

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CATEGORIZADOS POR PRIORIDADES EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – ESSALUD. LIMA. 2017 – 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

CELIA CARHUARUPAY ATAPAUCHAR

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 126-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción	03
1. Capítulo I: Descripción de la situación problemática	04
Referente mundial.....	04
Referente Latinoamericano	04
Referente peruano	07
Referente Local	08
2. Capítulo II Marco Teórico	11
1. Antecedentes	11
2.1.1 Antecedentes Internacionales	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.1.3 Antecedentes Locales	16
2. Bases Teóricas	17
3. Bases conceptuales	19
3. Capítulo III: Desarrollo de Actividades de Plan de Mejora	30
I. Análisis de las causas que provocan el problema	30
1. Listado de problemas	30
2. Priorización del problema	31
a) Matriz de priorización	31
b) Diagrama de Pareto	32
c) Descripción de las causas y efectos	33
d) Describir las causas y efectos negativos de la problemática	34
Análisis FODA	35
Matriz de priorización del Problema	35
II. Propuesta de planificación del plan	36
a) Generalidades	36
b) Campo de aplicación	36
c) Objetivos definidos	38
d) Posibles Soluciones	38
e) Establecer acciones	40

f) Diagrama de Gantt	42
III. Implementación y seguimiento	43
- Cumplimiento del plan	44
- Valoración del cumplimiento del plan	44
IV. Evaluación	47
a) Plan de Evaluación	47
b) Informe sobre evaluación	48
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Referencias bibliográficas	57
Anexos	60

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, es de alta capacidad resolutive siendo una de las puertas de ingreso de pacientes es el Servicio de Emergencia que brinda atención y cuidados a los usuarios, la alta demanda de atención la población que acude son pacientes críticos, enfermos crónicos y otros, origina demora en la atención, congestión de los tópicos, sala de espera, pasadizos dando lugar a la insatisfacción de usuarios.

El presente trabajo académico titulado “**PLAN DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CATEGORIZADOS POR PRIORIDADES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESSALUD. LIMA. 2017 – 2018**”, con la finalidad de brindar una atención y cuidado oportuno, previniendo las complicaciones y exposición a riesgos.

Se realizó esta como parte de la experiencia como Enfermera Jefe de Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. ESSALUD, el servicio atiende a pacientes referidos y a demanda provenientes de la Red Asistencial.

Este plan fue desarrollado con participación activa del equipo multidisciplinario, desde la implementación hasta la estabilización del plan.

Para el desarrollo del presente trabajo académico se elaboró un plan de gestión, el cual contiene, Justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación de actividades, cabe mencionar que los trabajos fueron ejecutados del segundo trimestre del 2017 al primer trimestre del 2018.

Finalmente, el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” es el centro asistencial de más alta complejidad y capacidad resolutoria, y tiene una alta demanda para la atención de pacientes que requieren atención frente al deterioro de su Salud.

Referente Mundial

OMS (1)

En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, por Philip Anderson, Roberta Petrino, Pinchas Halpern, y Judith Tintinalli, “La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública”, refiere que la medicina de emergencia (ME) es una disciplina mundial que contempla la prevención secundaria de enfermedades y se utiliza también como instrumento de prevención primaria. Entre ellas cabe citar la prevención primaria; las intervenciones destinadas a combatir el abuso de sustancias y la violencia interpersonal; la educación sobre las prácticas de seguridad; la vigilancia epidemiológica; el reclutamiento de pacientes para ensayos de investigación clínica centrados en intervenciones agudas; la educación y formación clínica de dispensadores de atención sanitaria; y la participación en las respuestas locales y regionales a los desastres naturales o causados por el hombre ampliar las opciones de la ME para la prevención primaria y secundaria en beneficio de la salud de la población.

