AAQ1034

TESIS
GSS2004
T6

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADEMICO
DIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN:
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al Título de:
ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CALIDAD Y SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Realizado por: Dr(a). Ana Rosa Torres

Profesor Asesor: Dr. Rafael Nahmens

Caracas, Septiembre de 2004

INTRODUCCION

De acuerdo al concepto dado por Racoveanu y Johansen (1): "se entiende por buena calidad de la atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud".

Y Según la Ley Orgánica de la Salud número 5.263 de fecha, 17 de septiembre de 1.998 (2) en su Artículo número tres, el estado define Los Servicios de Salud como "Los servicios que garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionará de conformidad con los siguientes principios:

1.- Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

2.- Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

3.- Principio de Complementariedad: los organismos públicos territoriales nacionales, estadales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementaran entre si, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

4.- Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención operarán y concurrirán armónicamente entre si, en el ejercicio de las funciones, acciones y utilización de sus recursos.

5.- Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismo de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integralidad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales."

De lo antes citado se podría entender que el servicio de atención brindado a los pacientes que asisten a nuestros centros de salud en busca de atención y sobre todo los que acuden a la emergencia, deberían ser atendidos con prontitud y eficiencia dos indicadores que nos hablan de Calidad, según lo descrito en la Ley Orgánica de Salud (2) y el Modelo PRIDES (3).

Se escoge el servicio de emergencia debido a las características particulares que tienen los pacientes que a ella asisten así como las propias del servicio para poder ser eficiente, eficaz y oportuno. Para todos es evidente y esto lo apoyan estudios realizados en España (4,5), donde se muestra que la demanda hacia este servicio ha crecido y exigido mas de los responsables, y a pesar de los esfuerzos realizados para conseguir prestar un mejor servicio y adaptarse a la demanda, esta sigue aumentando de tal forma que, en ocasiones, compromete el objetivo de conseguir una adecuada atención y tratamiento de la población. (4). Por lo antes planteado es que se decide seleccionar el Servicio de Emergencia del HUC para la realización de este trabajo, estas razones la podríamos puntualizar de la siguiente manera: primero; la población demandante de asistencia en los servicios de urgencia se muestra especialmente sensible hacia el tiempo de permanencia en estos servicios para resolver su demanda.(4) y segundo; por tratarse de un servicio cuyo objetivo principal es evaluar, manejar, tratar y prevenir toda enfermedad o lesión que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata.(5) En vista de ésta situación y en función de la Calidad de la Atención que se ve amenazada debido a la masificación, y en ocasiones colapso, de este servicio se convierte en un reto el poder garantizar una atención oportuna (a tiempo), accesible, aceptable y de Calidad, razón por la que se plantea la necesidad de realizar éste trabajo, que consiste en la evaluación de la Calidad de la Atención del Servicio de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la Calidad de la atención brindada a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del HUC, considerando indicadores como: Tiempo de Espera, características de la infra-estructura del Ambiente Físico y número tanto de médicos como de para-médicos con el que cuenta este servicio para su funcionamiento?

MARCO TEORICO

Para iniciar este marco teórico se considera necesario citar el recuento histórico del Hospital Universitario de Caracas (1956-1986) y en especial de la evolución del Servicio de Emergencia del Adulto, debido a que al leer la misma se hace notar la gran necesidad tanto de la Junta Directiva del Hospital como la de sus Jefes encargados de alcanzar la Calidad adecuadamente definida por ellos, en función de los pacientes, personal medico y para-medico.

Así se tiene que "cuando el Hospital Universitario fue proyectado y creado, no se dotó de un apropiado Servicio de Emergencia, argumentándose que al tratarse de un Hospital básicamente para docencia e investigación, y por consiguiente, de referencia, no recibiría enfermos en condiciones urgentes. Así, únicamente se dispuso de una pequeña área en la Planta Baja, que se denominó "Triaje", la cual estaba atendida por médicos Internos Rotatorios y destinada únicamente a servir de Orientación Diagnóstica para los pacientes que acudían al Instituto, refiriéndolos a las respectivas Consultas Externas, o a las Salas de Hospitalización, de ser necesario. Los médicos que allí laboraban lo hacían únicamente durante sus guardias y carecían de una adecuada estructura de coordinación, asesora- miento y enseñanza. Muy pronto se apreció el grave error conceptual de lo anterior, ya que los pacientes en condiciones de urgencia se hicieron cada vez más frecuentes en la consulta de esa Sección de Triaje. Evidentemente que en la comunidad, cuan- do alguien requiere atención de urgencia, acude al hospital más cercano, en la creencia que todo hospital está en capacidad de atender urgencias médicas; otros factores que incrementaron tal tipo de consultas fueron: el crecimiento poblacional, no acompañado de un aumento proporcional en las camas hospitalarias, así como la deficiente atención de emergencia en el área metropolitana, el incremento de los accidentes, y otros.

Esta situación creó una gran presión sobre la Institución y en los médicos que debían enfrentar tales consultas, con escasos recursos de conocimientos (recién graduados por lo general), de dotación y de supervisión.

Un primer intento organizativo se hizo en el año 1969-70, cuando se nombró Coordinador de la Sección al doctor Carlos Rodríguez Duarte, médico urólogo, quien regularizó las rotaciones del Internado Médico por la Sección de Triaje, estableció relaciones con otros servicios, asesoró y supervisó a los médicos y canalizó sus reclamos ante la Dirección y otros Servicios. Asimismo, logró contratar ocho médicos (Internos) para laborar exclusivamente en Triaje, quienes se agregaron al personal de Médicos Internos Rotatorios, lográndose una mejor capacidad para manejar un mayor volumen de pacientes, no así para resolver los casos más graves, ya que la estructura asistencial continuó siendo esencialmente la misma y sin incorporación a la docencia.

En virtud del bajo rendimiento asistencial y de las dificultades que existían para extender a esa área hospitalaria el trabajo docente-asistencial, indispensable en la formación médica de pre y postgrado, se hizo inaplazable en los primeros meses del año 1973, la reorganización funcional y la remodelación estructural de la Sección de Triaje del Hospital Universitario. En el mes de marzo del año 1973, el Consejo Directivo presidido por el doctor Antonio Parra León, previo concurso de credenciales, nombró al doctor Eugenio Cavallín como Médico Jefe del recién creado Servicio de Triaje y Emergencia, siendo el doctor Cavallín un médico Internista, con especialización en Medicina Crítica, quien venía de laborar en los últimos cinco años como Médico Especialista Adjunto en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario, Unidad de la que fue cofundador en el año 1968, junto con un grupo médico de otros seis especialistas. Igualmente le encomendó el Consejo Directivo al doctor Cavallín, la Coordinación General del Internado Médico, adscrito a la Comisión Técnica.

Durante el año de 1973, en Conjunto con el Departamento de Ingeniería y Mantenimiento del Hospital, se hizo una ampliación estructural del área, lográndose obtener dos consultorios para Orientación Diagnóstica, cuatro cubículos para Consulta de Emergencia, un Pabellón para Cirugía Menor y Curas, una Unidad de Rayos X, una Unidad de Laboratorio, una Sala de Observación con nueve camas, faenas, y otros.

