales, las intervenciones deben realizarse de acuerdo a las necesidades del conjunto de los clientes externos que están en espera. Esto implica la disponibilidad de espacios, camas, recursos humanos y técnicos para evitar o resolver la saturación de atención, por lo que el trato del personal debe ser atento y la información a la familia en forma oportuna, concisa y clara sobre la evolución del paciente. (7)

III.3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

a. EMERGENCIA:

Es toda aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. (9)

b. URGENCIA:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), indica: la Urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. (9)

Podemos definirla también como patologías cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse.

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.), Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. (11)

Estas definiciones se deben tomar en cuenta durante la valoración del triage que debe realizarse a todo usuario que acude al servicio de Emergencias por un personal de salud designado.

III.4. PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS:

Los planes funcionales son herramientas que pueden contribuir a la mejor organización y gestión de la Unidad de Urgencias para incrementar la calidad ofertada.

Este plan debe estar orientado a garantizar una asistencia integral y de calidad al usuario que demanda atención urgente, y modular la asistencia de los procesos no urgentes.

La unidad de urgencia ostenta la responsabilidad de la atención de todos los enfermos que demanden atención urgente.

La unidad de urgencia puede integrar diversos profesionales (médicos, enfermeros, administrativos, laboratoristas, farmacia y otros).

Los servicios de urgencia deben ser:

1. Servicio Integrado: no debe ser un ente aislado sino que forme parte de la unidad de gestión de cuidados.
2. Servicio Eficiente: el cambio generado en los últimos años exige un enfoque de cambio que permita utilizar los recursos existentes, tanto humanos como materiales, con visión de eficacia, efectividad y eficiencia.
3. Servicio Innovador: debe adoptar una estructura organizativa flexible que permita dar respuestas a la mayor parte de la demanda actual y a las variaciones que puedan producir en el futuro inmediato.

III.5. ESTRUCTURA FUNCIONAL:

Un área de urgencia debe proyectar su cartera de servicios que pueda:

1. Garantizar la atención
2. Ofrecer una atención integral
3. Asegurar la continuidad del proceso asistencial.

III.5.1. ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN:

Su función es facilitar el acceso de los pacientes y sus familiares, facilitar un lugar de espera para la familia y proporcionar la información necesaria. Esta sala debe ser espaciosa y estar dotada de megafonía, teléfono, aseos y fuentes de agua. (5)

III.5.2. ÁREA DE CONSULTAS:

Debe disponerse de áreas para estado crítico, área de consulta para adultos área de consulta para pediátricos, área de consulta para ginecoosbtetricia, área para aplicación de yesos, área para Enfermería y sala de espera para pacientes.(5)

III.5.3. ÁREA DE OBSERVACIÓN:

1. Área de observación de sillones; es una zona para vigilancia de pacientes o el tratamiento de procesos agudos donde la resolución es de corto periodo.
2. Área de observación de camas; es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos, el tiempo máximo no debe pasar de las 24 horas de estancia.(28)

III.5.4. ATENCIÓN AL CLIENTE EXTERNO:

1. Recepción: Debe ser realizado por un personal administrativo quien debe informar al cliente externo.
2. Admisión: realizado por un personal administrativo para verificar la vigencia del seguro.
3. Información: Es una labor fundamental para el funcionamiento de la unidad de urgencias, esta labor debe realizar todo el personal de urgencia.(28)

III.5.5. CLASIFICACIÓN:

La clasificación (selección o triage) es una actividad de atención al paciente de importancia capital y punto de partida de la organización de la asistencia en urgencia permitiendo priorizar la atención y ubicar en el lugar más idóneo cada paciente en razón de su riesgo o gravedad.

III.5.6. CALIDAD ASISTENCIAL:

Implica recibir prestaciones y acciones que cumplan un conjunto de atributos técnicos que aumenten la probabilidad de obtener la resolución del problema y los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de los clientes externos (18).

La palabra calidad deriva del latín “qualitis”, que en sentido etimológico quiere decir calidad. Calidad se refiere al conjunto de cualidades de una persona o cosa que ocupa un lugar o grado de escala de lo bueno y lo malo. La definición más integral de

calidad y más simple fue formulado por Eduardo Deming el padre del movimiento de la gestión de calidad total que resumía “hacer lo correcto en la forma correcta de inmediato” (16) En el sector salud se ha definido en el área de servicios personales.

Donde es posible apreciar la relación entre producción y la satisfacción de necesidades.

Calidad y eficiencia están íntimamente unidas, de forma que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido si la asistencia no es eficiente.

La calidad de la asistencia prestada al paciente no depende sólo de la actuación de los profesionales, sino también de los esfuerzos de colaboración y otros sistemas integrados que deben funcionar en su totalidad para lograr los objetivos.

1. Mejora continúa de la calidad: la calidad asistencial se gestiona mediante tres actividades fundamentales, que son la planificación, el control y la mejora Ciclo de Deming.
 - a) Plan, determinar metas y objetivos, establecer los métodos y las actividades para alcanzar los objetivos.
 - b) Hacer, el plan se realiza en pequeña escala o por simulación, es necesario tener entrenamiento o formación.
 - c) Revisar; el equipo observa los resultados.
 - d) Actuar; implementar el cambio, o abandonar el plan e iniciar de nuevo el ciclo.
2. Ciclo de evaluación:
 - a) Detección de posibilidades de mejora.
 - b) Priorización de los problemas.
 - c) Análisis casual.
 - d) Definición de criterios de evaluación.

- e) Diseño de estudios de evaluación.
- f) Análisis e implementación de las acciones de mejora.
- g) Reevaluación.

III.5.7. SEGURIDAD ASISTENCIAL:

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente esencial de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema , interviniendo una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del enfermo y la gestión del riesgo, la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de los medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados idóneos.(5)

La seguridad entendida como componente crítico de la calidad y responsabilidad del sistema, exige que autoridades sanitarias, directivos, profesionales sanitarios y ciudadanos, establezcan alianza para conseguir progresivamente mayores niveles de seguridad en la prestación de servicios.

La mejora de la seguridad de los CLIENTES EXTERNOS viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad en los sistemas sanitarios, y diversos organismos internacionales. (UE, OMS,) han adoptado estrategias para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. La Organización Mundial de la Salud establece como áreas prioritarias la vigilancia de los medicamentos, del equipo médico y de la tecnología, enfatizando que las estrategias de seguridad y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, la detección y la mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurran, así como el análisis de la causa, el aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones difundidas.

Para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen. Y la introducción de mejoras en el sistema de prestación sanitaria, para reconfigurar las estructuras, la atención y la calidad ocupe un lugar central en el sistema.

III.6. CALIDAD DE SERVICIOS:

La base fundamental de una organización es el factor humano, por lo que es necesario conocer la satisfacción de los funcionarios debido a su influencia en el desempeño de sus labores. Esto se convierte en un círculo virtuoso que se refleja en satisfacción del consumidor y mayores utilidades para la empresa.

III.6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA DE CALIDAD:

Entre otros factores de la cultura de calidad aplicados a la atención de enfermería, están los siguientes:

- **Tener espíritu de servicio.** El espíritu de servicio en la atención de enfermería se aprecia cuando se encuentra satisfacción por el trabajo.
- **Involucrar a toda la institución:** La atención médica es responsabilidad de un equipo. Cuando el respeto entre profesionales prevalece, es posible involucrarse y comprometerse.
- **Conocer bien el trabajo.** El trabajo profesional de enfermería se realiza aplicando conocimientos, habilidades y técnicas sin embargo, la evolución y los cambios son permanentes, por ello es importante la actualización continua.
- **Cumplir con el trabajo:** Cuando se realiza un trabajo se adquiere un compromiso, el de ejecutarlo con dedicación y esmero. El paradigma de calidad incluye una característica al desempeño que es agregar valor. Puede realizarse el trabajo y cumplirse el compromiso, pero puede

- realizarse el trabajo, cumplir el compromiso y agregar valor, cuando el trabajador se esfuerza para satisfacer al cliente externo.
- **Ser honesto:** La honestidad es valor que puede aprenderse. El trabajo honesto se manifiesta por la actitud y la conducta orientada a cumplir con el compromiso, se observa también cuando los intereses individuales se subordinan a los intereses de nuestros clientes externos. La motivación que induce a la honestidad permite la satisfacción interna, la seguridad y la realización plena.
- **Comunicar:** La filosofía de calidad es hacer las cosas bien, coordinarse y trabajar en equipo, es mejorar, es motivar y difundir ampliamente la filosofía de la calidad.
- **Mejora continua:** No basta lograr el servicio de calidad, es preciso mantenerlo, los programas para mejorar deben ser permanentes.

III.7. EL SISTEMA DE ENFERMERÍA:

El sistema de enfermería es: el conjunto de recursos humanos y materiales que interactúan para proporcionar atención de enfermería de una manera interrelacionada e interdependiente.(2)

Atendiendo a los principios de los sistemas, los insumos para proporcionar atención de enfermería son los recursos, el proceso es la atención de enfermería y el producto es la satisfacción de necesidades.

El cliente es la persona que recibe la atención de enfermería, y en el proceso de proporcionar dicha atención se agrega valor, lo cual indica que el servicio de enfermería no es sólo el producto de una actividad laboral, sino que es necesario satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes que es finalmente el valor agregado.

a) La entrada o input: se compone de los insumos, o sea, la provisión de recursos humanos y materiales necesarios para proporcionar atención de enfermería.

b) El proceso o Throughput: mejor conocido como “caja negra”, es el proceso al que se someten los insumos. En el sistema de enfermería, el proceso consiste en la atención de enfermería utilizando para ello todos los recursos.

c) La Salida o Output: es el resultado del proceso que se envía de vuelta al ambiente. La salida en el usuario es la solución del problema de salud o la muerte. En cambio en los recursos son nuevas formas para la atención médica. Nuevos profesionales de la salud.

d) La retroacción: es la alimentación del sistema.

1. ENFOQUE AL CLIENTE:

El enfoque al cliente en el método de calidad se describe por los requisitos. En el sistema de enfermería los requisitos de calidad los determina aquel que recibe, usa o se beneficia del servicio proporcionado.

Enfocarse al cliente (paciente) significa investigar sus necesidades y tenerlas presentes en el proceso de la atención de enfermería.

El modelo de calidad con enfoque al cliente presupone que el cliente es aquella persona que tiene la capacidad de decidir si acepta o no el producto o servicio que le ofrece. (3)

CLIENTE EXTERNO: En el sistema de enfermería, este cliente proviene del exterior, y son aquellos sujetos que reciben, utilizan o se benefician de la atención de enfermería. Son clientes externos los pacientes, sus familiares y la sociedad en general.

CLIENTE INTERNO: Aquel que se encuentra dentro de la organización y que utiliza, recibe o se beneficia con el producto del proceso.

PREVENIR LA CALIDAD:

Para prevenir la calidad se tiene dos opciones:

- a) **Revisar los procesos y las actividades:** Específicamente que actividades realiza la enfermera durante la recepción del cliente externo, que tan claras son las indicaciones médicas, el ambiente físico es el adecuado, el camillero está disponible cuando el personal de enfermería lo necesita, el personal administrativo informa los procesos a realizar, la trabajadora social orienta debidamente a los clientes externos.

- b) **Garantizar la calidad:** esta actividad está en el proceso del plan y el control.

PLANEACIÓN DE LA CALIDAD:

Es la actividad a realizar donde debe tener un objetivo, alcance, situación actual, beneficios esperados, indicadores, metas, acciones principales de intervención y se especifica el orden y el tiempo por actividad.

CONTROL DEL PROCESO:

El control del proceso se lo realiza a través de un monitoreo de variables para poder verificar donde se encuentra la falla para poder realizar acciones correctivas, preventivas y contingentes.

III.8. EL NUEVO MODELO: ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA Y GESTIÓN ESTRATÉGICA

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de personas que la

conforman, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la constituyen. Hoy día avanzamos hacia organizaciones en las cuales su principal activo son las personas que la constituyen.