Referente Latino Americano

OPS (2)

La Organización Panamericana de la Salud, en el estudio Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Susana Castiglione, Mónica Bolis y Reynaldo Holder. El objetivo del presente estudio es efectuar una recopilación de legislación vigente sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina. Se entiende por servicios de emergencia aquellos que cubren las actividades de atención, traslado y comunicaciones realizados con el fin de proveer servicios de salud en caso de urgencias o emergencias. Se incluyen también disposiciones

sobre la responsabilidad de los proveedores públicos y privados de servicios de emergencias respecto a los usuarios. A través de este trabajo se presentan las normas aplicables demostrando claramente el papel de la legislación de salud como herramienta de instrumentación de políticas de salud y como generadora de responsabilidades civiles, penales y profesionales. El estudio consta de una introducción que a su vez incluye una explicación de la metodología utilizada y un breve análisis preliminar sobre la legislación recopilada. Luego se presenta una segunda sección dividida por países que contiene las normas localizadas y aplicables a los sistemas de servicios de emergencia incluyendo el nombre de la norma, fecha y la transcripción de las partes pertinentes.

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, en los cuartos de urgencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias. Para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de triaje estructurado en los cuartos de urgencias. El sistema de triaje estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento. El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triaje estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad. Para el profesional de urgencias el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia

más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional. La introducción del sistema de triaje estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el triaje estructurado ofrece. El triaje, estructurado y en continua mejora, es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, los cuartos de urgencias para mejorar. Esta visión es compartida por todas las sociedades científicas internacionales de urgencias. Además, el triaje estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de los cuartos de urgencias y a la coordinación entre niveles asistenciales, cosa imprescindible si queremos orquestar un sistema sanitario homogéneo y eficiente. Esta visión holística que plantea el triaje estructurado, bien entendida y apoyada tanto por los profesionales como por los gestores y responsables políticos, lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica. Previamente a la implantación de un sistema de triaje estructurado es necesario tener un claro conocimiento de las características óptimas que ha de tener dicho sistema, sus principios y objetivos

Asimismo es necesario conocer cuáles son los factores de éxito para la implantación y el proceso adaptativo necesario para conseguirlo. Todo ello debe ser sometido a la aprobación de los responsables gerenciales de los centros, que deben tener una amplia visión de las ventajas que el sistema aporta. Será necesario establecer un Plan de implantación adaptado a la realidad de cada centro, consensuado y aceptado por todos los estamentos implicados en el proyecto, pero que respete los principios del sistema de triaje y de su modelo de implementación. Actualmente, todo sistema de triaje estructurado está basado en una escala de triaje de 5 niveles, con suficiente grado de validación científica que garantice su fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad. El sistema de triaje ha de proponer adaptaciones en la estructura física, profesional y tecnológica en los cuartos de urgencias, que permitan hacer el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. La evidencia actual establece que

la mejor forma de garantizar la realización de un triaje correcto es a través de la informatización del mismo. A pesar de la fiabilidad y validez científica que han demostrado la mayoría de las escalas de triaje de 5 niveles, en estudios controlados y en sus formatos originales, basados en guías de implementación y formación de los profesionales, la experiencia de su uso ha mostrado problemas de fiabilidad de los resultados en la práctica clínica (problemas de concordancia interprofesional e interhospitalaria cuando se aplica sobre pacientes en el triaje), que han sido atribuidos a diferentes causas:

- (1) Heterogeneidad en la formación de los profesionales;
- (2) tendencia al sub triaje en cuartos de urgencias sobresaturados;
- (3) tendencia al sub triaje en situaciones agudas comunes;
- (4) tendencia al sobre triaje para justificar largos tiempos de demora;
- (5) tendencia al sobre triaje en servicios remunerados por casuística.

Un instrumento como la escala de triaje, sobre el que se pretende hacer pivotar toda la organización de un cuarto de urgencias y que ha de permitir el control del riesgo de los pacientes, ha de garantizar la fiabilidad de su uso. Además, otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano en el proceso de implantación, junto al análisis de la realidad de los cuartos de urgencias donde se implanta, las propuestas de mejora continua y la evaluación de resultados. Es básico que se ejerza un liderazgo claro en los servicios, basado en el principio de justicia y en el concepto de que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia, y que sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario, sino al contrario, que el trabajo centrado en el paciente beneficia a todos.

Referente Peruano

MINSA (3)

El Ministerio de Salud, en los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con Servicios de Emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año. De acuerdo a su complejidad y demanda contarán con mayor número de especialistas programados.