El área fue dotada con los recursos indispensables para atender enfermos críticos, como son: facilidades para reanimación cardiorrespiratoria, asistencia ventilatoria mecánica, monitoreo cardíaco, implantación de catéteres, marcapasos y otros, drenaje del tórax y otras cavidades, cardioversión, y otras. En el mes de octubre del año 1973, se inaugura oficialmente el nuevo Servicio.

Una vez asumida la conducción del Servicio, el doctor Cavallín inició simultáneamente con los cambios estructurales, la reorganización del personal médico y auxiliar, la cual se completó en el año 1974, con la incorporación al Servicio como Médicos Especialistas Adjuntos, de los doctores Ibrahim Pazos y Sheinfeld, ambos con seis años de experiencia para ese momento en Medicina Crítica, habiendo sido igualmente cofundadores de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario.

Se incrementó el personal de Enfermería auxiliar y se incorporaron los técnicos Radiólogos Riobueno y Aponte, así como los bioanalistas Istúriz y Herrera.

Otras mejoras sustanciales fueron la incorporación de los Médicos Residentes del Postgrado de Medicina Interna con funciones de Jefe de Guardia, de cuerpo presente las 24 horas en la Emergencia; asimismo se incorporó un médico Residente del Postgrado de Cirugía General, durante algunos años (actualmente sin pasantías en la Emergencia), así como la rotación por el Servicio de Emergencia de todos los niveles del Internado Médico (Rotatorio de primero y segundo años, dirigidos en Medicina o Cirugía). Con la creación del Internado Rotatorio de Pregrado, los estudiantes del último nivel de Medicina se asignaron mediante pasantías al trabajo de Emergencia.

Por todo lo anterior, el Servicio adquirió una nueva dimensión asistencial y docente; asistencial en el sentido que ya la atención del enfermo crítico no está limitada por la organización del Servicio de Emergencia, el cual está en capacidad de iniciar la atención de cualquier enfermo, sino más bien por limitaciones propias de los otros servicios hospitalarios involucrados en la atención de las urgencias médicas; docente, en el sentido que el Servicio contribuye activamente en la formación de pre y postgrado, ya que ninguna: formación médica es completa si no tiene en cuenta los diversos aspectos de la atención de urgencia, lo cual es hoy en día una especialidad médica.

Las bases conceptuales sobre las cuales el doctor Cavallín ha querido organizar el Servicio de Emergencia, se basan entre otras, en las siguientes consideraciones:

Desde hace varios lustros los Servicios de Emergencia han dejado de ser simples estaciones de tránsito, lugares de primeros auxilios y curas, salas de espera con camas, para convertirse en Servicios o Departamentos con capacidad de prestar una asistencia activa, inmediata y óptima, la cual será continuada en las diferentes dependencias donde sea ubicado posteriormente el paciente, pero no postergada mientras es admitido en ellas. El paciente recibe máxima atención, aunque sólo permanezca algunas horas.

A. los Servicios de Emergencia acuden pacientes que requieren distintos niveles de atención, según su condición patológica, que pueden variar, desde casos ambulatorios, urgentes, muy urgentes (emergencias estrictas), hasta situaciones dramáticas con riesgo inminente de muerte, sea por enfermedad o por accidentes.

Los Servicios de Emergencia deben estar dotados para la atención de cada uno de esos niveles, en lo referente a personal, equipamiento y espacio físico; recursos que varían desde los consultorios habituales, las áreas de Cirugía Menor, Sala de Hospitalización y Estabilización de enfermos críticos, hasta las altamente especializadas unidades de resucitación, trauma y shock.

La presencia de un personal específicamente formado, un adecuado equipamiento y áreas cónsonas con las necesidades, es un objetivo primordial, pero no es suficiente si el Hospital no participa y se involucra integralmente en la atención de Emergencia.

También los Servicios de Emergencia deben proyectarse hacia la comunidad, en la llamada atención Prehospitalaria, debiendo existir coordinación con otros servicios prehospitalarios, como: ambulancias, bomberos, cuerpos policiales, grupos de rescate, defensa civil, tránsito, y otros. Deben desarrollarse sistemas funcionales de comunicación radial, telefónica, transporte, paramédicos, educación médica y ciudadana. Deben realizarse planes para actuar en situaciones de desastre.

El número de pacientes que acuden a este sitio se incrementó de 33.980 en 1973, a 113.720 en 1983, lo cual ha colmado toda la capacidad del Servicio. Los especialistas de planta continúan siendo los doctores Cavallín, Pazos y Sheinfeld, quienes realizan los máximos esfuerzos para mantener y mejorar la organización descrita.

La reciente creación del Servicio de Atención Primaria, podría, una vez implementado completamente, reducir las consultas que no son estrictas Emergencias, en beneficio de la Institución y del Servicio de Emergencia del Adulto." (6)

En el mismo orden de ideas, se encuentra que en los últimos tiempos se ha notado un interés creciente relacionado con la calidad de la asistencia sanitaria, son muchos los indicadores relacionados con Calidad y Servicios de Atención dentro de la Salud, sin embargo, en este trabajo se decide evaluar la Calidad a través del indicador Tiempo de Espera entendiendo por este: el tiempo de permanencia del paciente en este caso en la emergencia hasta que es solucionado o canalizado el problema que causó su demanda dentro de este servicio. La razón por la cual, se seleccionó éste indicador se debe a que según otros trabajos realizados donde inclusive se aplicaron encuestas, estas arrojaron como resultados, que el tiempo de espera es el origen del 20% de las quejas recogidas en estos servicios.(5) (6)

Otro de los indicadores empleado en este trabajo para evaluar la Calidad de la Atención de los Pacientes es el Diseño de la Infra-estructura debido a que esta debe reunir una serie de características que redundarían sobre la eficacia y eficiencia de la atención, debe conferir una imagen de seguridad, limpieza y comodidad.(7).

Se escoge el servicio de emergencia, en vista de tratarse este de un servicio cuyo objetivo es evaluar, manejar, tratar y prevenir toda enfermedad o lesión que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata. Por la naturaleza de su quehacer, debe estar disponible para todos los segmentos de la población, esta tarea debe realizarse en un espacio físico conducente a la eficacia y eficiencia considerando la dignidad del paciente, las necesidades especiales de cada paciente, de cada segmento de la población atendida y las instalaciones que los familiares y acompañantes necesitan. La atención del servicio de emergencia incluye manejo in situ, estabilización y concluye con la derivación del paciente a otros equipos de salud, ya sea en el ambiente intra o extra-hospitalario, siendo responsabilidad de la urgencia velar que el paciente reciba la atención adecuada en este continuo. (5). Y si a lo anterior le agregamos que para muchos pacientes es la primera vez que están en contacto con este hospital y dado al gran número de pacientes y el tipo de patología que los hace acudir, se podría pensar que la imagen que ofrezcan estos servicios de emergencia podrían ser importantes y una referencia de la eficacia-eficiencia de este centro hospitalario. (8)

Encontramos que al evaluar la Calidad de la Atención en Salud implica conocer los aspectos que la determinan, algunos autores la definen, como el análisis metodológico de las variables ambientales y científico-técnicas que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes, así como el grado de satisfacción de estos, del prestador de los servicios y de la institución (9).

