

## CAPITULO VI

### DISCUSION

Al comenzar a revisar la bibliografía nos dimos con la sorpresa que no había en la literatura un consenso relacionado a cuales eran los indicadores de evaluación para el servicio de emergencia. La Sociedad Española de Emergencia publicó unos indicadores de referencia en la cual se ha basado el presente estudio.(2)

Pacientemente se empezó a recolectar diariamente las historias buscando que no quedara ningún vacío, sin embargo el pobre recurso informático con el que cuentan el Servicio de Emergencia hacía que nos convirtiéramos por momentos en policías de historias clínicas, logrando ubicar la totalidad de las historias clínicas atendidas del día anterior y pasando a nuestra hoja de recolección los datos necesarios.

El **primer cuadro** ilustra gráficamente algo que los médicos que laboramos en el Servicio de Emergencia de nuestro hospital vemos a diario, la demanda de pacientes que ingresan se ha incrementado con el paso de los meses, siendo en el primer trimestre de 15 888 atenciones, llegando el último trimestre del año de estudio a 18 714, es decir un incremento del 17%, sin embargo esto no queda ahí, además encontramos que el porcentaje de emergencias y urgencias solo representa el 21.18% del total de atenciones, generando las demás atenciones una centralización en el HCPNP, una mala distribución de los recursos y por supuesto mayor tiempo de espera de nuestros pacientes.

El **segundo cuadro** representa las atenciones en emergencia de acuerdo al día de la semana, se puede observar el mayor porcentaje de atenciones los días lunes y martes, esto en virtud a que el fin de semana no funciona consultorio externo y este no se da ha vasto para la cantidad de pacientes que acuden a la consulta los días lunes y son derivados al servicio de emergencia, otros en menor medida encuentran en el servicio de emergencia una puerta de entrada mas accesible y rápida para ser atendidos y finalmente hay los pacientes crónicos mal controlados que acuden descompensados después del fin de semana, véase el incremento del 20% del domingo al lunes.

El **cuadro tres** reafirma lo mencionado anteriormente referente al incremento sostenido de pacientes mensualmente iniciando con un promedio de 182 pacientes y terminando con un promedio de 210 atenciones durante el día, sin embargo el número de médicos encargados de la atención fue la misma, mayor producción a expensas de la calidad. Esto es el reflejo de lo que ocurre en todo el hospital, la diferencia que nosotros no podemos darle una cita para el mes siguiente, debemos resolver el problema en el momento.

En el **cuadro cuatro** podemos observar la distribución horaria de la afluencia de pacientes y darnos cuenta que entre las 8:00 a.m. y las 18 p.m. (10 horas) esta contemplada el 68.08 % del total de atenciones, dato epidemiológico importante para la distribución de los recursos humanos.

El **cuadro cinco** resume el número total de fallecidos durante el año de estudio del presente trabajo, distribuidos por el área donde ocurrió el fallecimiento, así tenemos que la UST – R contribuyó con el 53.6% del total de fallecidos seguido por el área de intermedios con un total de 42.4% siendo en conjunto 96%. Cabe señalar que en estos lugares se ubicaron los pacientes más graves de la emergencia. Esto ha generado que el promedio del presente año genere 20.6 fallecimientos mensuales, es decir 0.68 pacientes día.

En el **cuadro seis** apreciamos la distribución de la mortalidad según el día de la semana donde ocurrió, no existiendo una diferencia significativa, siendo los días de mas alta mortalidad los días martes y domingo y el día más bajo el día viernes. La siguiente grafica representa la curva de mortalidad según el mes, la cual guarda relación con la cantidad de atenciones que se registraron; a mayor cantidad de pacientes catalogados como emergencia mayor cantidad de defunciones.

El **cuadro siete** grafica la causa primaria de muerte atribuida y consignada en el certificado de defunción. La causa más importante de fallecimiento fue la infecciosa con 36.8%, seguido por la Cardiovascular con 19.2% y dentro de esta los ACV con 14% y finalmente la tumoral con 14% siendo el cáncer más importante causa de deceso el de origen pulmonar. Además dentro de las otras causas de fallecimiento se encontró a la IRC (7.6%), Insuficiencia Respiratoria Aguda (6.4%), HDA (5.2%) y el Politraumatizado (4.4%)

Para finalizar presentamos los indicadores de proceso dentro de los cuales tenemos a la frecuencia relativa anual, la cual está en relación directa al numero de población censada, lamentablemente no tenemos datos de comparación con otros años, pero según los datos publicados por el HNCH son bastante similares. (19,20,21)

Uno de los principales indicadores de proceso es el tiempo transcurrido desde luego de pasar el triage y obtener una historia clínica hasta el momento de atención, mide la capacidad de rapidez ó lentitud, lamentablemente no se encontró tampoco un valor de comparación similar en nuestra realidad.

La proporción de ingreso hospitalario está levemente disminuidos según los estándares publicados en otras series quienes dan un valor referencial del 5 - 8% (3,6,12), un impedimento para subsanar esto es la falta de camas en hospitalización, generando aumentar el tiempo de estancia en emergencia y realizando la hospitalización en las áreas de emergencia muchas veces inclusive hasta el propio alta del paciente.

La tasa de mortalidad es otro indicador de calidad y eficacia del servicio de emergencia, sin embargo cabe señalar que muchas de las muertes de los paciente ocurría más allá de las 48 horas del ingreso del paciente y otros acudían en etapa avanzada de enfermedad, sin embargo la tasa de mortalidad es similar a otras series publicadas.

El rendimiento cama, es decir el número de pacientes que ocupan una cama en un año fue del 35.72 similar a lo reportado al HNCH ó al H2M, a pesar de tener un

mayor número de días los paciente en emergencia, esto habla del grado de resolución en el manejo médico en los pacientes que ingresan al servicio de emergencia.

Por ultimo tenemos el porcentaje de ocupación, lo que se refiere al número de camas ocupadas durante la guardia, siendo en promedio anual de 80.51%, lo cual está en relación con otras sedes hospitalarias de otros hospitales nacionales, sin embargo se recomienda que debería ser alrededor del 60%, teniendo el resto de camas desocupadas para una eventual catástrofe, siendo el servicio de emergencia el primer responsable dentro de la primera hora.