- Los establecimientos categorizados como I-4 de acuerdo a su demanda y accesibilidad podrán contar con Servicios de Emergencia que atiendan como mínimo 12 horas al día. Corresponden a Establecimiento de Salud de baja capacidad resolutiva, sin embargo, el área de emergencias debe contar con equipamiento básico que permita reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- El Servicio de Emergencia debe contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio.
- Los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú.

INDICADORES EN EMERGENCIA - MINSA

Nro.	INDICADOR	ESTANDAR
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia para ser atendido según caso de prioridad. - Permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de Emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente. 	Casos de Prioridad I: atención inmediata Casos de Prioridad II: periodos de 10 minutos Casos de Prioridad III: periodos de 20 minutos
2.	- Porcentaje de Pacientes en Sala de Observación con Estancias Mayores o iguales a 12 horas.	0% de pacientes con estancia mayor a 12 horas
3.	- Número de fallecidos en Emergencia.	< 2% de los atendidos.
4.	- Porcentaje de usuarios que refieren estas satisfechos con la atención brindada por el servicio	>80% de los atendidos
5.	- % de trabajadores que refieren estar satisfechos con el trabajo en el servicio	>80% de los trabajadores de emergencia

Fuente: NT N° 042-MINSA/DDGSP-V.01-NORMA TECNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA-pág. 27-LIMA

Referente Local

La infraestructura de Servicio de Emergencia fue construida para mejorar la atención, el segundo piso distribuido en:

Triaje (1)

Shock trauma (1), con 6 camillas,

Tópicos de medicina con 8 box,
Tópico de cirugía (1),
Tópico de traumatología (3),
Tópico de alivio (1),
Tópico de Inyectables de enfermería (1),
Salas de procedimientos neumología (1), oftalmología (1), urología (1),
Área de ambulancia,
Área de patología clínica,
Banco de sangre,
Área de imagenología,
Área unidad de terapia respiratoria.

Sin embargo, esta distribución de ambientes del área ambulatoria crea congestión y embalse de los tópicos dando lugar a la espera prolongada con la consecuente insatisfacción de los usuarios.

El 44.74% de usuarios que acuden al segundo piso son de prioridad IV y V, el 43.34% prioridad 3, el 8.95% prioridad 2; el 2.96%, prioridad 1.

Justamente los % de 44.74, son pacientes de atención ambulatoria, requiriendo tratamiento NO URGENTE ninguno se hospitaliza, del 43.34% de pacientes el 60 a 80% se hospitalizan, y su atención se ve interrumpida, por la alta demanda de prioridad IV y V.

Por ello es necesario la redistribución, reubicación e incremento de ambientes y consultorios médicos y de enfermería, así optimizar los recursos, infraestructura, la categorización de atención a pacientes, el trabajo del equipo multidisciplinario.

La capacidad instalada es de 168 pacientes hospitalizados, y por la demanda amanecen entre 220 a 230 hospitalizados, inclusive haciendo uso de los pasadizos, exponiendo a riesgo de caídas y no respetando la individualidad de los pacientes, por la disposición y ubicación de los tópicos y la demanda de pacientes con familiares, congestionan los consultorios, así como los pasadizos.

Asimismo en consultorios la atención médica y de enfermería se categorice pacientes, clasificado por prioridades y con tiempos de espera en su atención integral, se precisa implementar con "*Protocolo de Manchester: Mejorando el triaje y la priorización en la atención médica*", donde se categoriza a pacientes por prioridades e implementando con recursos necesarios en cada prioridad de tal

forma que el paciente/usuario y familiares permanezcan el menor tiempo posible en resolver sus necesidades de atención en salud, de ser necesario ser ingresado a sala de observaciones o dados de alta precozmente, (gestión de Camas).

Por otro lado, la demora en la primera atención del paciente, circulación excesiva a origina complicaciones, y la demanda de pacientes con requerimientos de atención diagnósticos no urgentes congestionan y genera embalse para la atención; como se observa que prioridad IV, existe mayor porcentaje de atención en los tres últimos años.