La interacción de las personas en la institución tiene básicamente tres componentes, las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real.

Las declaraciones fundamentales se sitúan en el plano estratégico de la institución, o dicho de otro modo en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad. Dichas declaraciones, diferencian a la organización de su entorno, pero también la relacionan con él.

Habitualmente estas declaraciones fundamentales se incorporan a la “Misión” y también se establece la “Visión”. Esta última es una imagen de largo plazo de lo que la institución quiere llegar a ser. Esta visión es importante, en la medida que sea compartida, puesto que identifica a las personas y las compromete en la búsqueda de esa imagen.

La existencia de una “visión” genera un norte estratégico, que permite identificar un horizonte institucional; una brecha entre lo que es actualmente la organización y lo que define su visión; una tensión para cerrar esa brecha a través de la definición de metas y objetivos estratégicos que definan los caminos para llegar, desde la situación actual, a la deseada. En esa búsqueda de rutas posibles para alcanzar con éxito los objetivos institucionales, ha demostrado ser útil la identificación de las fortalezas y debilidades que la propia organización tiene, de forma de aprovechar unas y revertir

otras. Por otra parte, dado que las organizaciones interactúan, influyen y son influidas por el entorno, es importante conocer oportunidades y amenazas que el medio presenta a la organización, de forma también de aprovechar las primeras y enfrentar adecuadamente las segundas.

El segundo componente de la interacción en una organización es la **estructura** y responde a la necesidad de organizarse para cumplir los objetivos. Se establecen los roles que se requieren y cómo se organizan los recursos. Surge entonces el organigrama cada vez más dinámico en la medida que se ajusta a objetivos, y los cargos que también se van definiendo en torno a competencias y responsabilidades requeridas para esos mismos objetivos. Se estructuran los procesos y se establecen los sistemas de apoyo. Hasta hace poco la organización misma se confundía con la estructura y era ésta la que en definitiva determinaba los resultados de la organización. Estrictamente son los resultados buscados para el cumplimiento de los objetivos, los que deben determinar la organización necesaria para ello. Nos detendremos en la estructura organizacional más adelante.

El tercer componente de esta interacción es la **práctica real**, que está influida por los dos anteriores pero también por otros aspectos relevantes en cualquier organización: el cómo se hacen en realidad las cosas, las normas no escritas que están en la práctica diaria, el cómo se resuelven los conflictos; en suma, por la cultura de la organización.

III.9. DEFINICIÓN DE TRIAGE:

La palabra triage proviene del origen francés trier que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”. Este proceso es realizado por el personal de salud para clasificar en niveles de gravedad y así determinar la prioridad de atención. (12)

Originalmente la palabra triage en la terminología sanitaria se refería a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles, de ahí que algunas organizaciones como la SEEU (Sociedad española de Enfermería de Urgencias) prefieran hablar de “Recepción, acogida y clasificación” (R.A.C.) aunque el término triage es el más aceptado. Se empezó realizando en los años sesenta en hospitales de USA. (3)

El método más utilizado es aquel en que la enfermera realiza el triage sola o con el apoyo de un médico que habitualmente realiza consulta rápida, que es como se ha venido haciendo en el Servicio de Urgencias del Hospital de Salnés.(6)

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triage que van desde los 3 a los 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS- Manchester, ATS –Australia, CTAS –Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación.(8)

Una mirada desde la perspectiva de la saturación de los servicios de Emergencia de los hospitales del país hacen pensar a estas instituciones prestadores de salud la necesidad inminente y prioritaria de establecer una propuesta desde el sistema para un problema del sistema, el cual genera un impacto en la calidad de atención al usuario, económico y social poniendo en riesgo no solo la sostenibilidad financiera de la institución sino también la misma vida de los usuarios.

La sobre carga de trabajo condiciona irremediabilmente a una disminución en la calidad asistencial, y para esto existe dos soluciones:

- 1) Disminuir la demanda mediante la mejora de la asistencia pre hospitalario y la educación en salud a la población.
- 2) Aumentar las prestaciones, organizando el trabajo y creando circuitos de triage.

El Triage se introdujo en los servicios de urgencia hospitalarias como un sistema eficaz de ordenación del trabajo dentro de la unidad y colaborando para la disminución del tiempo de espera, sobre todo de los pacientes potencialmente graves para paliar el aumento de demanda asistencial en el servicio de emergencia.

Este se convierte en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencia, colaborando en la eficacia del servicio y aportando un orden justo en la asistencia, basado en la urgencia y gravedad de los pacientes. Al margen de disminuir el riesgo de los pacientes, el triage aumenta la satisfacción de los usuarios y de los profesionales y racionaliza el consumo de recursos colaborando en la mejora de la calidad global del servicio.

Cualquier sistema de triage estructurado se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible.

Los parámetros utilizados para manejar las urgencias, generalmente son una combinación entre el motivo de consulta actual, aspecto general del paciente combinado en ocasiones con observaciones fisiológicas. El proceso de triage no debería tomar más de 2 a 5 minutos, obteniendo suficiente información para determinar las urgencias y cualquier necesidad en la atención del paciente. En el proceso de triage, no se pretende llegar a un diagnóstico aunque en ocasiones esto si es posible. Los signos vitales solo deben ser medidos durante el triage, si se requieren para estimar la urgencia y el tiempo lo permite. El triage es el primer punto de contacto del usuario de urgencia, desde el obtendremos la prioridad en la atención al paciente, la ubicación en alguna de las áreas del servicio de urgencia también contribuyen a la gestión del servicio, proporciona. Toda información, pudiendo adaptar los recursos a la demanda real de los usuarios.

III.10. TRIAGE DE URGENCIAS:

Es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda valorar el médico de emergencia. Este concepto se aplica para los servicios de emergencia.

El triage debe realizarse en los servicios de emergencia en un ambiente adecuado y por personal profesional calificado.

III.11. TRIAGE DE EMERGENCIAS:

Proceso de clasificación de los pacientes por un equipo de salud de atención pre hospitalaria, en base a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezca los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo salud y el mejor medio de transporte utilizado.

III.12. TRIAGE DE CATÁSTROFE:

Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención y/o evacuación de las víctimas en caso de catástrofe, según su grado de urgencia.

III. 13. FASES

Es el momento en el cual se establece la relación personal de salud-paciente. Identificación, Valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

Valoración Primaria:

- Declaración del problema
- Reconocimiento inmediato de signos vitales.
- Valoración de riesgo vital.
- Actuación inmediata

2ª FASE ACOGIDA:

La acogida se lleva a cabo una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

Valoración secundaria:

- Valoración del paciente por sistema
- Análisis e interpretación de datos obtenidos.
- Toma de decisiones clínicas.
- Actuación in situ traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta.
- Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad.

3ª FASE DE CLASIFICACIÓN:

Es en el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta. Cada una de las etapas de la RAC (recepción, acogida y clasificación) se corresponderá en mayor o menor medida con una de las etapas del proceso enfermero.

El método de intervenciones más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin.

III.14. EVALUACIÓN INICIAL DEL USUARIO Y DETERMINACIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD:

Debe ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su estado de salud.

El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados.

La clasificación se establece en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario, causándole daños mayores.

La evaluación inicial del paciente, debe contar con las siguientes fases.

1ª FASE INTERROGATORIO:

¿Qué le pasa? Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitando el cuadro para formarse una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, localización y características.

¿Desde cuándo? Delimitar si es cuadro agudo o una afectación crónica descompensada.

Episodios previos, averiguar la existencia de cuadros recurrentes.

Dato de interés, relacionado con el motivo de consulta y que sean pertinentes en la ayuda de priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo más dinámica posible. Será el facultativo.

Quien ahonde después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencia.

2ª FASE DE INSPECCIÓN:

Es la búsqueda de signos de gravedad. Tan solo hay que fijarse en aquello que sea pertinente con el motivo y que ayude a priorizar.

- Aspecto general: impresión de gravedad
- Piel y mucosas: color palidez, cianosis

- Temperatura Neurológico: nivel de conciencia, respuesta al dolor, tamaño y respuesta pupilar, motricidad.
- Circulación: pulso; palpable en zonas distales a traumatismo, amplitud, intensidad
- Frecuencia cardiaca
- Respiración: permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio.

3ª FASE: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Debe estar registrada en una hoja de recepción, acogida y clasificación que será creada a tal efecto en función de los recursos disponibles por área.

a) REGISTRO DE ENFERMERÍA CARACTERÍSTICAS:

1. El registro de enfermería deberá ser un documento adecuado legalmente y reconocido por la institución a la que pertenece el servicio que lo utilice, formando parte de la historia del paciente. Contribuirá de manera fundamental a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente, comunicar los cuidados prestados, analizar la calidad de los mismos, facilitar la continuidad de cuidados, facilitar la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero, justificar los servicios prestados, así como configurar una base de datos.

2. El registro de enfermería debe estar diseñado y estructurado de manera tal que recoja todas y cada una de las etapas que lo constituyen, es decir, valoración, problemas detectados, objetivos, intervenciones y evaluación.

3. Deberá estar estructurado de forma clara y muy visible y debe existir un espacio para los datos personales como ser Número de historia clínica, Número de asegurado, empresa a la que pertenece y categoría si es el titular o el beneficiario.

4ª FASE: ESTABLECER PRIORIDAD DE ATENCIÓN

Una vez llegada al servicio y tras la recogida de datos, se establece un juicio clínico rápido sobre la situación clínica del paciente (y su familia) para asignarle un nivel asistencial, que llevara consigo un nivel de priorización a la hora de atender en el ámbito de urgencias en el que se desarrolla la RAC.

Como guía se definen cinco niveles de priorización:

ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE

ESCALA	TIEMPO DE RESPUESTA	DESCRIPCIÓN
PRIORIDAD I reanimación	Atención médica y de enfermería inmediata, simultánea a valoración	Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida. El paciente requiere intervención médica inmediata, se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de conciencia alterado, ausencia de signos vitales debido a trauma mayor, problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.
A PRIORIDAD II	Atención de Enfermería inmediata. Atención médica mediata 15 minutos	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u organismo recibe una intervención médica rápida ejemplo: dolor torácico, dolor abdominal, agitación, fiebre alta, etc.
PRIORIDAD III Urgencia	Atención de Médica y de Enfermería menor de 30 minutos	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica con condiciones que pueden progresar a problemas serios que requieren intervención de emergencia ejemplo: cefalea, dolor torácico, asma leve, a moderado, sangrado leve a moderado.
PRIORIDAD IV Urgencia Menor	Atención médica y de Enfermería menos de 60 minutos	Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia o deterioro potencial o complicaciones ejemplo: torácico, sugestivo, depresión, dolor de cabeza.
PRIORIDAD V No Urgente	Tiempo de atención 120 minutos	Condiciones que pueden ser agudas pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro, Ejemplo: trauma menor, estrés emocional, e inflamación de la garganta la atención puede ser postergada y el paciente puede ser remitido a consulta externa.

Tabla No 1 ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE

III. 15. VENTAJAS DEL TRIAGE:

PARA LOS PACIENTES:

- Proporciona información sobre su estado de salud y tiempo aproximado de espera.
- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria.
- Priorización de la atención de acuerdo a su gravedad clínica.

PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.
- Permite la reordenación de los recursos de los que deben disponer en el área de urgencia.
- Disminuye la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

PARA LA DIRECCIÓN

- Permite realizar controles de calidad.
- Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencia en función de la gravedad y tipología de los casos vistos.

FUNCIONES DEL TRIAGE

- Identificar rápidamente a los pacientes en situaciones de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencia.

- Informar a los pacientes y sus familiares sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

FUNCIONES DEL MÉDICO QUE REALIZA EL TRIAGE

- Debe tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recepción administrativa del servicio y con el área de espera de los pacientes.
- Recibir a los pacientes y sus familiares en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad.
- Realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica del paciente.
- Dar la información registrada al equipo multidisciplinario encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en el área asignada.
- Reevaluar periódicamente a los pacientes del área de espera.
- Tener un control visual del área de espera y de admisión de pacientes.