Así tenemos que la Calidad de la atención en función de lo científico y técnico consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de tal forma que rinda el máximo de beneficios para la salud minimizando los riesgos.
Es importante hacer notar que las Instituciones buscan ofrecer servicios con oportunidad y calidad en la aplicación de las normas; de aquí que el trabajador hospitalario espera por su parte dar atención contando con instalaciones, equipo e instrumentos apropiados; en coordinación y apoyo con las diferentes áreas que participan en la atención del paciente.

Al evaluar la bibliografía encontramos en el campo de la prestación de servicios de salud, los primeros intentos por construir parámetros de calidad se sitúan en 1951, con la creación de la comisión de la acreditación de Hospitales (Illinois, USA). Esta comisión se encargaba de determinar las normas de acreditación que debían reunir los hospitales para recibir financiamiento y establecer convenios con el gobierno. (10)

Luego se encuentra que no es hasta 1986 cuando Avedis Donabedian, (Médico Salubrista de la Universidad de Harvard y profesor de la Escuela de Salud Pública de Michigan), propone métodos de evaluación de la calidad de la atención médica, que se han constituido en orientación fundamental para los programas e investigaciones que se han desarrollado en este campo.

Otro estudio de Calidad de Atención pero en el departamento de Enfermería, fue realizado por: William Holzemer, basado en los trabajos de Donabedian donde se combina una matriz de 3x3 que contempla el estado inicial de la atención, el proceso clínico y los resultados; estos tres momentos deben estudiarse, según el autor, en el paciente, en quien presta la atención y en la Institución.

Tiempos Medios del proceso Asistencial

T° en Minutos	Media	D.E.	Min	Max	n
T° 1° asistencia	41,98	59,15	1	372	215
T° asistencial	124,42	96,30	1	700	211
T. Estancia Total	162,62	114,62	1	710	247

METODO

PROBLEMA

¿Cómo es la Calidad de la atención brindada a los pacientes que acuden al servicio de emergencia del HUC, considerando indicadores como: Tiempo de Espera, características de la infra-estructura del Ambiente Físico y número tanto de médicos como de para-médicos con el que cuenta este servicio para su funcionamiento?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Calidad de la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del HUC a través de los siguientes elementos claves: Tiempo de Espera, número de médicos y de personal de para-médicos para su funcionamiento así como del número de pacientes que son atendidos diariamente en este servicio, además de determinar las características de la Infra-estructura del ambiente físico de la emergencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar el número de pacientes que son atendidos en este servicio diariamente.

2 .- Establecer los tiempos de espera, desde la llegada del paciente hasta la solución del caso.

3 .- Evaluar la correspondencia del diseño arquitectónico descrito para los servicios de emergencia de los Hospitales tipo IV y la del HUC.

4 .- Determinar el número de médicos y del personal de enfermería con los que cuenta el servicio de emergencia para la atención de los pacientes que acuden a este servicio.

VARIABLES

PACIENTES

Se realizara el censo diario de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.

TIEMPOS DE ESPERA

a.- Primer Tiempo de Espera: representado por el intervalo de tiempo expresado en Hora y Minutos, referente a la llegada del paciente al servicio de emergencia hasta que es evaluado en el triaje.

b.- Segundo Tiempo de Espera: representado por el intervalo de tiempo en Hora y Minutos de asistencia del paciente una vez que es evaluado en el triaje hasta su atención según sea el caso:

b1.- Atención en el servicio donde fue referido dependiendo de su patología.
b2.- Atención en Observación debido a la necesidad de los servicios auxiliares (Radiología, Laboratorio, etc.). Para definir el diagnóstico y decidir tratamiento.
b3.- Alta.

INFRA-ESTRUCTURA:

En líneas generales debe como mínimo contemplar un sector de admisión de pacientes con acceso directo desde el exterior. Es recomendable un circuito de circulación diferencial entre adultos y niños. La admisión debe conectarse con un sector de internación de guardia y otro sector de atención ambulatoria, este último deberá contar con sala de espera adecuada y sanitarios públicos para hombres y mujeres. (11).

Según lo descrito en la Gaceta Oficial, número 36.090; publicada en la Ciudad de Caracas, el 20 de Noviembre de 1996, el diseño arquitectónico con el que debería cumplir la emergencia de un Hospital tipo IV (HUC), se describe en el apartado de anexos de este trabajo.

Por lo que para determinar las características actuales de la misma, se procederá a realizar o levantar un informe donde se describirá la estructura física de la emergencia.

PERSONAL MÉDICO Y PARA-MÉDICO QUE LABORAN EN LA EMERGENCIA:

Se describirá el Organigrama con el que funciona el servicio de emergencia.

TIPO DE INVESTIGACION

Se realizará un estudio de tipo Descriptivo, en vista de que este tipo de estudio nos permitirá establecer las características del universo de investigación además de establecer el comportamiento de las variables en estudio. (12)

POBLACION

Se considerará como unidad de estudio el Servicio de Emergencia de Adultos del HUC. Donde se registrarán los tiempos de espera de todos los pacientes que acudan al Servicio de Emergencia del HUC, en el horario de (7:00-11:00)am, lunes, miércoles y viernes, por tres semanas seguidas. Es de hacer notar que se trabajará en la emergencia de adultos y para la realización de este estudio no se incluirán las pacientes obstétricas así como tampoco las ginecológicas por ser estas evaluadas en el servicio correspondiente.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento para efectos prácticos se dividirá en las siguientes fases, se tomará en cuenta las variables seleccionadas para evaluar la Calidad de la Atención de los pacientes en el servicio de emergencia del HUC de la siguiente forma:

a.- Tiempo de Espera: será recogida de las historias realizadas en la emergencia en el momento de ingreso del paciente, prestándosele atención la hora registrada para el momento de llegada del paciente y cuando es atendido por primera vez. Luego de acuerdo según sea el caso se tomará el Segundo tiempo de espera, representado por el tiempo que se tomó el servicio para solucionar o canalizar el paciente en forma definitiva. Y por último obtener el Tiempo Total que no será más que la suma de los dos tiempos anteriores.

Nota: todos estos tiempos serán expresados en (Hora – Minutos).

b.- Características de la Infra-estructura: se realizará el levantamiento de las condiciones del ambiente físico de la emergencia, donde se incluyan los siguientes aspectos:

* Acceso a la emergencia.

* Iluminación.

* Ventilación.

* Cantidad y condiciones físicas de los Consultorios.

* Condiciones del área de Observación.

* Condiciones de los Sanitarios.

* Disponibilidad del área de espera tanto para pacientes como familiares y condiciones de la misma.