NIVEL TRIAJE (prioridades)	2015	2016	2017
I	6,0%	4,1%	4,5%
II	66,6%	71,1%	67,3%
III	93,1%	60,3%	88,6%
IV	92,5%	87,9%	89,3%

Fuente: Estadística mensual Servicio Emergencia Adultos 2015, 2016, 2017

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

MARCOS MESÍAS FERNÁNDEZ, RAQUEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, (2018), (4)

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de satisfacción del personal enfermero y médico sobre la dinámica del Servicio de Urgencias marcada por el sistema de triaje actual en este centro, realizado desde 2012 exclusivamente por enfermería, así como la opinión sobre el nivel de conocimiento del triaje de ambos colectivos y percepción de la calidad de su formación específica en triaje. Métodos: estudio descriptivo transversal mediante cuestionario ad hoc a personal de enfermería y médico del Servicio de Urgencias de un Hospital Clínico Universitario. Resultados: la participación global fue del 71.9% (n = 82; 82.3% enfermería y 60% médicos/as). Respecto a la dinámica del Servicio de Urgencias marcada por el sistema de triaje actual, el 45.1% del personal se encuentra moderadamente satisfecho. En cuanto a la percepción del conocimiento sobre triaje, el 78% del total piensa que tanto la formación del personal enfermero como médico es entre suficiente y bueno. El 75.9% del personal de enfermería ha recibido un curso sobre triaje, frente al 70.8% de los médicos que no lo ha recibido. Ambos colectivos manifiestan que la colaboración entre ambos sería el modo ideal de llevar a cabo la labor de triaje. Conclusiones: tras la implantación del actual sistema, tanto el personal de enfermería como médico están moderadamente satisfechos con la dinámica del Servicio de Urgencias, creen que el conocimiento de ambos colectivos sobre triaje es aceptable y consideran que la mejor manera de realizarlo es mediante una colaboración entre ambos profesionales, en el presente plan se considera el rol importante que cumple la Enfermera en el Área de triaje, en los tres turnos, con turno fijo para mañana y tarde, y en el turno noche un licenciado de turno rotativo.

JUAN CARLOS COBO BARQUÍN (2013) (5) Objetivos: Construir un sistema de triaje estructurado y avanzado, de cinco niveles de gravedad, capaz de utilizarse en el ámbito específico de las urgencias de Atención Primaria, para posteriormente

validarlo. Material y métodos: Para el proceso de validación de la herramienta de clasificación, se comenzó con una recogida de documentación y bibliografía, tanto de los distintos sistemas de triaje, como de los motivos de consulta que se pueden tener en Urgencias de Atención Primaria, apoyándonos en la Clasificación de Enfermedades de la CIAP-2. Para el desarrollo de la aplicación informática se realizó un programa de clasificación en base a tres pantallas táctiles, confeccionadas mediante Visual, mediante una escala de colores que son de mayor a menor gravedad: Nivel 1-Rojo; Nivel 2-Naranja; Nivel 3- Amarillo; Nivel 4- Verde; Nivel 5- Azul. Resultados: En el estudio en fase piloto, determinamos una serie de características demográficas de los 73 pacientes que estudiamos, y fuimos capaces de determinar qué tipo de motivos eran los más frecuentes, el tiempo de triaje de los dos clasificadores, el nivel de triaje obtenido por cada uno de ellos, así como el grado de concordancia con respecto al médico que a posteriori valoraba al paciente. En la fase de validación del test, se estudiaron los resultados obtenidos con 17421 pacientes adultos, analizándose desde el punto de vista demográfico, por centros sanitarios, su clasificación por motivos de consulta, por aparatos, tiempos de triaje, niveles de triaje obtenidos y una fase de validación como tal, analizando los pacientes que habían sido derivados a las urgencias hospitalarias. Se obtuvo una sensibilidad del test del 80,95% con una especificidad del 58,33%. ¿Población de estudio: el total de pacientes- motivos de consulta recogidos en la fase de validación, 17.421, supone más del 5% de la población del área IV de Asturias, lo que da una idea de los procesos revisados por el TAP, Motivos de consulta: nos encontramos con que la patología ORL (otorrinolaringológica) era la más atendida, seguida de los procesos del aparato locomotor y de los problemas respiratorios en tercer lugar?, Tiempos de triaje: los resultados obtenidos con el sistema TAP, son buenos en cuanto a que casi el 80% son atendidos en tiempos estándar. ¿Validez del cuestionario: el análisis de los 921 pacientes derivados a urgencias del hospital de referencia nos determinó que la sensibilidad del sistema TAP?; ¿puede ser comparable a los de otros sistemas como el sistema MAT (Manchester)., Conclusiones: Podemos decir como conclusión final que: ¿El sistema de triaje TAP es aplicable a las urgencias de Atención Primaria? ¿Es un sistema fiable, seguro y válido? Dispone de una herramienta informática, fácil de aplicar, intuitiva y de aplicación para distintos estamentos profesionales. ¿Es un sistema capaz de poder