ALTERACIONES QUE SE PUEDEN PRODUCIR EN EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIA:

Algunas de las alteraciones más características a valorar en el paciente que permanece en el servicio de Urgencia son:

1. Miedo: variará de grado según el cuadro y el perfil del paciente, pero sin duda se verá favorecido por la extrañeza ante aparatos, material y ruidos extraños.
2. Dolor: es la referencia más clara para el paciente de que algo no anda bien y, por tanto, una fuente de pensamientos y conductas negativas. A veces va más allá de la manifestación fisiopatológica. Se suele atender el dolor de quien lo manifiesta, pero no así el de quien lo oculta o por muy diversos motivos no lo pueden manifestar. Suele conducir a intranquilidad, ansiedad y aumento de los miedos.

3. Ansiedad: en relación directa con el miedo y el dolor. Además de la propia enfermedad, la falta de intimidad y la insuficiente comunicación con el personal de salud.

4. Disminución de la Capacidad de Concentración: con frecuencia hay que repetir instrucciones o aclararlas muy lentamente, pensando que el paciente y/o su familia no presta la suficiente atención cuando la realidad es que sufre una alteración.

5. Disminución del umbral emocional: es decir, se pueden producir con mayor facilidad manifestaciones habitualmente consideradas inapropiadas o desmesuradas, como gritos, agresividad, llantos, aumento de la dependencia familiar (“necesito estar con mi familia”), necesidad imperiosa de acompañamiento (llaman al profesional continuamente para asuntos sin importancia).

6. Disminución del umbral sensitivo: es posible que el paciente sea capaz de percibir y reparar en ruidos, estímulos, etc. Aparentemente intrascendentemente. Además, todo parece dolerle más de lo que debería y cualquier técnica se le convierte en una tortura. Por otro lado, se presentan fobias y le resultan muy molestos los ruidos (monitores, etc) e incluso, las conversaciones de los profesionales en cuanto a su volumen (molesto y su contenido (porque le transmiten la sensación de que no se le presta la atención permanente que cree que necesita).

7. Pensamientos de muerte: no es preciso que la patología sea grave, basta con que el paciente y familiares así lo perciban. A veces, incluso en muchos casos, se dan las fases que Kubler-Ross definió para pacientes terminales y que son negación, ira y depresión.(32)

8. Ideas de suicida: que surgen en casos muy extremos, bien ya como motivo de ingreso. De manera potencial o real siempre suponen un importante problema.

CAPÍTULO: IV

DISEÑO METODOLÓGICO

IV.1. METODOLOGÍA:

El presente estudio se diseñó a través de métodos y técnicas, logrando resultados que respondan a los objetivos.

IV.2. TIPO DE ESTUDIO

El estudio de la investigación es de tipo descriptivo cuantitativo y transversal.

IV.3. UNIVERSO DE LA MUESTRA

Se tomó en cuenta a todos los usuarios que acudieron al servicio de emergencia en el 2do. Trimestre de la gestión 2013 que corresponde a 3836 usuarios.

Todo el personal de Enfermería que trabaja en el servicio de emergencia en los tres turnos que corresponde a 14 Enfermeras.

IV.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Corresponde a 96 usuarios que acudieron al servicio de emergencia.

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó el método probabilístico.

Tamaño de la muestra se obtiene por selección sistemática de elementos (aleatoria) y se empieza con el primer elemento escogido al azar.

K= Intervalo

N= Universo

n= Muestra

$K = N/n$

$K = 3836/96 = 38$

El espacio en el que se realizó el estudio es en el servicio de emergencia de la Clínica Caja Petrolera de Salud.

El tamaño de la muestra para el segundo grupo corresponde a todo el personal de Enfermería que trabaja en el servicio de emergencia en los diferentes turnos que corresponde a 14 Enfermeras.

IV. 5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Clientes externos que acuden al servicio de emergencia
- ❖ Clientes externos que accedieron al estudio.
- ❖ Personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia en los tres turnos.

IV. 6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Clientes externos que se negaron de participar del estudio en el servicio de emergencia
- ❖ Clientes externos críticos que acudieron al servicio de emergencia
- ❖ Al personal que se encontraba de vacación, con baja médica, aniversario natal.

IV.7. FASE DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

IV.8.1 Primera Fase.

Solicitud para realizar el estudio.

Al Director del Hospital.

Al jefe médico del servicio de Emergencia.

IV.8.2. Segunda Fase.

Se inicia la encuesta con el primer cliente externo que solicita atención en el servicio de emergencia con intervalo de 38 hasta repetir 96 veces.

Se realizó la encuesta tanto al cliente externo y al cliente interno.

IV. 9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:

- Cuestionario al usuario Anexo N°1
- Cuestionario al personal Anexo N°2

**IV.10. CRONOGRAMA DE TRABAJO
TABLA N° 2**

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	ABRIL-2013	MAYO-2013	JUNIO-2013	JULIO-2013	AGOSTO-2013	SEPTIEMBRE-2013	OCTUBRE-2013	NOVIEMBRE-2013	DICIEMBRE-2013	ENERO-2014	FEBRERO-2014	MARZO-2014	ABRIL-2014	MAYO-2014
Determinación del tema	X													
Presentación del tema al tutor	X													
Revisión bibliográfica	X	X												
Presentación del tema al tutor		X		X										
Encuesta				X	X									
Tabulación						x								
Revisión con el tutor análisis de informe						X	x	X	x					
Presentación final con las correcciones realizadas por el tutor								X						
Conclusión de la tesis										X				
Presentación del trabajo al tribunal										x	x			
Correcciones												x	x	
Presentación final													x	
Defensa														X

**PRESUPUESTO
RECURSOS HUMANOS**

INVESTIGADOR	PERSONAL	INSTITUCIONAL
Tutor de tesis	X	
Estadístico	X	
Encuestador	X	
Papelería	X	
Cartas		X

CAPÍTULO: V

RESULTADOS

V.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA.

CUADRO Nº 1:

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN y ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN PROCEDENCIA.

PROCEDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Domicilio	37	39 %
Trabajo	41	43 %
Transferencia	14	15 %
Ocasionalmente	4	4 %
Total	96	100 %

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro Nº1

En este cuadro se puede observar que el 43 % del usuario externo acuden más de su trabajo y sólo el 4% acude ocasionalmente al servicio de emergencia.

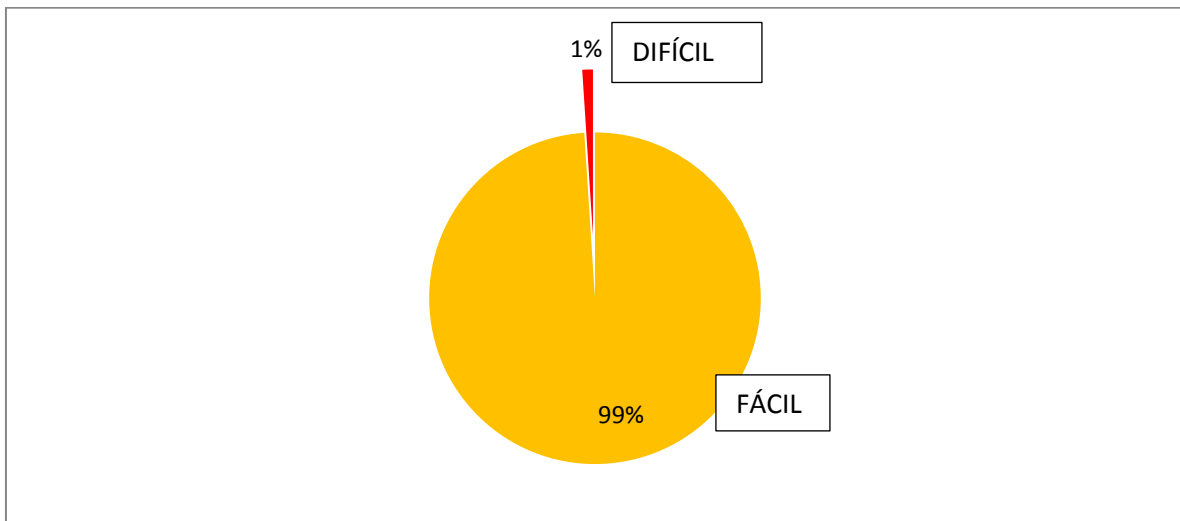
CUADRO N° 2

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN ACCESO AL SERVICIO.

ACCESO AL SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
FÁCIL	93	99%
DIFÍCIL	3	1%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL CLIENTE EXTERNO

GRAFICO: N° 2



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N° 2

En este cuadro se puede observar que el 99 % de los usuarios externos refieren que el acceso al servicio de emergencia es fácil.

CUADRO N°3

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN FRECUENCIA DE CONSULTA EN EMERGENCIA.

NUMERO DE VECES QUE ACUDE	NÚMERO	PORCENTAJE
PRIMERA VEZ	13	14%
SEGUNDA VEZ	30	31%
VARIAS VECES	53	55%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°3

En este cuadro se puede observar que del total de 96 usuarios encuestados, el 55% solicitó a tención en emergencia varias veces y sólo 14% solicitó por primera vez.

CUADRO N° 4

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: PREGUNTA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA (MOTIVO DE CONSULTA).

PREGUNTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MOTIVO DE CONSULTA?	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	83	86%
NO	13	14%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°4

El 86 % del usuario que solicita atención en el servicio de emergencia refiere que el personal de enfermería sí le preguntó el motivo de su consulta.

CUADRO N° 5

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE SU ENFERMEDAD GRAVE.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PERCIBE SU GRAVEDAD DE ENFERMEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	31	32%
NO	65	68%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°5

El 68% de los usuarios refiere que el personal de enfermería que le atendió no se dio cuenta de su estado de salud que él consideraba grave.

CUADRO N° 6

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: ASISTENCIA DE ENFERMERÍA.

ASISTENCIA POR ENFERMERÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
1. Le recuesta en una camilla	8	8%
2. Coloca oxígeno	11	12%
3. Administra analgésico por indicación médica	46	48%
4. Inicia solución parenteral por indicación médica	9	9 %
5. Ninguno	22	23%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°6

Al 48% de los usuarios se le administró un analgésico previa indicación médico, y solo al 8% se coloca en una camilla para observación de acuerdo a los signos y síntomas que presentaban.

CUADRO N°7

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN TIEMPO DE ESPERA.

TIEMPO DE ESPERA	NUMERO	PORCENTAJE
5 minutos	5	5%
15 minutos	7	7%
30 minutos	13	14%
1 hora	52	54%
2 horas	9	9%
más de 2 horas	10	11%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°7

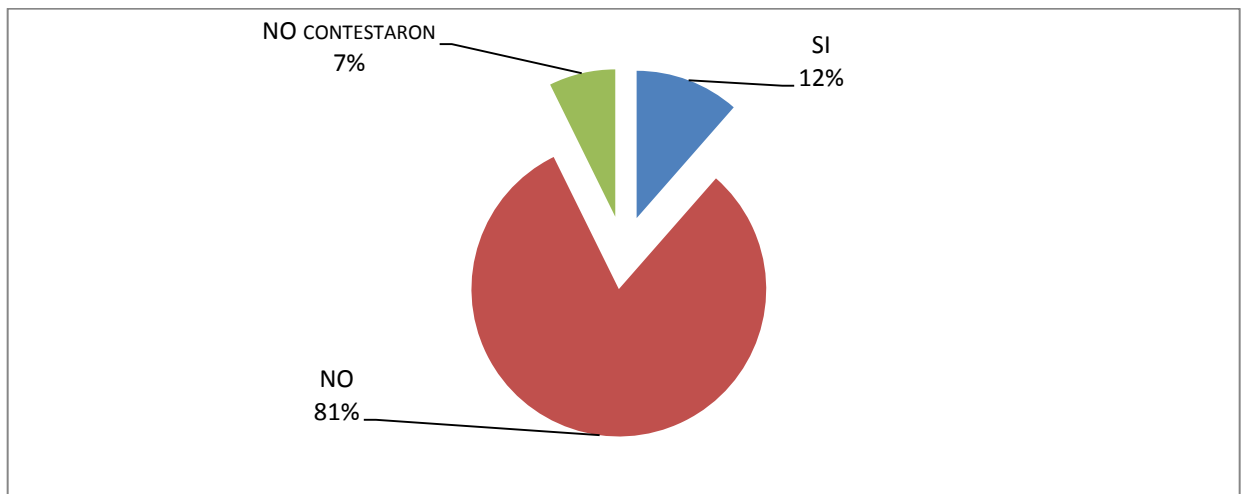
Del total de usuarios externos que solicitaron atención médica el 54 % esperó para su atención 1 hora y sólo un 5% fue resuelto su problema de salud en 10 minutos.