* Condiciones de las áreas de Cirugía Menor, star de Enfermería y de Médicos.

c.- En cuanto al número de Personal Médico y Para-Médico laborando dentro de la emergencia, se realizará de la siguiente forma:

* En el departamento de Personal, se solicitará la nómina del personal asignado a emergencia.

* Se describirá el Organigrama del personal que labora dentro del servicio de la emergencia interesando a los Médicos y Para-Médicos.

.- Se llevará un censo del número de pacientes atendido en la emergencia diariamente, los días (Lunes, Miércoles y Jueves).

Segunda: Organización de los datos obtenidos en función a las tres variables manejadas en la elaboración de este trabajo.

Tercera: Se trabajará en el servicio de emergencia los días lunes, miércoles y jueves. Estos días se definirán de acuerdo a previa reunión con lo especialistas del servicio de emergencia.

Cuarta: se solicitó permiso a la Comisión de Ética del HUC y estamos en espera de su respuesta.

ETICA

Es de hacer notar que la información obtenida como resultado de la realización de este trabajo, se mantendrá en estricta confidencia.

ANALISIS DE DATOS

a.- En Función de los Tiempos de Espera

Una vez realizado el estudio observacional en el Servicio de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas y obtener los datos se procedió a organizarlos de la siguiente manera:

a.- En cuanto a las Variables Cuantitativas, se estableció lo siguiente:

Tiempo de Espera mayor de 180 minutos implica Demora en el Servicio de Emergencia.

Tiempo de Espera menor de 180 minutos implica No Demora en el Servicio de Emergencia.

Esto se estableció de acuerdo a estudios realizados a nivel internacional (España, citados en la Bibliografía con los números 5 y 6).

Las Variables Cualitativas Dicotómicas (Demora-No Demora) se correlacionaron con las Variables en estudio siguiendo el modelo de Tabla Dos por Dos y para establecer el grado de vinculación de naturaleza cualitativa se utilizó el Chi cuadrado.

Representaciones en tablas y gráficos de los datos obtenidos

Cantidad de pacientes vistos por el servicio de emergencia del HUC en el mes de marzo del 2004

FECHAS	Nª PACIENTES
08/03/2004	153
10/03/2004	170
12/03/2004	192
15/03/2004	229
17/03/2004	140
19/03/2004	165
22/03/2004	144
24/03/2004	202
26/03/2004	160
TOTAL PACIENTES VISTOS POR DIA	1555
PROMEDIO DE PACIENTES VISTOS POR DIA	311,00

TABLA 1

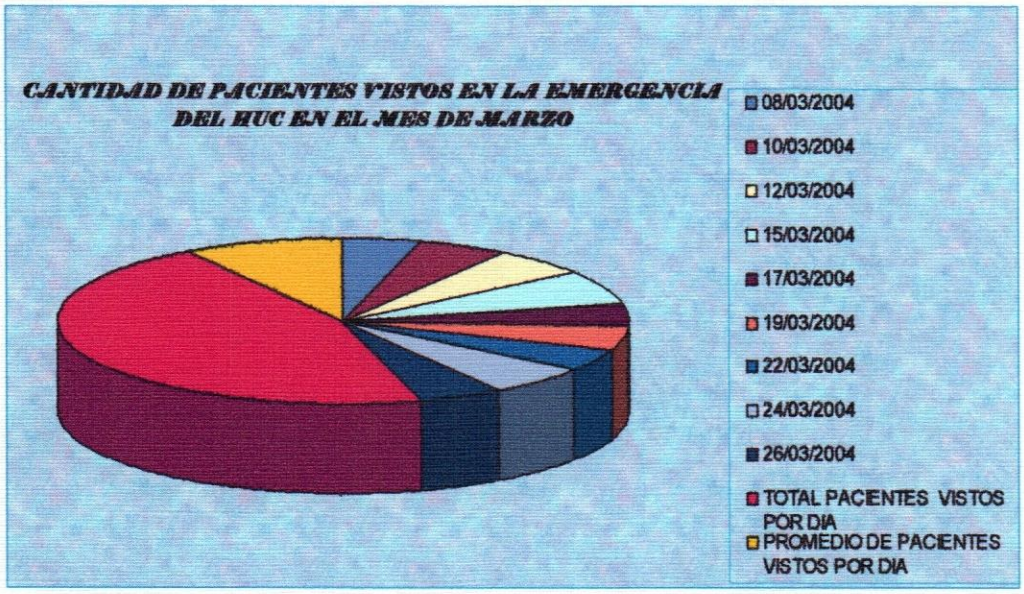


GRAFICO Nª1

TIEMPOS DE ESPERA

CANTIDAD TOTAL DE PACIENTES

FECHAS	CANTIDAD TOTAL DE PAC.	TIEMPO < A 180 MIN	TIEMPO > A 180 MIN
08/03/2004	153	31	122
10/03/2004	170	34	136
12/03/2004	192	38	154
15/03/2004	229	46	183
17/03/2004	140	28	112
19/03/2004	165	33	132
22/03/2004	144	29	115
24/03/2004	202	40	162
26/03/2004	160	32	128
TOTAL PACIENTES	1555	311	1244
PROMEDIO DE PAC POR DIA	311,00	62	249

TABLA 2

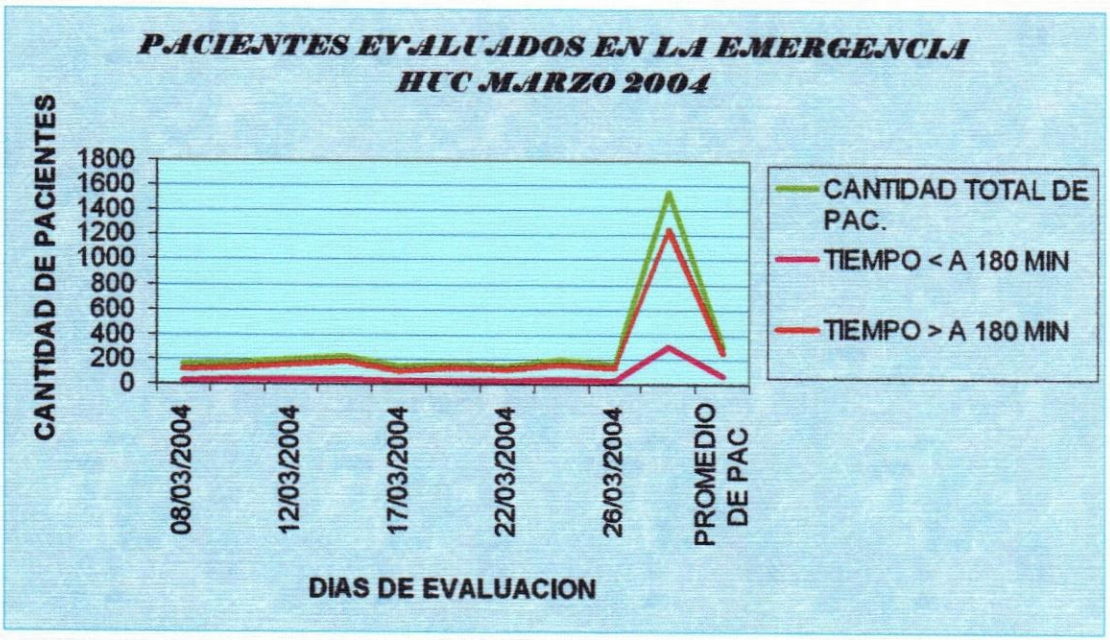


GRAFICO N°2

TABLA 3

TIEMPO EN MIN.	NUMERO PAC.POR TIEMPO
1 - 30 Minutos	0
31 - 60 Minutos	48
61- 120 Minutos	76
121 - 180 Minutos	187
> 180 Minutos	1244

