

## **CAPITULO III**

### **MARCO TEORICO**

#### **Generalidades**

Desde Hace mucho tiempo la emergencia del Hospital Central de la PNP es sin lugar a dudas, la emergencia más concurrida de las fuerzas armadas y una de las más importantes del país. Dentro de ella se brinda atención a los efectivos policiales en actividad como en retiro, además de sus familiares (padres e hijos) y extraordinariamente a personal civil que lo necesite, llegando a tener un universo poblacional bastante alto.

El Hospital Central de la PNP está ubicado en la Av. Brasil Cda. 26 S/N pudiéndose ingresar a la emergencia a través de la Av. Garzón y doblando por la calle Jerónimo de Arteaga. Su zona de influencia son los distritos de Pueblo Libre, Jesús María, Magdalena del Mar, Lince, Breña y San Isidro.

Al llegar a la emergencia todo paciente habitualmente debe pasar primero por la zona Triage (donde se clasifica al paciente) ubicado al ingreso, decidiéndose su pase a Emergencia o siendo derivado al consultorio de medicina ó al recientemente creado consultorio de Urgencia Médica. Sin embargo por el grado de compromiso muchos pacientes pueden pasar de inmediato a la UST – R.( accidentes de tránsito conducidos por bomberos ó victimas de armas de fuego ó explosiones por atentado terrorista).

Existe otra excepción de ingreso directo al área de emergencia dada por los pacientes que son referidos ó transferidos de otros hospitales de Lima ó el interior del país.

El servicio de emergencia cuenta con 9 áreas a saber:

- a. Observación: 12 camas
- b. Sala de cuidados Intermedios: 10
- c. Sala de Hidratación: 9
- d. UST – R: 4 + 1 cama Striker (reanimación)
- e. Sala de Oficiales: 11
- f. Pediatría: 10
- g. Traumatología: 1 camilla
- h. Ginecología: 1 camilla
- i. Tópico de Cirugía: 1 camilla

Además cuenta con el servicio de ayuda al diagnóstico (Laboratorio e Imágenes: RX, Ecografía y tomografía)

El número total de camas en emergencia adultos es de 47, el promedio de estancia hospitalaria en emergencia debería ser 48 horas dentro de los cuales se ha decidido su hospitalización, intervención quirúrgica ó el alta. Sin embargo esto no se cumple debido al incremento de la población institucional y la falta de camas en hospitalización y cuidados intensivos, lo que incrementa la estancia hasta un promedio de 5 días y hasta 2 semanas cuando es UCI.

El porcentaje de hospitalizaciones por emergencia representa el 80% de ingreso hospitalarios al HCPNP y 50% del total de atenciones.

El departamento de emergencia depende de la Unidad de Cuidados Críticos y esta de la dirección del hospital cumpliendo con su labor a través de un equipo de guardia conformado por dos médico especialistas en emergencias ó medicina interna, cubriendo todas las especialidades médicas en forma permanente durante las 24 horas; acompañado por un residente de emergencia y un grupo de residentes de diversas especialidades que acuden a realizar su guardia hospitalaria dentro de la emergencia, además de personal de enfermería y técnico. A su vez contamos con médicos especialistas en Cardiología, Neurología y Neurocirugía las cuales están al llamado dentro de sus servicios; y con un personal medico de reten que debe a personarse dentro de los 30 minutos del llamado.

Actualmente existe un riesgo incrementado de enfermedad aguda producto de accidentes de tránsito, violencia, falta de empleo que lleva a obtener trabajos en situaciones de hacinamiento y mayor índice de adquirir enfermedades infectocontagiosas, o sufrir daños englobados dentro de las emergencias masivas. En esta época de globalización mundial no se escapa los servicios de emergencia y estamos en la obligación de brindar una evaluación cuidadosa y adoptar medidas que conducentes a la implementación de un sistema de emergencias que asegure la atención integral de la urgencia médica individual y colectiva.

Una vez inmersos dentro del sistema de emergencias nos encontramos que estamos frente a un hospital dentro de otro hospital, dentro del cual convergen problemas de salud de diferente origen y gravedad cuyo volumen y urgencia pone a prueba a cada momento el sistema organizacional y la flexibilidad de sus recursos humanos y materiales.

La capacidad para una atención oportuna y eficaz de la urgencia y traslado pertinente de la víctima hacia el nosocomio que asegure una atención definitiva, con el nivel tecnológico preciso a la gravedad de su caso, establecen el patrón de medida de la integración de los servicios de emergencia de una ciudad.

Actualmente la mayoría de estudios como este están al estudio de la problemática del sistema de emergencia hospitalario sin embargo nos olvidamos de los establecimientos asistenciales periféricos de menor complejidad tecnológica donde se podrían resolver la gran mayoría de problemas teniendo una mayor adecuación de recursos de estos.

Con mucha preocupación vemos como cada día los centros de referencia del Ministerio de Salud, Seguridad Social y Fuerzas Armadas están siendo abarrotados por un incremento en la demanda de atención, muchos de los cuales cuentan con un menor número de personal médico, lo lleva a una disminución en la calidad y a un incremento en las demandas de mala praxis. A esto debemos agregar que la gran mayoría de hospitales no cuentan con una adecuada infraestructura y logística que permita una atención de calidad, así como una central única donde se pueda coordinar las transferencias o que

oriente el centro de referencia más cercano y que permita dar una atención para la patología que requiere nuestro paciente.