CUADRO N°8
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO
DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN:
REEVALUACIÓN POR ENFERMERÍA.

REEVALUACIÓN EN SALA DE ESPERA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	11	12%
NO	78	81%
NO CONTESTARON	7	7%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

GRAFICO N°8



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°8

El 81 % de los usuarios que se encontraban en sala de espera para su atención con el médico, refieren que no son reevaluados nuevamente por el personal de enfermería y solo al 12 % les preguntan si el dolor disminuyo.

CUADRO N°9**ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do.TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN SOLICITUD DE LABORATORIO Y TIEMPO DE ESPERA.**

SOLICITUD DE LABORATORIO	TIEMPO DE ESPERA						
	TOTAL	PORCENTAJE	10 minutos	15 minutos	30 MINUTOS	1 HORA	más de una hora
SI	55	57%	0	5	13	29	8
NO	41	43%	0	0	0	0	0
TOTAL	96	100%	0	5	13	29	8

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°9

Del total de usuarios encuestados, al 57% se solicitó laboratorio y esperaron para sus resultados una hora y 8 usuarios más de 2 horas.

CUADRO N°10
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD Y TIEMPO DE ESPERA.

TIEMPO DE ESPERA							
VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD	TOTAL	%	10 minutos	15 minutos	30 minutos	1 hora	más de dos hora
SI	16	17%	0	1	2	9	4
NO	54	56%	0	0	0	0	0
NO RESPONDIERON	26	27%	0	0	0	0	0
TOTAL	96	100%	0	1	2	9	4

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°10

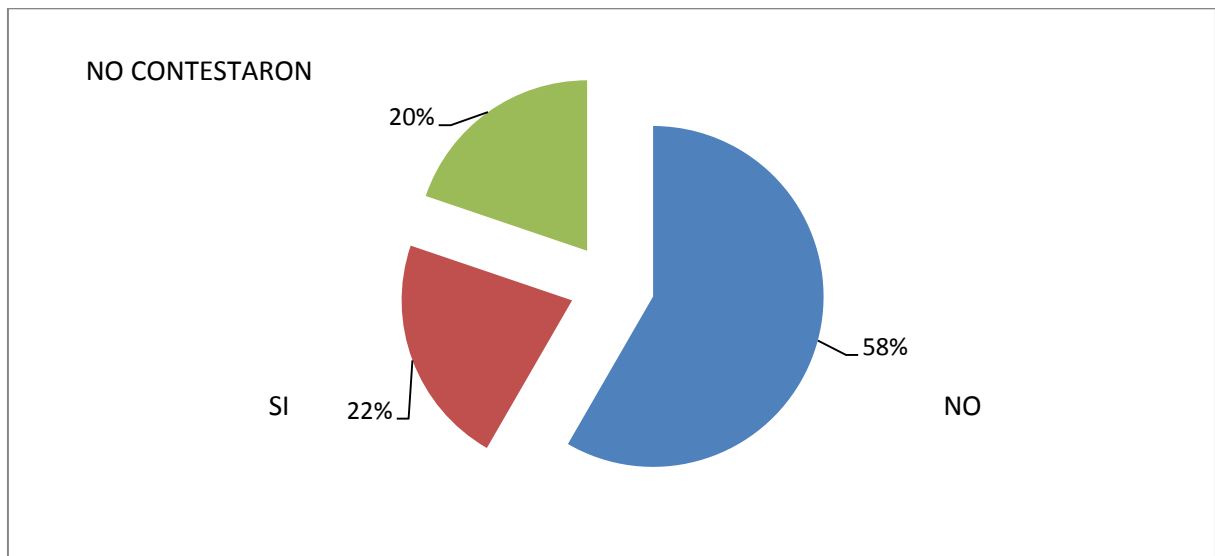
Del total de usuarios encuestados el 56% no necesito interconsulta por especialidad, sólo 17% fue valorado por especialidad de los cuales 4 usuarios esperaron más de dos horas para la resolución de su problema de salud.

CUADRO N°11
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: CONFORMIDAD CON LA ATENCIÓN.

CONFORMIDAD POR ATENCIÓN BRINDADA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	21	22%
NO	56	58%
NO CONTESTARON	19	20%
TOTAL	96	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

GRAFICO N°11



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO

Análisis:

Cuadro N°11

El 58% refiere que no está conforme con la atención brindada por el personal de salud en el servicio de emergencia, por los tiempos de espera prolongado para la resolución de su problema de salud.

V.2. ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

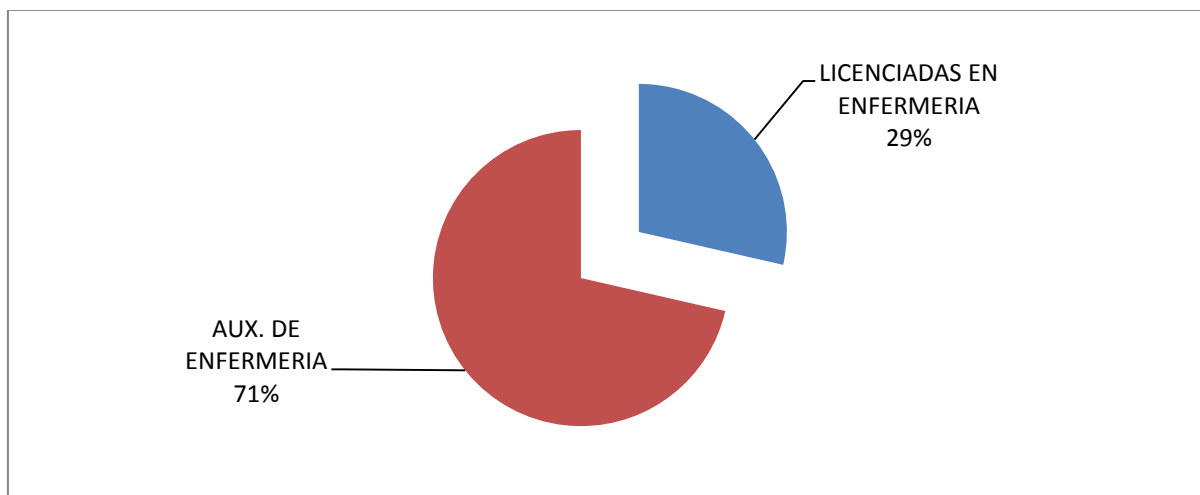
CUADRO N° 1

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN PROFESIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.

PROFESIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
LICENCIADAS EN enfermería CON ESPECIALIDAD	4	100%
LICENCIADAS DE ENFERMERÍA SIN ESPECIALIDAD	0	0%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	10	0%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRÁFICO N° 1



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°1-gráfico N°1

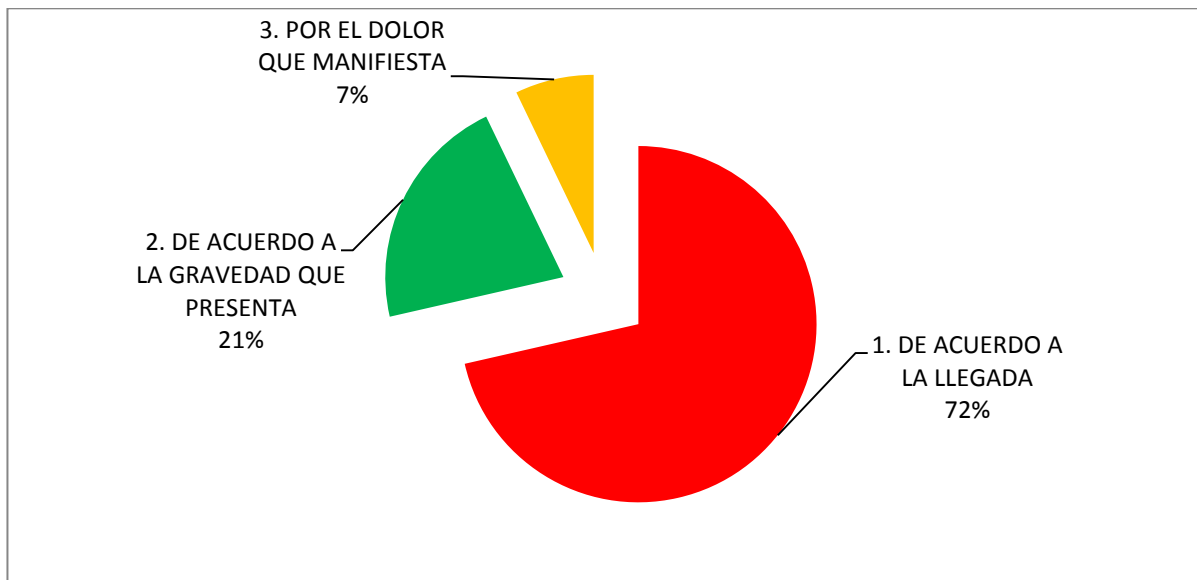
Del total del personal de Enfermería que trabaja en el servicio el 71% es Aux. de Enfermería y 29% son licenciadas en Enfermería con el 100% de especialidad en terapia intensiva y médico quirúrgico.

CUADRO N°2
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do.TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN CRITERIO DE ATENCIÓN.

CRITERIOS DE ATENCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1. DE ACUERDO A LA LLEGADA	10	72%
2. DE ACUERDO A LA GRAVEDAD QUE PRESENTA	3	21%
3. POR EL DOLOR QUE MANIFIESTA	1	7%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRÁFICO N° 2



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°2-grafico N°2

En este cuadro se puede observar que el 72% es atendido de acuerdo a la llegada y sólo al 21 % por la gravedad que manifiesta o se observa.

CUADRO N°3
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO.

CRITERIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
1. ESPERA SU TURNO	0	0%
2. COMUNICA INMEDIATAMENTE AL MÉDICO	12	86%
3. ESPERA QUE EL MÉDICO TERMINE DE ATENDER AL OTRO PACIENTE.	2	14%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

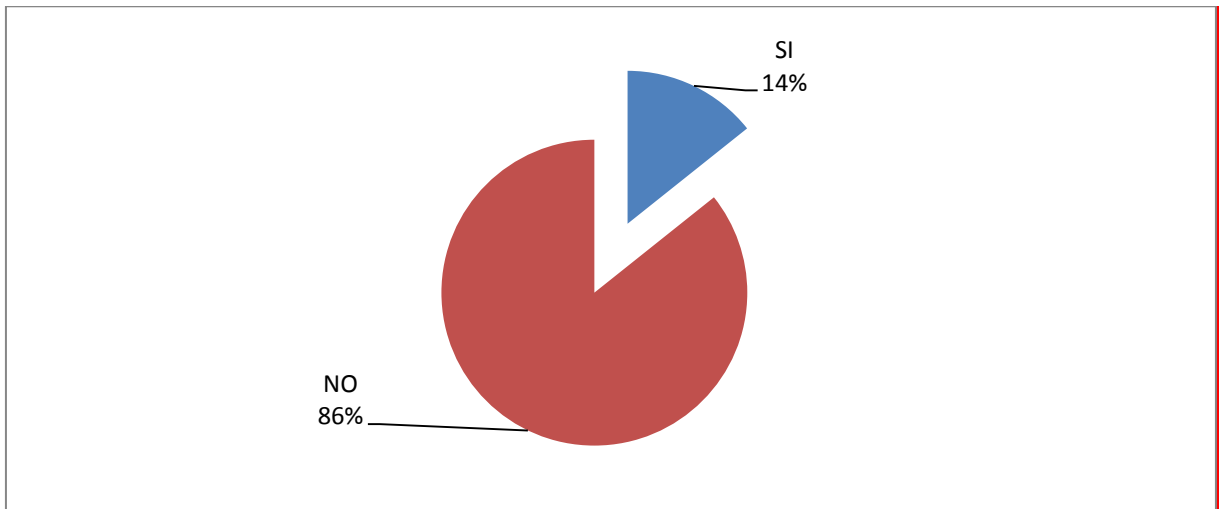
Cuadro N°3

En este cuadro se puede observar que el 86% del personal que trabaja en el servicio indica que cuando llega un paciente crítico comunica inmediatamente al médico para su atención.