obtener resultados comparables con otras escalas de clasificación, utilizadas en las urgencias hospitalarias, con buenos resultados?

ELÍAS CASTRO GONZÁLEZ, MANUEL VÁZQUEZ LIMA, MARTA DORRIBO MASID, CONCEPCIÓN ABELLÁS ÁLVAREZ, FERNANDO SANTOS GUERRA, (2013), (6) Objetivo: Analizar la relación entre el Sistema de Triage de Manchester (STM) y los ingresos y traslados desde el servicio de urgencias (SU) y descripción de los tiempos de respuesta según niveles de triaje. Método: Estudio observacional y descriptivo unicéntrico mediante revisión de los datos anónimos disponibles en los sistemas SIHGA y ALERT del SU en el año 2010. Resultados: Cuanto más baja es la prioridad de asistencia establecida por el MTS, menor es también el índice de ingreso y menor la utilización del transporte sanitario ($p < 0,001$). Los tiempos de pretriage no alcanzan el estándar, los de triaje son muy uniformes y se observa variabilidad en los resultados de los tiempos de respuesta facultativa. Conclusiones: Se observa asociación entre los niveles de triaje y el tanto por ciento de ingresos y transportes, que resulta estadísticamente significativa para los niveles de mayor gravedad, especialmente en adultos.

ROCÍO GARCÍA GONZÁLEZ; JULIO (2013); (7) Objetivo principal - Determinar si se han reducido los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cabueñes hasta la atención por parte del facultativo con la implantación del Sistema de Triage Manchester; Método Utilizado Con este trabajo se desea conocer la relación entre los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes y el tipo de triaje utilizado, hecho que ha sido posible gracias a la implantación el 21 de febrero de 2013 del STM en dicho hospital. Para ello se ha realizado un estudio retrospectivo en el que se compara a dos grupos de pacientes, los que han sido atendidos con el método hasta entonces utilizado en el hospital y los que lo han sido con el nuevo método implantado; Conclusiones: Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cabueñes hasta la atención por parte del facultativo con la utilización del Sistema de Triage Manchester. - El tiempo de espera hasta la realización del Triage ha aumentado con el nuevo sistema. - El tiempo de estancia total ha disminuido a raíz de la implantación del STM. - No existe relación entre el destino al alta y el tiempo total en el servicio. - Los usuarios del SUH son en su mayoría mujeres con

una edad > 65 años. - El tiempo de asistencia por código de color sólo fue cumplido por un 33% de los pacientes con el Triage Convencional y en un 41% con el STM.

CAMILA AMTHAUER, MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA (2012); (8)

Objetivo: caracterizar la atención recibida por calificación de riesgo por el sistema de triaje de Manchester, identificando los datos demográficos (edad, sexo), principales organigramas, discriminadores y los resultados en la emergencia pediátrica; Método: estudio cuantitativo transversal. Los datos sobre la clasificación de riesgo se obtuvieron a través de una búsqueda de los datos de registro informático de los registros médicos de los pacientes tratados en la emergencia pediátrica en el período de un año. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas; Resultados: se llevaron a cabo 10.921 consultas en urgencias pediátricas, en su mayoría hombres (54,4%), con edades comprendidas entre 29 días y dos años (44,5%). Hubo una prevalencia de la categoría de riesgo urgente (43,6%). El diagrama de flujo principal utilizado en los cuidados fue padres preocupados (22,4%) y el discriminador más prevalente fue el evento reciente (15,3%). El resultado de internación se produjo en el 10,4% de los casos realizados en la emergencia pediátrica, sin embargo el 61,8% de las visitas precisaron permanecer en observación y/o estar bajo el cuidado del equipo de atención médica en la emergencia pediátrica; **Conclusión:** padres preocupados fue el diagrama de flujo principal utilizado y los eventos recientes el discriminador más frecuente, constatando los resultados de hospitalización y permanencia en la observación en la emergencia pediátrica antes del alta a la casa.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