Una muestra realizada en 8 hospitales representativos de Lima, se comprobó que de los casos que fueron derivados por ser considerados emergencia 1068 llegaron muertos y otros 1309 fallecieron dentro de las 24 horas, siendo esto el 1% del total de atenciones y lo que es grave 50% no recibió atención en emergencia. (18)

No existe actualmente ninguna emergencia que cuente con una planta física adecuada que permita una adecuada atención médica, un flujo adecuado de pacientes, transporte, siendo los ambientes estrechos, ruidosos y muchas veces con una inadecuada limpieza.

En la mayoría de hospitales los servicios de laboratorio y radiología no son de uso exclusivo de emergencia, además debemos mencionar el sistema Pre – hospitalario es bastante precario a excepción de ESSALUD.

En la actualidad son pocos los servicios de emergencia que cuentan con personal propio, debido al número reducido de médicos especialistas en emergencia, al poco interés de otros especialistas por el trabajo en emergencia que implica responsabilidades y servicios de guardia frecuente a la falta de incentivo económico, confort, y muy por el contrario están expuesto a problemas médico legales ante los que no se tiene protección alguna debido a un vacío legal para algunos de los procedimientos que se realizan.

Por todo lo mencionado, se formo una comisión en 1983 para realizar un estudio de los servicios de emergencia, llegando a la conclusión que la atención era insatisfactoria y se mencionó los siguientes problemas:

1. Ubicación orgánica no definida
2. Deficiente organización interna
3. Inexistente coordinación externa e interna
4. Equipamiento insuficiente e inadecuado
5. Incremento de la producción sin mejora de la calidad
6. Tecnología no adecuada ni concordada
7. No hay atención en foco ni traslado con criterio técnico, ni elección del hospital adecuado

Han pasado ya 15 años desde el presente estudio y las problemas siguen aumentando (plan de contingencia ante desastres) y hasta el momento no se han corregido los que se encontraron en esa oportunidad.

## **Problema**

Los indicadores básicos de calidad en los servicios de urgencia, presentan un conjunto de indicadores que pretenden establecer un sistema común, homogéneo y fiable de información en los servicios de urgencia. Posiblemente no se hayan incluido todos los aspectos de la actividad asistencial, como también tal vez otros pudieran haber tenido mayor desarrollo. No obstante lo anterior, el conjunto de indicadores que se presenta refleja de un modo claro, fiable y significativo los perfiles básicos de la

actividad asistencial de la mayoría de los servicios de urgencia, sin perjuicio de dejar abierta la posibilidad de estudiar y aceptar sugerencias que tiendan a completarlo y perfeccionarlo.

A continuación presentamos los siguientes indicadores de calidad en los servicios de emergencia:

### INDICADORES DE ACTIVIDAD:

Son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de emergencia. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de recursos asistenciales y su gestión además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de emergencia de otros centros.

#### **a.1 Número de consultas urgentes**

Nº de casos que cumplen el requisito en un periodo de tiempo dado.

#### **a.2 Frecuencia relativa anual**

Numerador: Número total de consultas en el periodo estudiado

Denominador: Población censada / 100,000

#### **a.3 Frecuencia relativa diaria**

Numerador: Número de pacientes atendidos en un periodo X de tiempo divididos por el número de días del periodo

Denominador: Número de habitantes censados en el área de cobertura divididos por 1,000

### INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESO:

Son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de emergencia desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

#### **b.1 Tiempo medido de primera asistencia facultativa**

Tiempo medido en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera atención por un médico desde que accede al servicio de emergencia (definido por las horas registrada de llegada)

Numerador: Sumatoria del tiempo de primera asistencia de cada uno de los pacientes atendidos en un periodo de tiempo dado

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo

#### **b.2 Tiempo medio de permanencia en emergencia**

Tiempo total que permanece el paciente en emergencia desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o por traslado a otro centro

Numerador: Sumatoria de los tiempos de permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado periodo de tiempo

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho periodo



### **b.3 Grado de cumplimiento de la historia clínica**

El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial es un aspecto básico de la calidad de la asistencia. Sin dicha documentación no es posible evaluar la calidad de los actos médicos y su idoneidad o adecuación al problema de salud del paciente.

Numerador: Número de historias correctamente cumplimentadas multiplicado por 100

Denominador: Número total de historias clínicas analizadas. Estándar tender a 100

### **b.4 Información a pacientes y familiares**

Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de la identificación del médico responsable, motivo de consulta (impresión inicial, procedimientos y técnicas a realizar, circuitos en el servicio de emergencia, diagnósticos y plan terapéutico sí existe y procede)

### **b.5 Codificación diagnóstico de altas**

Mide la cantidad de informes de alta en los cuales el diagnóstico clínico ha sido codificado. Como instrumento de codificación se propone la CIE 10

Numerador: Número de pacientes con informe de alta codificado multiplicado por 100

Denominador: Número total de altas en el periodo evaluado. Estándar: Debe tender a 100

#### **b.6 Proporción de ingresos**

Mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario respecto del total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia.

Numerador: Número de pacientes ingresados al servicio de emergencia multiplicados por 100

Denominador: Número total de emergencias atendidas en un periodo definido.

#### **b.7 Tasa de retorno a emergencia**

Mide la cantidad de pacientes que tras ser atendidos en el servicio de emergencia y ser dados de alta regresa el mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa.

Numerador: Número de pacientes que retornan al servicio de emergencia en las 72 horas siguientes en un determinado periodo de tiempo.

Denominador: número total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia en dicho periodo dividido por 1000.

#### **b.8 Tasa de mortalidad en emergencia**

Mide la proporción de pacientes que fallecen en el servicio de emergencia habiendo accedido con vida al mismo.

Numerador: Número de pacientes fallecidos en el servicio de emergencia en un periodo de tiempo definido multiplicado por 100.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el mismo periodo de tiempo.