**CUADRO N°4
 ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO
 DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN
 DISPONIBILIDAD DE ÁREA CRÍTICA.**

DISPONIBILIDAD DE ESPACIO FÍSICO PARA EL PACIENTE CRITICO	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	2	14%
NO	12	86%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
 GRÁFICO N °4



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°4-gráfico N°4

En este cuadro y gráfico se puede observar que el 86% indica que no disponen de un espacio físico para atender al usuario externo con riesgo vital, refieren que lo realizan en el espacio disponible.

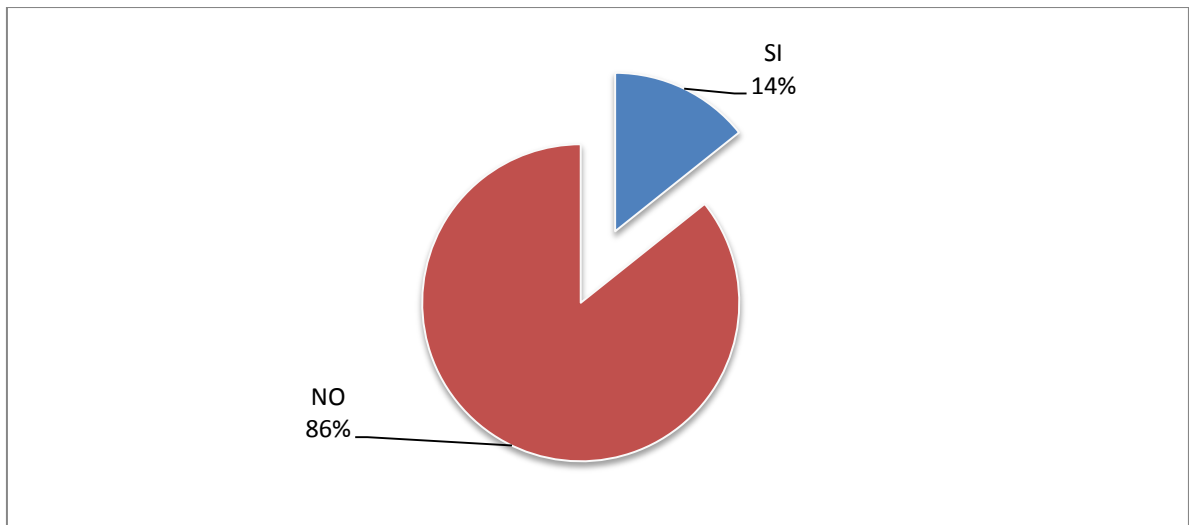
CUADRO N°5

ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN REEVALUACIÓN AL CLIENTE EXTERNO EN SALA DE ESPERA.

REEVALUACIÓN AL PACIENTE EN SALA DE ESPERA	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	2	14%
NO	12	86%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRÁFICO N°5



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

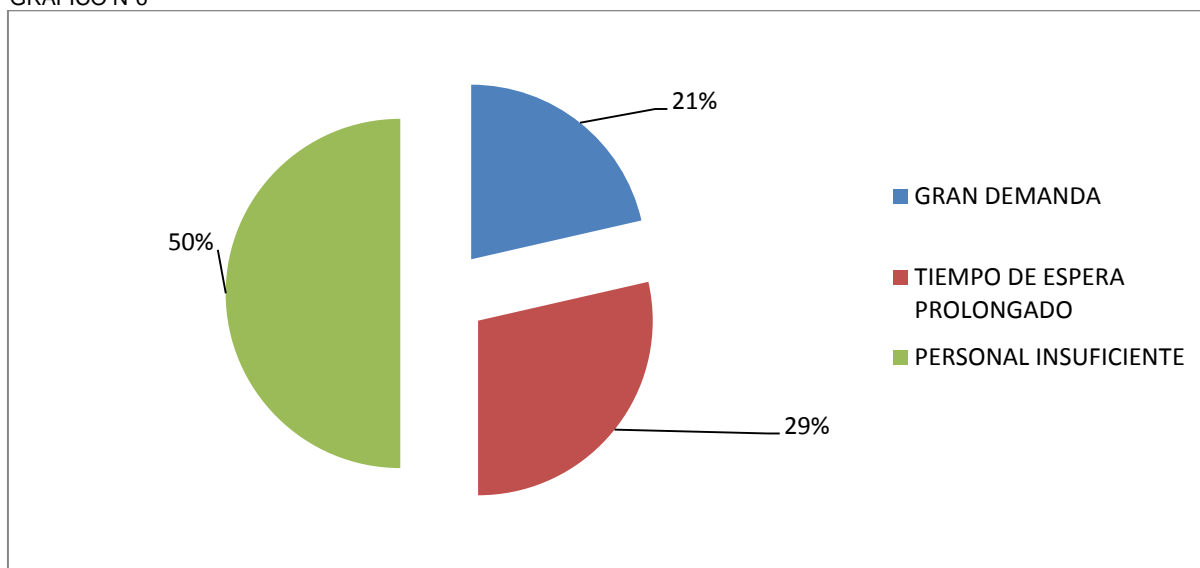
Cuadro N°5-gráfico N°5

El 86% del personal de enfermería refieren que después de la primera atención no controlan nuevamente los signos y síntomas a los usuarios que se encuentra en sala de espera para la atención con el médico.

CUADRO N°6
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO
DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: CAUSA DE
ABANDONO DEL USUARIO

CAUSA DE ABANDONO DEL USUARIO EXTERNO	NÚMERO	PORCENTAJE
GRAN DEMANDA	3	21%
TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO	4	29%
PERSONAL INSUFICIENTE	7	50%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
 GRÁFICO N°6



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°6-gráfico N°6

El 50% del personal de Enfermería refiere que el usuario que solicita atención en emergencia abandona por personal insuficiente y el 21 % refiere que se debe a la gran demanda de atención.

CUADRO N°7
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: CONCEPTO DE TRIAGE.

CONCEPTO DE TRIAGE	NÚMERO	PORCENTAJE
1. CLASIFICACIÓN POR NIVEL DE GRAVEDAD	1	7%
2. CLASIFICACIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA	8	57%
3. NO SE	5	36%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°7

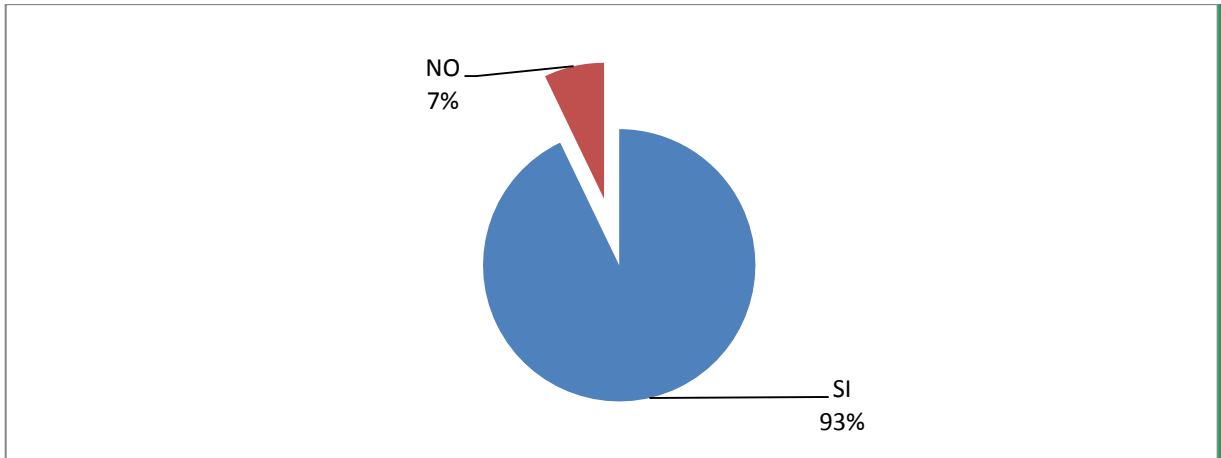
El cuadro nos muestra que el 57% del personal de enfermería no tiene claro sobre el concepto del triage y el 36% desconoce.

CUADRO N°8
ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: NECESIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE TRIAGE.

USTED VE NECESARIO LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE?	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	13	93%
NO	1	7%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRÁFICO N°8



Análisis:

Cuadro N°8-gráfico N°8

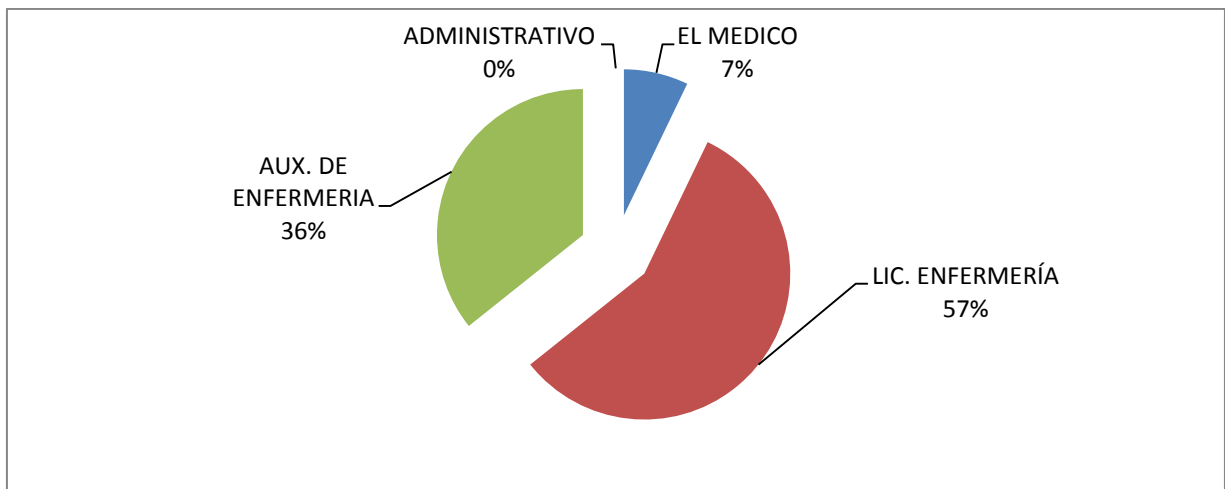
El cuadro nos muestra que el 93% del personal de Enfermería Sí está de acuerdo con implementar el sistema de triage y sólo el 7% refiere que NO.

**CUADRO N°9
 ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO
 DE EMERGENCIA 2 do. TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2013 SEGÚN: PERSONAL
 RESPONSABLE PARA REALIZAR EL TRIAGE.**

PERSONAL RESPONSABLE PARA REALIZAR EL TRIAGE	NÚMERO	PORCENTAJE
EL MEDICO	1	7%
LIC. ENFERMERÍA	8	57%
AUX. DE ENFERMERÍA	5	36%
ADMINISTRATIVO	0	0%
TOTAL	14	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

GRÁFICO N°9



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Análisis:

Cuadro N°9-gráfico N°9

Del total del personal que trabaja en el servicio de emergencia el 57% indica que debe estar a cargo de la licenciada en enfermería y no así del personal administrativo.