GRAFICO Nª 3

TABLA 4

TIEMPO EN MIN,	TOTAL PACIENTES
< 180 Minutos	311
> 180 Minutos	1244
TOTAL PACIENTES VISTO	1555

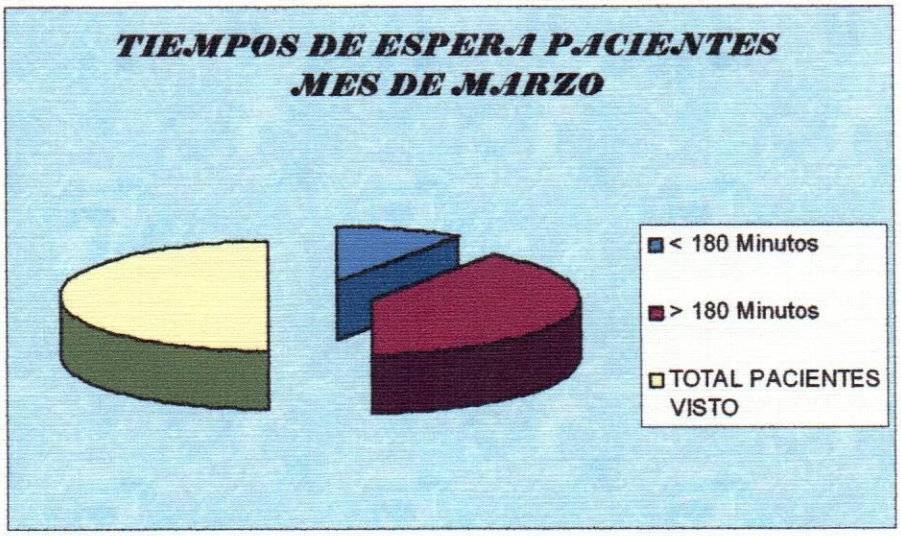


GRAFICO Nª 4

TIEMPOS DE ESPERA	2DOTIEMPO DE ESPERA	1ER TIEMPO DE ESPERA
MENOR A 180 MIN	1244	
MAYOR A 180MIN		311

TABLA 5

GRAFICO Nª 5

Se puede determinar que la formula de Chi cuadrado utilizada para este caso, se distingue la probabilidad que puede existir entre el tiempo promedio que dure un paciente en ser atendido en la emergencia del Hospital Universitario de Caracas y su vez se ratificó la veracidad con los resultados teóricos, pudiéndose observar. (en la tabla Nº 6 y gráficos Nº 6 , 7,8y 9)

FRECUENCIA OBSERVADA Y FRECUENCIA ESPERADA PARA EL CALCULO DE CHI CUADRADO

TABLA 6

FECHAS	F. E MENOR A 180MIN	F.E MAYOR A 180 MIN	F. O MENOR A 180 MIN	F.O MAYOR A 180 MIN
08/03/2004	33	119	31	122
10/03/2004	28	140	34	136
12/03/2004	35	151	38	154
15/03/2004	50	190	46	183
17/03/2004	30	109	28	112
19/03/2004	31	135	33	132
22/03/2004	33	109	29	115
24/03/2004	43	158	40	162
26/03/2004	28	133	32	128
TOTALPACIENTES	311	1244	311	1244
CHI CUADRADO	0,8	0.8	0.8	0.8