GUERRA PERALES, JACQUELINE LISZET; HUAMÁN RODRÍGUEZ, ANA MARINA; HUAYLAS PÉREZ, HAYDE (2018); (9)Objetivo: Determinar la prioridad de atención según triaje y tiempo de espera de pacientes del servicio de emergencia en un hospital público de Lima, octubre- diciembre del 2018. Material y

Métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, tipo no experimental, descriptivo, de corte transversal puesto que recolectara datos en un solo momento, en un tiempo único. Se llevará a cabo en el servicio de Emergencia. La muestra estará conformada por historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de

emergencia entre los meses de octubre a diciembre del 2018. Procedimiento o técnica de recolección de datos: Se contará con la autorización del comité de ética de la universidad y la autorización del hospital para proceder al recojo de datos del estudio. La técnica que se utilizará será el análisis documental y el instrumento será una ficha de registro de datos.

OSORIO YALÁN, ROSITA DE FÁTIMA; PALACIOS SÁNCHEZ, GLADYS NOELIA; PÉREZ CONTRERAS, KARINA ROSARIO; TREJO CHÁVEZ, MAGDALY MILEN (2016); (10) Objetivo principal determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina – EsSalud, octubre - diciembre 2015. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, la muestra lo conformaron 385 historias clínicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La información se recolectó a través de una ficha de registro de datos, utilizándose la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

ESCÁRRAGA ARANA, MARLLORY MISLANY (2017), (11) Objetivo: Determinar efectividad del sistema de Triage de Manchester para la Jerarquización y Manejo según riesgo clínico del paciente en estado de Emergencia. Materiales y Métodos: Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Son parte esencial de la enfermería basada en la evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el sistema Grade para asignar la fuerza de recomendación. Resultados: En la evaluación definitiva se eligieron 9 artículos, de los cuales el 55,55% (07) corresponden a España, un 22,22 % (01) de Estados Unidos, un 11,11% (01) a Costa Rica, y un 11,11% a Suiza respectivamente. Han sido estudiados en su mayoría los estudios de tipo cuantitativos, con un 55,55% Distribuidos entre los países de España, Estados Unidos y Suiza. De lo cual un 11,11% tenemos a estudios descriptivos cuantitativos prospectivos, transversales, comparativos y experimentales. Donde del total de artículos analizados del 100%

afirma que el Triage con el Sistema de Manchester es efectivo para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de emergencia. Conclusiones: Se evidencio que en la revisión sistemática de los antecedentes el 100% de las revisiones reconocen que el sistema de triaje de Manchester es efectivo para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de Emergencia.

Antecedentes locales

TAYPE HUAMANI, WALDO ; DE LA CRUZ-ROJAS, LUCILA ; MIRANDA-SOLER, DELCIO Y AMADO-TINEO, JOSÉ (2020); (12) Objetivo: Describir las características de los pacientes con demanda no urgente a la sala de emergencias de un hospital urbano de seguridad social. **Métodos:** Estudio observacional en un hospital de referencia. Muestreo aleatorio estratificado, 120 pacientes mayores de 14 años de prioridad IV (pacientes sin compromiso con funciones vitales o riesgo de complicaciones inmediatas, que pueden ser atendidos en la sala de pacientes externos o en oficinas descentralizadas). Se aplicó un cuestionario validado prediseñado. Realización de estadísticas descriptivas con IBM SPSS 24. **Resultados:** El 66% de los pacientes eran mujeres, las edades más frecuentes mayores de 65 años y entre 20-40 años. 47% eran trabajadores activos, con nivel de escuela secundaria o superior 86%, tenían 83% de teléfonos celulares personales y 73% de televisión por cable o internet en el hogar. El 63% llegó a la emergencia de transporte público, el tiempo de retraso al hospital fue de 30-60 minutos en el 50% de los casos y <30 minutos en el 28%. No conocía su centro de atención primaria 33%, nunca había recibido tratamiento antes en este 57% y no fue a otro centro de salud antes de su llegada de emergencia al 87%. Síntomas más frecuentes: malestar general, odinofagia, diarrea y dolor lumbar; con tiempo de presentación entre horas y días en el 91% de los casos. **Conclusión:** Los pacientes de consulta no urgente en la sala de emergencias son predominantemente mujeres, jóvenes y ancianos, que trabajan activamente, con un alto nivel de educación y acceso a tecnología de comunicaciones, residen cerca del hospital y no conocen su centro de atención primaria.