CAPITULO: VI

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS AL USUARIO QUE ACUDE A EMERGENCIA

En el cuadro N°1 el usuario que solicita atención en emergencia acude en un 43 % de su trabajo, lo que hace notar que la población económicamente activa es la que demanda mayor servicio en emergencia, las empresas aseguradas no cuentan con servicio médico o requieren de una atención de Nivel III.

De acuerdo al cuadro N°2 y N°3 el 99% indican que el acceso es fácil puede deberse a la ubicación geográfica que la clínica Caja Petrolera se encuentra en el centro de la ciudad y por la atención que se brinda las 24 horas y los 360 días del año.

En el cuadro N° 3 los pacientes en 55% consultan varias veces, por encontrar solución rápida a su problema de salud sin necesidad de ser emergencia.

En los cuadros N°4 ,N°5 y N°6 al 83% de los usuarios el personal le pregunta el motivo de la consulta; sin embargo nos hacen notar el 68% que el personal no da importancia al dolor que manifiestan y son atendidos de acuerdo a la llegada. Además los que se encuentran en sala de espera manifiestan que no son reevaluados nuevamente. En los servicios de emergencia en el exterior atienden con el sistema de triage esto les permite atender al paciente correcto, en el lugar correcto , en el tiempo adecuado a demás que revaloran a los pacientes que se encuentran en sala de espera.

Si bien en el cuadro N°7 el 54% de los usuarios esperaron una hora para su atención con el médico es porque no fue por prioridad o el paciente no lo manifestó y aquellos que esperaron más de dos horas es porque los especialistas se encuentran ha llamado, por otro lado les lleva a la inconformidad como lo manifiestan la mayoría.

El cuadro N°11 nos manifiesta que el 56% no está conforme con la atención brindada por el servicio de emergencia, probablemente se debe a que existe déficit de personal, por la mala organización y al crecimiento de la población asegurada.

DISCUSIÓN DE CUADROS DEL CLIENTE INTERNO.

En los cuadros N°1 , N°2 , N°3 y N°5 el 100% del personal profesional tiene especialidad y antigüedad en el servicio, por lo tanto no tiene dificultad en la atención al paciente crítico, pero realiza actividades administrativas como vigencia de derecho, compromisos de pago y asistenciales, etc. Estos procesos no le permiten realizar una reevaluación al 86% de los pacientes que se encuentran en sala de espera.

El 50% del personal de enfermería manifiestan que el usuario abandona por insuficiente personal. Esto nos hace pensar que las autoridades no tomaron en cuenta el número de profesionales en relación al crecimiento poblacional de asegurados.

En este sentido el propósito del trabajo es hacer conocer a las autoridades que el servicio de emergencia necesita una reorganización y plantear un nuevo modelo de atención implementando el sistema de triage, que nos permitirá mejorar la atención de acuerdo a la prioridad de su estado de salud que manifiestan.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

1. Realizadas las encuestas tanto al usuario como al personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud, refieren que la atención que se brinda no es el adecuado; porque al usuario no se le atiende por prioridad de acuerdo a la enfermedad que manifiesta y no es revalorado por enfermería cuando está en la sala de espera.
Que la enfermera en lugar de dedicarse a la atención del paciente, se dedica a la función de vigencia de derechos donde invierte su tiempo en registrar.
La enfermera no se da cuenta de la gravedad del paciente.
El espacio físico para recibir más pacientes es insuficiente.
No existe un personal que se dedique a la valoración del paciente y determinar acciones oportunas.
2. El 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles.
El 86% del personal de enfermería comunica inmediatamente al médico cuando el usuario se encuentra hemodinámicamente inestable.
Por personal insuficiente, el 50% de las enfermeras indican que hay abandono de los pacientes.
3. Los pacientes acuden de su fuente laboral en un 43%, y refieren que el acceso es fácil en un 99%.
Inconformidad del paciente en 56% porque el tiempo de espera para la consulta con el médico lleva más de una hora; y los que requieren interconsulta con especialidad esperan más de 2 horas porque se encuentran ha llamado.
Que el 81% no fue revalorado por enfermería y el 68% responde que la enfermera no reparó de su gravedad.
4. Que el 93% del personal de enfermería refiere implementar el sistema de triage que va a contribuir a la mejor organización y gestión de la unidad para incrementar la calidad ofertada en el servicio.

CAPÍTULO: VIII

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer a las autoridades los resultados de la investigación y solicitar recursos humanos, para no realizar tareas administrativas y dirigir la atención al paciente de emergencia con preferencia a los pacientes más graves y reorganizar el servicio con áreas funcionales, o circuitos de clientes externos, diferenciando según el riesgo, los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren, y el tiempo previsible de estancia en urgencia.
2. Concientizar al personal de brindar una atención oportuna, incluir en la reorganización del servicio la elaboración de instrumentos de atención como ser: manuales, protocolos y posteriormente socializar a todo el personal ya que las enfermeras trabajamos en los servicios de acuerdo a la necesidad de la institución.
3. Comenzar a socializar a la población asegurada desde la consulta externa y espacios hospitalarios a través de trípticos, ayudas audiovisuales o carteles, donde se informe que es emergencia, en qué casos deben acudir directamente a emergencias.
4. Es necesario implementar un sistema de triage porque nos permite selección al paciente correcto, en el lugar correcto y priorizar la atención a cada cliente externo en razón de su riesgo o gravedad de salud, con el fin de incrementar la calidad ofertada.
5. Enviar a las autoridades la propuesta para su validación. Después de 6 meses de haber implementado el triage realizar una encuesta sobre la satisfacción del cliente externo que acude al servicio de emergencia en los diferentes turnos.

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Armijo Subieta Freddy. "Indicadores de Salud" La paz, junio de 1999.
2. GómezJiménez. "Clasificación de pacientes en los servicios de urgencia y emergencia": Hacia un modelo de triage estructurado de urgencia y emergencia Editorial McGraw-Hill 2003.
3. Garcia Olivia Rolando "Gestión del cambio Organizacional" Enfoca SRL. Escuela empresarial de formación en competencias. Bolivia 2013.
4. Balderas Mariela "Administración de los servicios de enfermería". Editorial interamericana MC GraW 3era Edición Mexico 1995.
5. Balderas Mariela "Administración de los servicios de enfermería". Editorial interamericana MC GraW 5ta Edición Mexico 2009.
6. Cusicanqui Juan José , "Análisis de la problemática del sector Salud" el periódico la Razón, 2012 marzo 29 Pag. A-3.
7. Ramos Hugo Lic. Salas Liliana" Triage en el departamento de emergencias", Córdoba argentina, 2005.
8. Forgeo Médicos Mundi Delegación Bolivia "Gestión Gerencial" Agencia de corporación Española AECL.
9. María Carolina Ortega, "Manual de evaluación de servicios de calidad en Enfermería", Editorial Médica Panamericana S.A.; Ed. 2dº , Argentina 2009.
10. Jose Luis Temes Montes , Mercedes Mengibar Torres" Gestión Hospitalaria". Editorial McGraw-Hill. Interamericana,SL Quinta edición 2011 Madrid.
11. Elias Rovira Gil " Urgencia en Enfermería" Editorial Difusión avances de Enfermería DAE,SL ;Edición 2012.
12. Manuel Barquin ."Dirección de Hospitales", Editorial Mc Graw-Hill,Edición 7ma. México D.F. 2002.
13. Ministerio de Salud y Deportes. Reglamento general de Hospitales.Segunda edición.Bolivia enero 2005.
14. William B. Wrther, Heith Davis,"Administración de Personal y Recursos Humanos ",Editorial McGraw-Hill, México 1998.

15. Ann Marriner Tomey, "Guía de Gestión Y Dirección en Enfermería", Editorial Harcout Mosby, Edición.6ta, Española 2000.
16. Parrilla Ruis, F.M, Cárdenas Cruz, D.P, Vargas Ortega, D.A. Días Castellano, M.A. "Triage en Urgencias " Facultativo versus Enfermería . Emergencias 2003.
17. Pera, I." El triage en el Servicio de Urgencias "Colegio Oficial de Enfermería. Barcelona 2001
18. Rojas Ocaña, M.J. Rodríguez, Rodríguez, JB "Area de Triage" Utilidad y eficacia de un protocolo , Rol Enfermería, 2000.
19. Salas Perea RS. "Educación en Salud: Competencia y Desempeño Profesionales "Editorial Ciencias Médicas, 1999.
20. Shimon, Randll S., Ramon Valle "La gestión de los Recursos Humanos" Ed Mc. Raw Hill Interamericana de España S.A.V.I. 1ª ed. 1999.
21. Sampieri Hernández Roberto. "Metodología de la investigación "tercera edición Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. 2003.
22. Vila Gimeno, C. "El triage en los servicios de Urgencia Hospitalaria "Papel de la enfermera. Enfermería Clínica ,2002.
23. Villanueva ,AB "Urgencias mejor Organizadas" El país 2004.
24. Lavadenz Mantilla Fernando. D.M."Manual de vigilancia de la Calidad"La Paz. Bolivia. 1998.
25. Vicepresidencia Prestadora de servicios de Salud "Triage de Urgencias" Instituto de seguros Sociales. Bogotá 1999
26. Pulido H."Triage Hospitalario". Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas Bogotá, 2000
27. Vanegas S. "Protocolo de Triage Del departamento de urgencias " Funda. Santa Fe de Bogota 1995.
28. María Martín García "Estudio del triage en un Servicio de Urgencia Hospitalaria" Revista Enfermería CyL ISSN1 Marzo 2013
29. Gustavo Malagón, Ricardo Galan, Gabriel Ponton, "Administración Hospitalaria", Editorial Médica Panamericana, Ed.2da. Buenos Aires, 2000.

30. Investigación sobre Servicios de Salud: Una antología. Edit. Kerr L. White L. White “ Investigaciones sobre servicios de Salud: una antología,
31. WWWvs.s/d cu/revistas/ems/vo 16202/ems0620hm-30Kción
32. Merino, I.P.M. “Sistemas de garantía de Calidad en Urgencias y Emergencias”. Málaga España: Internet. 2000.
33. Instituto Boliviano de Normalización de la calidad. 2008. Sistema de Gestión de la calidad-Norma Boliviana NB/ISO9001

CAPITULO X

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA

ANEXO 2

ENCUESTAS

ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO

Estimado paciente nos encontramos realizando un estudio para evaluar la atención ofrecida en el servicio de emergencia C.P.S., la información que usted nos proporcione será de mucha importancia para mejorar nuestra atención. Gracias por su colaboración.

Instrucción:

Por favor lea con cuidado las preguntas

Marque con una (X) la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿De dónde viene al servicio de emergencia?
De su Casa () del trabajo () Transferencia de un centro () ocasional()
2. El acceso al servicio de Emergencia fue:
Fácil () Difícil ()
3. ¿Usted solicita su atención en el servicio de emergencia por::
a) Primera vez () b) Segunda vez () c) Varias Veces ()
4. ¿El personal de Enfermería le pregunta el motivo de su consulta?
SI () NO ()
5. ¿El personal de enfermería le se dio cuenta de la gravedad de su enfermedad?
SI () NO ()
6. ¿La Enfermera después del control de los signos vitales le informa donde debe esperar para que le atienda el médico?
Sala de espera () le recuesta en la camilla () No le dice nada ()
7. ¿La Enfermera después de controlar los signos vitales le realiza alguna asistencia?.
A. Le recueste en una camilla
B. Le coloca oxígeno
C. Administra analgésico por indicación médica
D. Inicia Solución Parenteral por indicación médica
E. Ninguno
8. ¿Cuánto tiempo espero para su atención con el médico de Emergencia?
10 minutos() 15 minutos() media hora() 1 hora() 2 horas() mayor a 2Hrs.()
9. ¿cuándo Usted se encuentra en la sala de espera la enfermera le pregunta cómo se siente o le vuelve a controlar los signos vitales?
SI () NO ()

10. ¿ Le dieron orden para muestra de laboratorio?