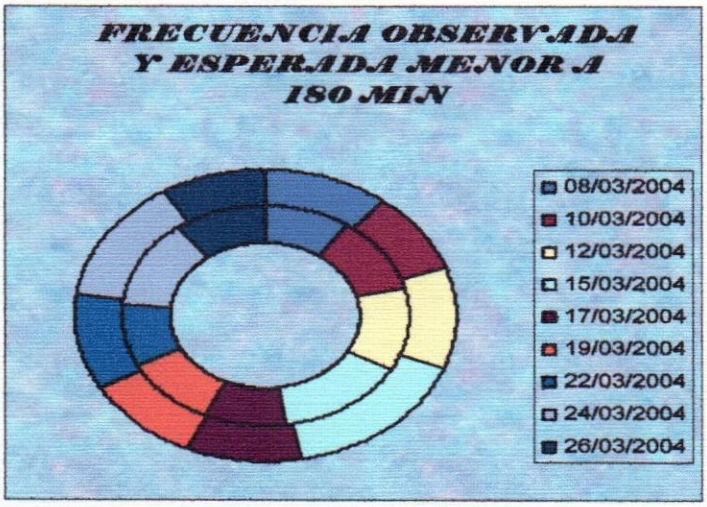


GRAFICO N ª 6

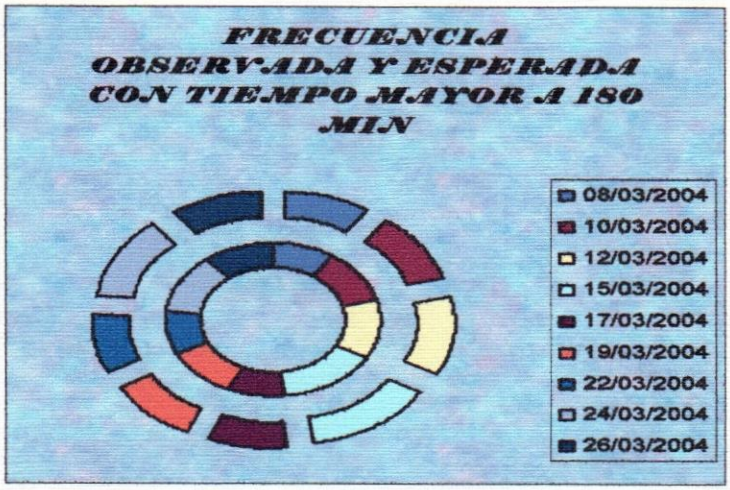


GRAFICO Nº 7

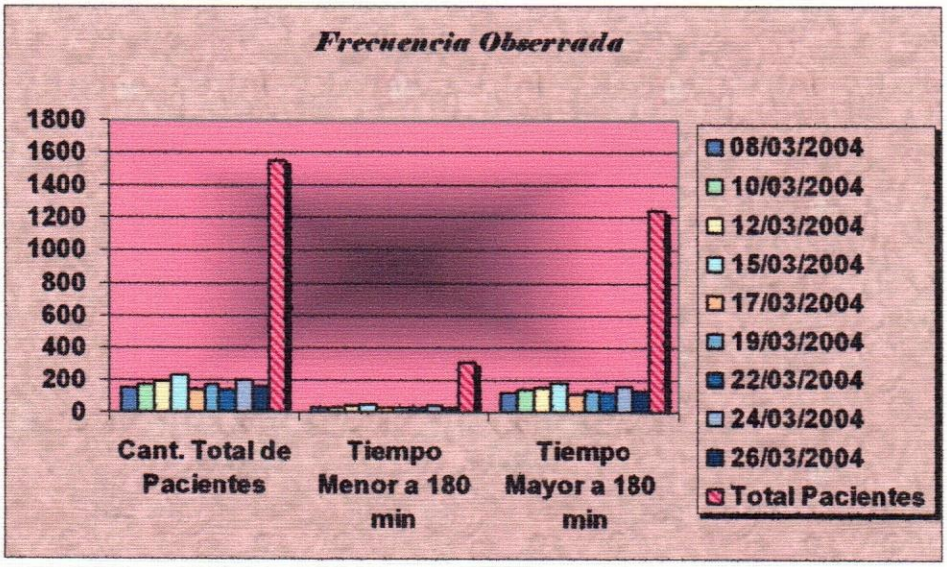


GRAFICO Nº 8

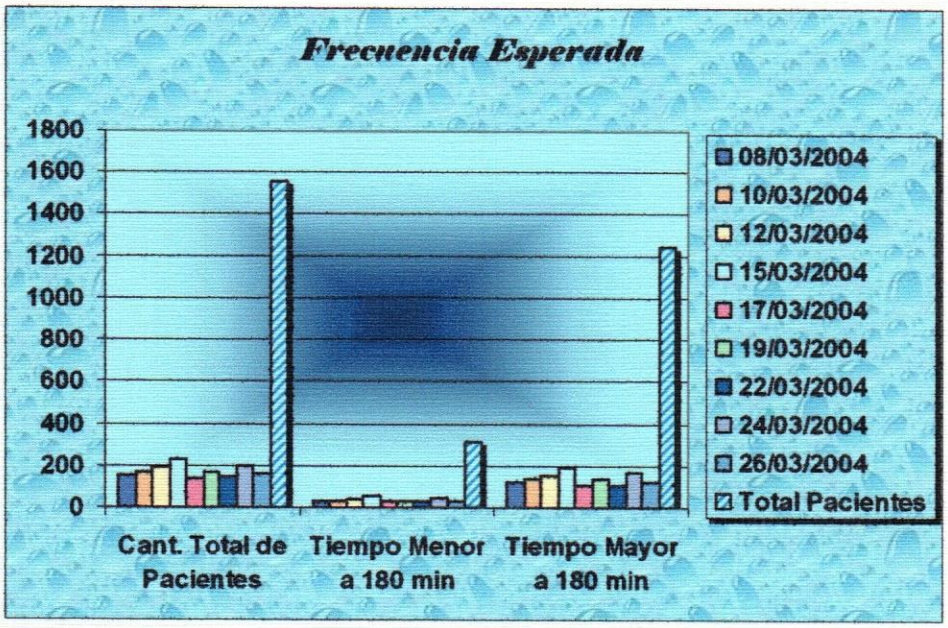


GRAFICO Nª 9

Resultados:

En cuanto a los Tiempos de Espera

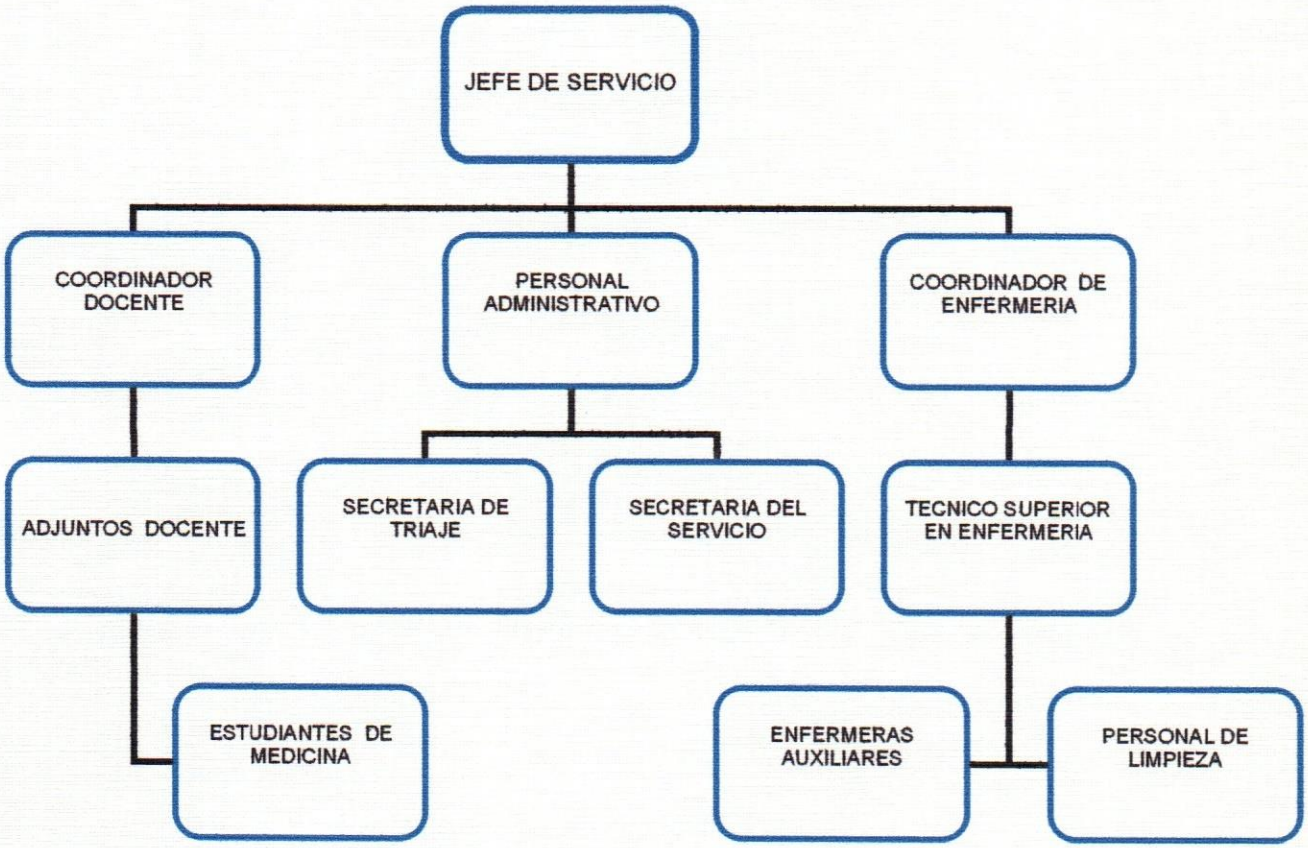
El total de pacientes que demandaron asistencia médica en el Servicio de Emergencia en el HUC, de acuerdo al intervalo de tiempo especificado para este trabajo fueron 1555, con un promedio de 311pacientes diarios (un mínimo de 140 y un máximo de 229). Se analizaron todos los pacientes encontrando que un 20% No tuvieron Demora, es decir, fueron atendidos en el Triaje de la Emergencia siendo dados de alta, identificándose éste como el Primer Tiempo de Espera. De la muestra estudiada 1555 pacientes (80%), tuvieron Demora, lo que estaría representado como el Segundo Tiempo de Espera. De estos el 54,1% se les indicó estudios para-clínicos tales como: Exámenes de Laboratorio y Estudios Radiológicos. El 45,9% restante de este segundo Tiempo de Espera se observó lo siguiente: el 21,4% ameritaron ser evaluados por Servicios Inter-consultantes para su solución medica y el otro 24,5% aunque ya contaban con los resultados de los exámenes paraclìnicos y evaluación por los especialistas permanecían en el área de observación de la emergencia por no haber camas disponibles en los servicios respectivos.