SI () NO ()

11 ¿Cuánto tiempo esperó para los resultados

10 min () 15 min () 30 min () 1 hora() más de 1 hora()

12. ¿El Médico de emergencias le indica que necesita valoración por una especialidad?

SI () NO ()

13.¿ Cuánto tiempo esperó para su atención con especialidad?

(10 min () 15 min () 30 min () 1 hora () más de 1 hora ()

14.¿ Está conforme con la atención brindada por el servicio de emergencia?

SI () NO ()

15. ¿Qué sugerencia daría usted para mejorar la atención?

ENCUESTA AL CLIENTE INTERNO

Estimado(a) compañera: la presente encuesta tiene el objetivo de conocer su recepción y acogida al usuario que solicita atención en emergencia. Sus respuestas son de gran valor para realizar un estudio y contribuir en la mejora continua de nuestra atención y satisfacer mejor sus necesidades profesionales.

Instrucción:

Por favor lea con cuidado las preguntas .Marque con una (X) la respuesta que Usted considera correcta a las siguientes preguntas:

1 ¿ Que profesión tiene usted?

Lic. Enfermería () Aux. de Enfermería()

2.¿Cuántos años tiene trabajando en el servicio de emergencia?

Meses..... años.....

3. ¿Cuenta con alguna especialidad?

SI () NO ()

4. ¿Si la respuesta es afirmativa mencione la especialidad:

5. ¿Cómo atiende al paciente que acude al servicio de emergencias?

- a) De acuerdo a la llegada
- b) De acuerdo a la gravedad que presenta.
- c) Por el dolor que manifiesta.

6.¿ Cómo atiende a un paciente que llega hemodinámicamente inestable o crítico?

- a) Espera su turno
- b) comunica inmediatamente al médico
- c) Le recuete y espera que el médico termine de atender al paciente que se encuentra en consulta?

7. ¿Dispone de un espacio físico para el paciente crítico?

SI () NO ()

8.¿A los pacientes que se encuentran en sala de espera los revalora nuevamente?

SI () NO ()

9. ¿Porque abandonan los pacientes antes de ser atendido por el médico?
Gran demanda () tiempo de espera prolongada () personal insuficiente ()

10. ¿Qué entiende por triage?

- a) Clasificación por nivel de gravedad
- b) Clasificación y atención inmediata
- c) No sabe

11. ¿Usted cree que debemos implementar el sistema de triage en el servicio?

SI () NO ()

12. ¿Quién considera que debe realizar el sistema de Triage?

El Médico () Lic. Enfermera () Aux. de Enfermería() administrativo()

ANEXO 3

PROPUESTA FINAL DEL DISEÑO

HOJA DE VALORACIÓN DEL TRIAGE

TELÉFONO DEL PACIENTE _____
CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE

A. PATERNO _____	A. MATERNO _____	NOMBRE _____	Nº DE HISTORIA CLÍNICA _____
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
EDAD _____	SEXO _____	HR. DE LLEGADA _____	HR. DE INICIO DE R.A.C. _____ FINAL DEL R.A.C. _____
		Nº DE MATRÍCULA _____	

	INMEDIATO	
	MENOR DE 30 MIN.	
	MENOR A 60 MIN.	
	MENOR A 120 MIN.	
	FALLECIDO	

CONTROL DE SIGNOS VITALES

P/A _____ mmhg.
P: _____
R: _____
T.O.: _____
T.R.: _____
PESO _____
TALLA _____

CONTROL DE GLASGOW

APERTURA DE OJOS	ESPONTANEO _____ 4
	AL HABLA _____ 3
	AL DOLOR _____ 2
	NINGUNO _____ 1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO _____ 5
	CONFUSO _____ 4
	PALABRAS INAPROPIADAS _____ 3
	SONIDOS INCOMPRESIBLE _____ 2
	NINGUNO _____ 1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES _____ 6
	LOCALIZA EL DOLOR _____ 5
	EVITACIÓN DEL DOLOR _____ 4
	FLEXIÓN NÓMALA _____ 3
	Extención _____ 2
	NINGUNA _____ 1

EVALUACIÓN

VÍA AÉREA (A)	ESTRIDOR <input type="checkbox"/>
	SIBILANCIA <input type="checkbox"/>
	INCAPACIDAD DE HABLAR <input type="checkbox"/>
(A)	BABEANDO <input type="checkbox"/>
	INCAPACIDAD DE MANEJAR SECRECIONES <input type="checkbox"/>
	RESPIRACIÓN <input type="checkbox"/>
(B)	IRREGULAR <input type="checkbox"/>
	RETRACCIONES <input type="checkbox"/>
	ALETEO NAZAL <input type="checkbox"/>
CIRCULACIÓN (C)	SANGRADO <input type="checkbox"/>
	PALIDEZ <input type="checkbox"/>
	PIEL MOTEADA <input type="checkbox"/>
(C)	ENROJECIMIENTO <input type="checkbox"/>
	DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>
	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>
(D)	RESPONDE A ESTÍMULOS <input type="checkbox"/>
	ELÁCIDO <input type="checkbox"/>

GLUCEMIA CAPILAR _____

PREGUNTAS

¿Qué estaba haciendo cuando comenzó el síntoma? _____

¿Cómo se siente el síntoma? _____

¿Si cero es ausencia del dolor y 10 es lo peor cuánto califica al dolor? _____

¿Cuándo empezó el síntoma? _____

¿Viene y se va? _____

¿Por cuánto tiempo dura? _____

¿Alguna vez a sufrido esto antes _____

Sensación de sed
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ÚLTIMA INGESTA _____

ELIMINACIÓN URINARIA
NORMAL _____
DIFICULTAD _____
DOLOR _____
CARACTERÍSTICAS _____

ELIMINACIÓN DE HECES
NORMAL _____
DIFICULTAD _____
DOLOR _____
CARACTERÍSTICAS _____

FIRMA Y NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA EL R.A.C.

ELABORADO POR LIC. MARTHA SANIZO Z
FECHA: 5 MARZO 2014.

VALIDADO
FECHA _____

APROBADO
FECHA: _____

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMA DE TRIAGE

INTRODUCCIÓN:

El cambio en los servicios de emergencia en los últimos años, se ha centrado en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo del usuario que acude al servicio, hace indispensable un cambio en cuanto a la atención otorgada mediante la implementación del triage. Y como Enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas, siendo la enfermera la figura que cumple los requisitos indispensables para el desempeño de esta función; por ello se ha sumado a la corriente que tiende a garantizar la calidad de los sistemas de salud, que busca satisfacer las necesidades de atención.

Dado que está demostrado que la mayoría de las consultas hechas en el servicio de emergencia en todos los ámbitos se refieren a patologías banales, se hace necesario un método de clasificación rápida e individualizada de los usuarios a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuál de ellos precisa realmente una atención prioritaria y cuál puede demorar su asistencia.

La satisfacción del usuario con respecto a la calidad de los cuidados recibido en el servicio de emergencia está influenciada por el primer contacto con la enfermera.

OBJETIVO GENERAL:

Proponer un sistema de triage estructurado para el personal con el fin de mejorar el sistema de atención en el servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Identificar a los pacientes que requieren atención inmediata
2. Determinar el lugar apropiado para el tratamiento
3. Facilitar el flujo de pacientes y evitar congestión innecesaria
4. Proveer un proceso de evaluación y reevaluación seguido de los pacientes que están llegando y de los que están esperando atención

CUMPLIMIENTO DE REGISTRO POR ENFERMERÍA:

Un registro por enfermería es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y de su familia, cuya última finalidad es facilitar el proceso de cuidar y dejar constancia escrita del mismo.

FUNCIONES DE LOS REGISTROS:

- Crear un documento legal.
- Identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.
- Comunicar los cuidados prestados.
- Analizar la calidad de los cuidados impartidos.
- Facilitar la continuidad de los cuidados.
- Facilitar la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero.
- Justificar los servicios prestados.
- Contribuir a la inserción de nuevo personal.
- Proporcionar una base de datos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE REGISTRO EFECTIVOS:

- Estar adaptados a los problemas más frecuentes que presentan los pacientes del centro donde se utilicen.
- Reflejar el uso del proceso enfermero.
- Desaconsejar la doble documentación y las anotaciones irrelevantes.

- Contribuir al aumento de la calidad de los registros enfermeros.
- Estar diseñados de forma que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente para facilitar la comunicación, evaluación, investigación y mejora de la calidad.

HOJA DE RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES:

Debe tener los siguientes datos.

- Datos del paciente.
- Hora de llegada.
- Hora de entrada en la consulta de R.A.C.
- Tiempo de permanencia en la R.A.C.
- Nivel de prioridad.
- Consulta o zona designada. Espacio para el motivo de consulta y el registro de los signos y síntomas que expresa el paciente o su acompañante.
- Espacio para aquellos otros datos relacionados con el motivo de consulta, como antecedentes personales de interés.
- Alergias.
- Enfermero que hace el R.A.C.
- Constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, pulsioximetría, glucemia, temperatura, peso(en caso de pacientes pediátricos)
- Pruebas complementarias solicitadas desde la consulta de R.A.C o realizadas E.C.G.
- Valoración inicial anotando problemas de colaboración, manifestaciones de dependencia o problemas de autonomía, fundamentalmente relacionadas con el motivo de consulta.
- Intervenciones de Enfermería iniciadas o efectuadas en la consulta de RAC.

FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA RAC:

Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la unidad.

1. La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio Profesional.
2. No menos importante, ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
3. Facilitar estabilidad, confort y prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.
4. La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad.
5. Derivará al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados, procediendo a una evaluación más detenida al usuario que no precisa cuidados inmediatos.
6. La enfermera iniciará los cuidados necesarios, según los protocolos establecidos, en función de las alteraciones de salud manifestadas y las necesidades identificadas.
7. En el caso de urgencia “menores”, se encargará del seguimiento del usuario y de los cuidados mínimos requeridos.
8. Además, en atención primaria, la enfermera podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.
9. Si el paciente y/o familiar presentan déficit de conocimientos relacionado con el motivo de consulta, el enfermero le orientará adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

ANEXO N° 1

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN (TRIAGE)C.P.S.

La espera máxima para la consulta está en función de la clasificación que realice según el nivel de gravedad del paciente.

ESCALA	TIEMPO DE RESPUESTA	DESCRIPCIÓN
PRIORIDAD I reanimación	Atención médica y de enfermería inmediata, simultánea a valoración	Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida. El paciente requiere intervención médica inmediata, se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de conciencia alterado, ausencia de signos vitales debido a trauma mayor, problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.
PRIORIDAD II	Atención de Enfermería inmediata. Atención médica mediata 15 minutos	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u organismo recibe una intervención médica rápida ejemplo: dolor torácico, dolor abdominal, agitación, fiebre alta, etc.
PRIORIDAD III Urgencia	Atención de Médica y de Enfermería menor de 30 minutos	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica con condiciones que pueden progresar a problemas serios que requieren intervención de emergencia ejemplo: cefalea, dolor torácico, asma leve, a moderado, sangrado leve a moderado.
PRIORIDAD IV Urgencia Menor	Atención médica y de Enfermería menos de 60 minutos	Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia o deterioro potencial o complicaciones ejemplo: torácico, sugestivo, depresión, dolor de cabeza.
PRIORIDAD V No Urgente	Tiempo de atención 120 minutos	Condiciones que pueden ser agudas pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro, Ejemplo: trauma menor, estrés emocional, e inflamación de la garganta la atención puede ser postergada y el paciente puede ser remitido a consulta externa

ANEXO Nº 2

CRITERIOS GENERALES DE INGRESO EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN.

1. EN OBSERVACIÓN EN CAMILLA CRÍTICA:

1. Pacientes con patología grave o de alto riesgo en los su situación clínica requiere de modo imprescindible del uso de UTI.
2. Situaciones de coma de cualquier etiología.
3. Estados con fusionales de causa no psiquiátrica.
4. Crisis epiléptico repetitivas.
5. Hemorragia cerebral.
6. Ictus con importante afectación motora, alteración del nivel de conciencia o en clara progresión.
7. Insuficiencia respiratoria aguda
8. Insuficiencia respiratoria crónica agudizada con grave repercusión general o del nivel de conciencia.
9. Insuficiencia cardiaca grave.
10. Síndrome coronario agudo.
11. Disección o rotura aórtica.
12. Insuficiencia circulatoria arterial aguda o crónica agudizada, con grave afectación del estado general.
13. Shock de cualquier etiología.
14. Arritmias malignas o no, pero con deterioro hemodinámico.
15. Neumotórax de importante cuantía o con insuficiencia respiratoria asociada.

ANEXO Nº 3.

2. CRITERIOS EN OBSERVACIÓN EN CAMA.

1. PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

- a) Angina secundaria, asintomática en el momento de la consulta y sin cambios ECG agudos, en enfermo con cardiopatía isquémica conocida.
- b) Fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular rápida
- c) Taquicardia paroxística supra ventricular, recurrente, en pacientes por lo demás sanos.
- d) Insuficiencia cardíaca congestiva crónica descompensada grado II-III, pudiéndose identificar y controlar el origen de la descompensación.
- e) Urgencias hipertensivas: con cifras de tensión arterial diastólica de 120 mmhg, pero asintomática o con sintomatología leve e intrascendente y que permiten iniciar su corrección con tratamiento oral.

2. PATOLOGÍA RESPIRATORIAS

- a) Crisis asmática, sin criterio clínico de gravedad, que no requiere oxigenoterapia y que no mejora tras tratamiento en el área de consulta en el plazo de una hora.
- b) Bronco neuropatía crónica reagudizada, sin criterios clínicos de gravedad, que requiera oxigenoterapia y no mejora tras tratamiento en el área de consulta en el plazo de una hora.

3. PATOLOGÍA ENDOCRINO METABÓLICAS

- a) Hipoglicemia en pacientes en tratamiento sin trastorno del nivel de conciencia y que, teniendo en cuenta la hora de consumo del fármaco y la causa (escasa ingesta de alimentos, ejercicios intensos) .

- b) Hipoglicemias no complicadas y no controladas tras tratamiento en el área de consulta.

4. PATOLOGÍA NEFROUROLOGICA:

- a) Hematuria macroscópica, de origen urológico, no resuelta en el área de consulta tras lavado vesical y sin trastorno de coagulación ni antecedentes de traumatismo.
- b) Cólico nefrítico no complicado que, tras analgesia en el área de consulta, no presenta mejoría en un plazo de una hora o que se muestra rebelde al tratamiento correcto, vía oral o intramuscular, realizado a nivel primario.

5. PATOLOGÍA DIGESTIVA

- a) Cólico biliar, no complicado (sin fiebre o sospecha de colecistitis), con persistencia de la sintomatología tras tratamiento intravenoso en el área de consulta en un plazo de una hora.
- b) Gastroenteritis aguda, en enfermos sin patología de base, que presentan intolerancia a la rehidratación oral por vómitos persistentes a pesar de tratamiento antiemético correcto y/o deshidratación leve con afección del estado general.

6. PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA

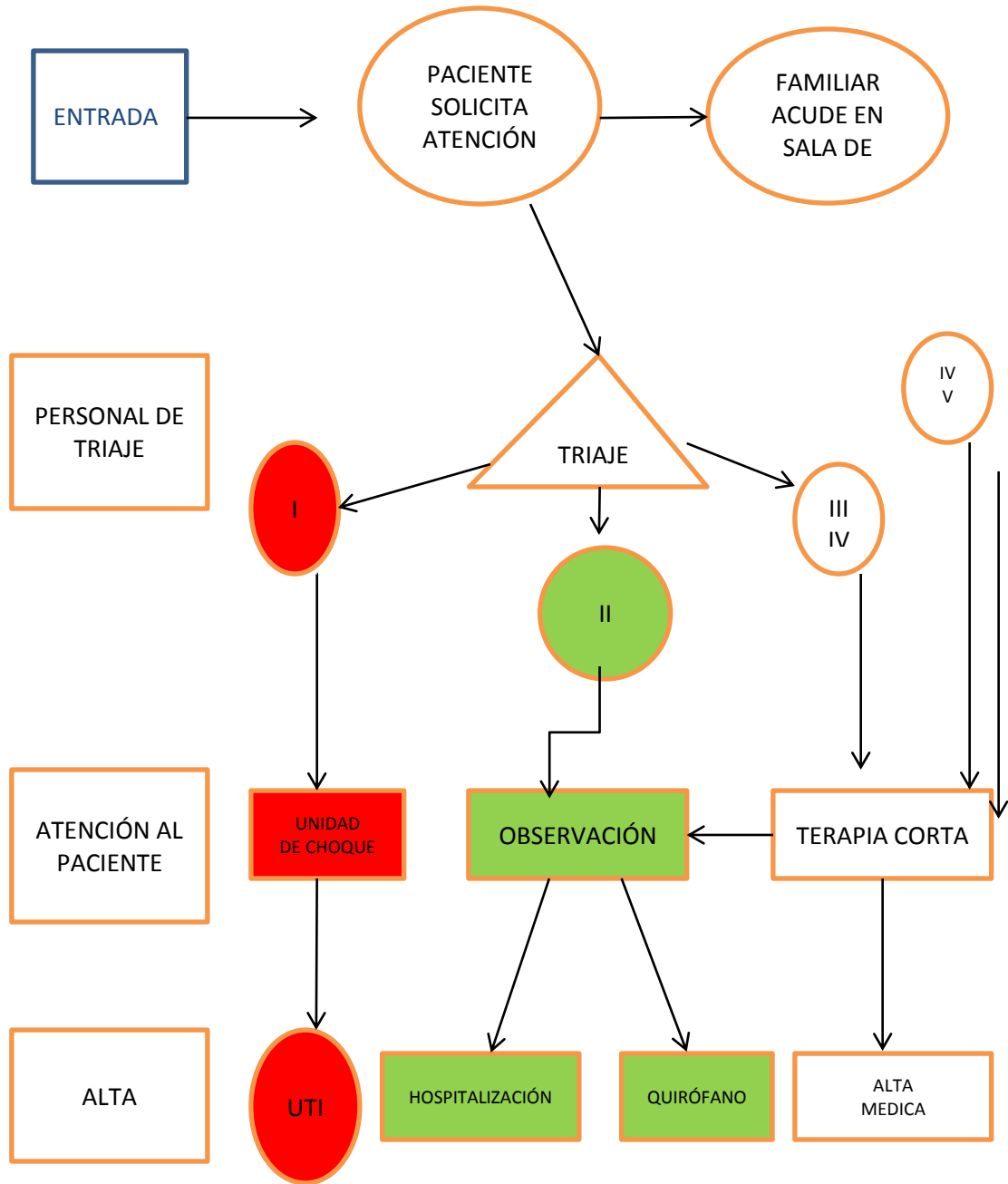
- a) Anemias crónicas, sin criterio de ingreso hospitalario, que precisen transfusión y no entren en riesgo potencial por la patología de base.

7. INTOXICACIONES.

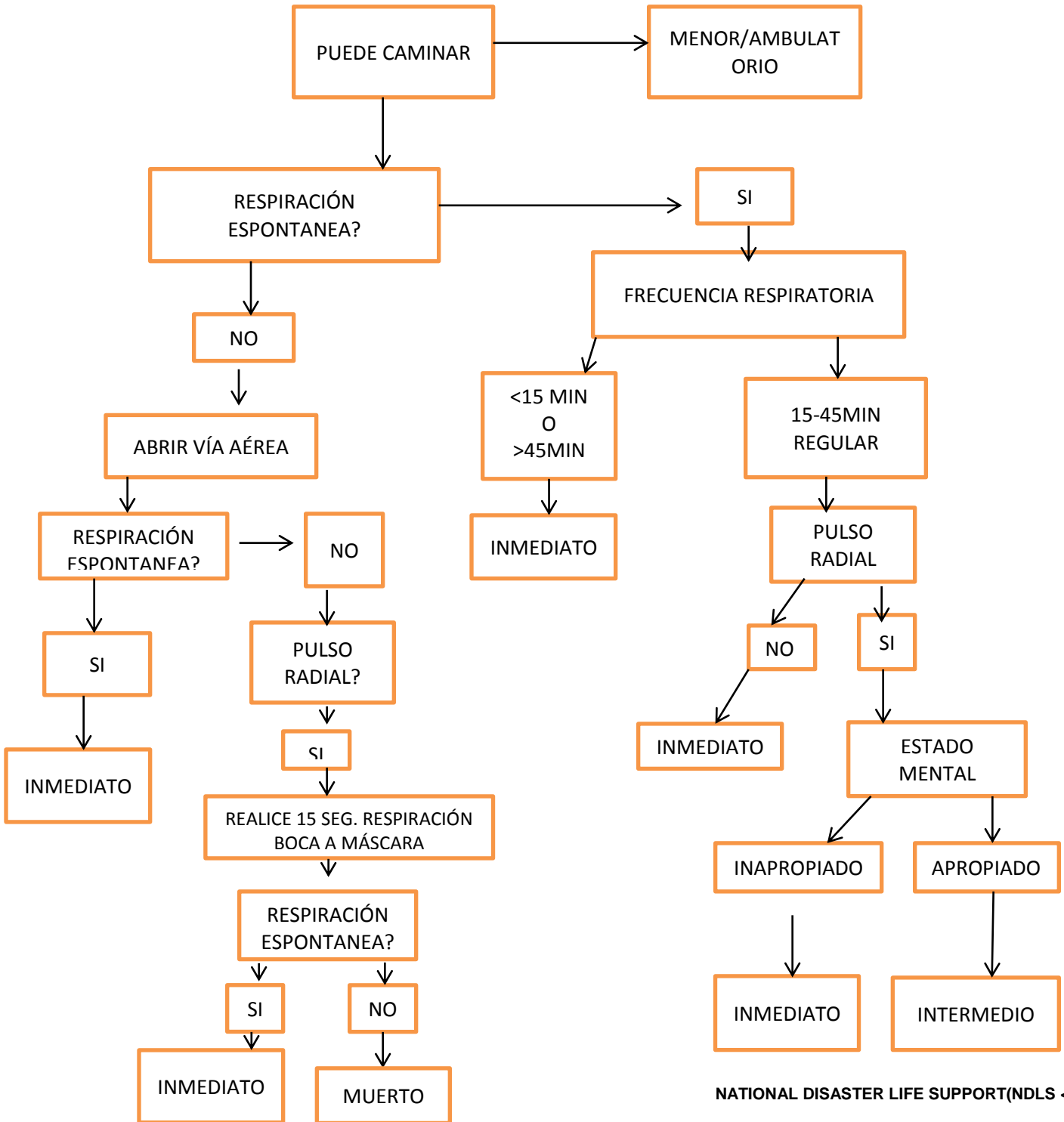
a) intoxicaciones por monóxido de carbono, en pacientes con buen nivel de conciencia, cefalea leve y sin sintomatología respiratoria importante.

b) Intoxicación por benzodiazepinas, de vida media corta o intermedia, con respuesta adecuada al tratamiento con flumazenilo en el área de consulta y con necesidad de perfusión del antídoto, excepto en caso de sospecha de intoxicación añadida por antidepresivos tricíclicos o antecedentes de epilepsia.

ANEXO Nº 4. FLUJOGRAMA DE PROCESO DE ATENCIÓN



TRIAGE NIÑOS ENTRE 1 A 8 AÑOS)



NATIONAL DISASTER LIFE SUPPORT (NDLS) <9