También se pudo observar que la mayoría de los pacientes que pernotaban en la emergencia en el área de observación padecían Patologías Medicas así como en un menor índice Traumatológicas y Neuroquirùrgicas.

b.- En cuanto al Personal Médico y Para-médico que labora dentro de la Emergencia encontramos el siguiente Organigrama:

Según la información suministrada por el Departamento de Personal, el Personal con el que cuenta el Servicio de Emergencia del HUC es el siguiente:

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



Un Jefe de Servicio quien dicta las pautas a seguir y se encuentra involucrado con todo el Personal que dentro de su Servicio labora y es el responsable ante la Dirección de lo que acontece dentro del mismo. Un Coordinador Docente quien tiene a su cargo el reto del manejo tanto Docente como Asistencial del Cuerpo de Residentes siendo estos dieciocho (18) en total así como de los Estudiantes de Medicina (en número variable, pues esto depende de la Escuela de Medicina) quienes asisten para cumplir con sus pasantias académicas.

Para llevar a cabo ésta difícil tarea cuenta con un grupo de especialistas (seis, 6) quienes actúan como sus portadores de conocimiento científico y manejo asistencial de los diferentes pacientes que asisten al Servicio de Emergencia del HUC.

Con respecto al Personal de Enfermería, encontramos a la Coordinadora de Enfermería, ésta Licenciada tiene a su cargo la responsabilidad de dirigir tanto al personal Técnico en Enfermería, Enfermeras Auxiliares y al Personal de Limpieza así como de organizar las actividades de mantenimiento y de vigilancia con sus respectivos Departamentos. También debe garantizar el mantener dentro de lo posible el suministro adecuado de los medicamentos y otros requerimientos dentro de éste Servicio entendiéndose inyectadoras, suturas, sondas de Folley, Naso-gástricas, artículos de limpieza, etc.

Referente al Personal Administrativo, se cuenta con dos secretarias una de ellas asignadas por el Departamento de Admisión y su función es la de llevar el Censo de pacientes atendidos en la Emergencia diaria y mensualmente para luego reportarlos a su Departamento y por último dentro de la Institución entregarlo al Departamento de Estadística para hacerlo llegar al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y en relación a la segunda secretaria, su función es la de cumplir con el manejo de la correspondencia del Servicio, Transcripción de Notas de los Residentes y Estudiantes.

c.- Referente a la Infra-estructura de la Emergencia:

En la actualidad se puede describir el área física con la que cuenta el Servicio de Emergencia del HUC:

I.- Triaje: una sala de 15mts cuadrados, tres escritorios y cinco sillas, sin ventilación ni aire acondicionado.

II.- Área de Observación: cuenta con siete cubículos distribuidos de la siguiente manera:

Un cubículo de 9mts cuadrados, con diez sillas donde se mantienen en observación y se aplica tratamiento a los pacientes asmáticos.

Un segundo cubículo de 9mts cuadrados, donde se almacena los medicamentos considerados de uso rutinario y también los empleados para casos de urgencias así como el material necesario para sondear los pacientes, suturas, equipos de cirugía menor.

Seis cubículos de 4mts cuadrados, cada uno separado por tabaquería y a su vez por cortinas en éste espacio se ubican dos divanes por cada uno. Y se mantienen en observación los pacientes en espera de resultados de laboratorio que lo ameriten así como los que necesitan evaluación por servicio inter-consultante o los que requieren ingreso en los diferentes servicios de nuestra institución.

Cuenta con un área central en forma semicircular desde donde se pueden ver los pacientes que se mantienen en los cubículos de observación y los médicos

y personal de enfermaría cumplen con las indicaciones realizadas en las historias.

III.- Se cuenta con dos áreas de Cirugía Menor, de 6mts cuadrados cada una y donde se puede observar un diván en cada una así como una lámpara cialítica además de un carro de cura.

IV.- Sala de Espera de 20mts cuadrados y cuenta con treinta sillas de espera. Aquí también se encuentra el ascensor de emergencia.

IV.- Área de Sanitarios: representada por dos baños, para caballeros y damas ubicados en la sala de espera.

V.- Área de Faena Sucia: ubicada paralela a las salas de cirugía menor de 1mt cuadrado donde se observa un lavamopas.

El acceso a la emergencia cuando es por camilla o sillas de rueda se realiza desde la calle hasta la misma a través de una rampa. Y cuando el paciente puede deambular se realiza desde la Sala de Espera.

CONCLUSIONES

El porcentaje de paciente que permanecieron mas de tres horas en la emergencia fue del 98% y esto se relacionó con aquellos a quienes se le solicitaron estudios para-clínicos o que ameritaron evaluación por otras especialidades y muchos de ellos requerían su ingreso en éste centro hospitalario para la canalización definitiva de su patología.

Definitivamente el desequilibrio entre la oferta y la demanda asistencial, hace que el sistema organizativo se muestre repetidamente ineficaz, en vista de que estos servicios se crearon para prestar cuidados y tratamientos iniciales tan sólo a enfermos con patologías agudas, pero se pudo evidenciar que no es del todo cierto ya que la masificaciòn, y en ocasiones colapso de los mismos ha hecho que se cree un reto para tratar de poder garantizar una atención accesible, aceptable y de calidad que no redunde en demora de la atención de los pacientes porque puede agravar su condición de salud en estos, disminuyendo así la eficacia y calidad de la asistencia médica.

Actualmente el Servicio de Emergencia del HUC, está amenazado por el excesivo número de consultantes, la insuficiente área física, el escaso número de especialistas y otro personal (que sigue en igual número hace 12 años) y el reducido apoyo de otros Servicios Hospitalarios, al no participar eficiente e integralmente en la atención de las urgencias. Lo que también definitivamente afecta la Calidad que deberían recibir cada uno de los pacientes que asisten al Servicio de Emergencia de nuestra Institución, Hospital Universitario de Caracas.

Se considera que uniendo estos Indicadores junto a los tradicionalmente empleados por los diferentes Organismos Directivos nos podrían dar luces hacia las causas de nuestras deficiencias y poder proponer así en forma dirigida, Acciones de Mejoras!!!!!!!

BIBLIOGRAFIA

1.- Calidad de la Atención. Ameritas. Health-sector-reform.org., consultado el mes de Agosto del 2003, disponible en la: Pagina Web. www.americas.health-sector-reform.org./spanish/

2.- Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela Extraordinaria N* 5263. Septiembre de 1998.

3.- PABON L. Hipólito. Evaluación de los Servicios de Salud. Editorial XYZ. Cali 1985.

4.- Análisis de la Calidad en un servicio de urgencias hospitalarias, consultado en octubre del 2003, disponible en la Pagina Web.www.ciberrevista.enferurg.com/.

5.- Estudio del Triage y Tiempos de Espera en un servicio de Urgencias Hospitalario, consultado en el mes de Octubre del 2003, disponible en la Pagina Web. www.semes.org/semes_revistas_html/revista /volumen10_2/100-104pdf.

6.- FRANCISCO Plaza Izquierdo. Recuento Histórico en el HUC 1956-1986 Tomo I.

7.- Urgencia: Calidad y Costo-Eficacia, consultado en el mes de septiembre del 2003, disponible en la Pagina Web. escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/

8.- Una visita al Departamento de Emergencias, consultado el mes de septiembre del 2003, disponible en la Pagina Web.www.wcmh.org/español/

9.- La calidad del servicio y el profesional de la salud. , consultado en el mes de septiembre del 2003, disponible en la Pagina Web www.gerenciasalud.com/art.

10.- Atención de Pacientes Sometidos a Cirugía Electiva de Vías Biliares en dos Instituciones del Segundo Nivel de Atención en Salud, Medellín 1995. Google, consultado en Agosto del 2003, disponible en la: Página Web. http://enfermería.udea.edu.co/revista/atencion.htm.

11.-Organización de Servicios de Guardia de Emergencia de los Establecimientos Asistenciales Msal-gov-ar., consultado el mes de Octubre del 2003, disponible en la: Página Web. www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/normas/2001_428.htm

12.- Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Caracas, miércoles 20 de noviembre de 1996. Número 36.090.

13.- MÉNDEZ A. Carlos. Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Editorial McGrawHill. Bogotá 2001.

ANEXOS

De acuerdo a lo descrito en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela, número: 36.000 son las siguientes: primero, define la Emergencia como:
"Artículo 1*.- Es el área del establecimiento Médico Asistencial, destinado a la atención médica inmediata de pacientes procedentes del medio externo, durante 24 horas del día. (11)

Requerimiento Arquitectónicos con Relación al Peatón.

Artículo 10*.- El trayecto peatonal, desde la vía pública hasta el acceso al servicio deberá tener un ancho mínimo de un metro con veinte centímetros, sin interrupciones o cambios bruscos de nivel y contar con un acabado anti-resbalante.
Artículo 11*.- Deberá contar con una rampa peatonal, para ser usada por las personas discapacitadas.
Artículo 12*.- Todas las puertas del servicio para libre tránsito de pacientes deberán ser tipo vaivén, de dos hojas, con un ancho mínimo de dos metros.
Artículo 13*.- Los pasillos de circulación de pacientes deberán tener un ancho mínimo de dos metros.

Requerimientos Arquitectónicos con Relación a los Espacios Físicos

Artículo 14*.- En la entrada principal del servicio deberá existir un área para control, identificación, registro e información de pacientes en relación con la espera de público.
Artículo 15*.- deberá existir un área con sala de descanso y sanitario para las autoridades policiales en relación directa con la entrada principal.
Artículo 16*.- deberá existir un área de sala de espera cuya capacidad será calculada en base al número de pacientes a atender, con espacio adicional para teléfono público y dispensador de agua.
Artículo 17*.- Los establecimientos deberán contar con una sala de curas e inyecciones cuyo tamaño dependerá de la complejidad del mismo.
Artículo 18*.- Los consultorios de emergencia deberán tener un área única que permita la separación del ambiente de examen, con lavamanos incorporados y facilidad de acceso a sanitarios para pacientes desde el ambiente de examen.
Artículo 19*.- El número de consultorios no deberá ser menor de (6) en hospitales tipo IV.
Artículo 20*.- Deberá existir una sala de observación para adultos con las siguientes características:

- Por cada consultorio de emergencia existirán por lo menos dos camas de observación, una de las cuales contará con cama de aislamiento.
- El espacio físico por cada cama será no será menor de seis metros cuadrados con un ancho mínimo no menor de 2metros cuadrados, que permita la circulación por ambos lados y la separación por sexos.

- Contará con un espacio físico para, puesto para enfermeras dispuesto de tal manera que permita la visualización directa a todas las camas.

Artículo 21*.- Los establecimientos que oferten traumatología, deberán contar con un área para sala de yeso y contar con los dispositivos necesarios para la colocación de mecanismos de fijación articular externa (yeso) y para depósito de materiales.
Artículo 22*.- Los Hospitales tipo III y IV, deberá tener un área para trauma y shock con los equipos de soporte avanzados de Vida.
Artículo 23*.- El área de Trauma y Shock deberá tener un acceso directo y expedito desde la entrada de la emergencia.
Artículo 24*.- Deberá existir un ambiente para faena sucia y limpia.
Artículo 25*.- Deberán existir ambientes diferenciados para sanitarios de pacientes, públicos y personal en número según lo establecido en las normas sanitarias de construcción.

Condiciones Ambientales

Artículo 35*.- En el área de Trauma y Shock la temperatura deberá oscilar entre 18* C y
24* C.
El área de observación deberá tener iluminación y ventilación natural.
En aquellos sanitarios donde sea posible deberá colocarse ventilación iluminación natural.

Otras Instalaciones

Artículo 36*.- Instalación Eléctrica: deberá dotarse de corriente de 110v y 220v, conectada al sistema preferencial de emergencia en la siguiente forma:
a.- 110V: 2 tomas por consultorio, 2 tomas/ camas de observación y 4 tomas/ cama de trauma y shock.
b.- 220V: 1toma/ cama de observación y 2 tomas/ cama de trauma y shock.
Artículo 37*.- Instalaciones Mecánicas: se deberá colocar ascensores tipo monta-camilla para camilla para el traslado de pacientes.
Artículo 38*.- Instalaciones de oxígeno y succión: deberá colocarse en la forma siguiente: un punto /cama de observación y 2 puntos/cama de trauma shock.
Artículo 39*.- Instalaciones sanitarias: deberá tener un tanque de agua potable con una capacidad de reserva para un mínimo de tres (3) días de suministro.
Artículo 40*.- Lo no contemplado en esta norma se regirá por lo dispuesto en las normas específicas de construcción para cada una de los tipos de instalaciones."