WILLINGTON GIANCARLO JIMENEZ TARAZONA ESTUARDO FERNANDO ESPINOZA CUEVA (2017); (13) Los profesionales de enfermería que laboran en emergencia en triaje, no se aplica el manual de atención, cabe recalcar existe edades diversas, predominantemente mujeres, que trabajan en su gran mayoría en más de dos lugares, su estado civil es oscilante, y el número de hijos diverso, cuentan con carga laboral, entre otros realizando cursos de post grado. Objetivo: Determinar los factores personales que influyen en la aplicación del manual de atención en triaje del servicio de emergencia de la clínica Ricardo Palma. Metodología: El estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo explicativo, de diseño no experimental, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico, es la técnica de muestreo donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. No se conoce la probabilidad con la que se puede seleccionar a cada individuo, censal, porque se definirá a toda la población para el estudio, bajo criterios de inclusión y exclusión. La técnica será el cuestionario y la guía observación, y como instrumentos se utilizará un cuestionario y una guía de observación, el consta de 7 preguntas con alternativas, para la cual se le asigno valores por escala de Likert de 0 hasta 3 puntos, la guía de observación consta por 17 ítems, se le asignará un 1 punto a la respuesta si y 0 puntos a la respuesta no, la escala de medición para la aplicación del manual será: Aplica 15 - 17 puntos, no aplica menor igual a 14 puntos. Este instrumento fue sometido a validación de contenido por juicio de expertos que estuvo conformado por 8 enfermeros especialistas en emergencias y desastres, 2 magísteres, se aplicó la V de Aiken, teniendo como resultado 1, posteriormente se aplicó a una muestra piloto, se utilizó el KR20 como prueba estadística para medir la confiabilidad, obteniendo 0.77 lo que nos indica que es confiable. Los resultados nos permitirán tener un conocimiento certero de una de una realidad del área de ix triaje, para posteriormente implementar estrategias para el mejoramiento de los factores que estén afectando la aplicación del manual.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Modelo de Virginia Henderson (14)

El modelo conceptual de Virginia Henderson, está relacionada a la función de la Enfermera que es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización

de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación, incluso asistirle en los últimos momentos, basadas en el conocimiento y voluntad, buscando la forma de ayudar a independizarse lo más pronto posible.

En la persona es imprescindible ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden a la independencia.

El entorno, factores intrínsecos y extrínsecos a la persona, y en relación a la salud se equipará con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas de la persona.

El valor filosófico, la enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales. La sociedad espera un servicio de la enfermera que no puede darle otro profesional.

ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.
- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar
- Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender a descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1 TRIAJE

DEFINICIÓN (11), (15)

El «*triaje* clasificación» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. La aplicación del *triaje*, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado *triaje* estructurado.

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triaje* deben ser:

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.

- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.
- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de *triaje* estructurado con una amplia implantación:

- La *Australian Triage Scale* (ATS)
- La *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS)
- El *Manchester Triage System* (MTS)
- El *Emergency Severity Index* (ESI)
- El Sistema Español de *Triage* (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del *Model Andorrà de Triage: MAT*

A nivel del estado español, la MTS y el SET son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión, aunque también coexisten con otros de implantación local, más adaptados a su propia realidad, como pueden ser el «Sistema Donostiarra de *triaje*» del Hospital Donostia, el Sistema de *triaje* de la red pública de hospitales de Navarra, estos dos sobre escalas de cinco prioridades, o el sistema de clasificación en base a escalas de cuatro niveles de priorización (Plan Andaluz de urgencias y Emergencias de la Consejería de Salud).

TRIAJE Y POR QUÉ ES NECESARIO (16)

Bajo condiciones normales, las primeras personas que necesitan atención médica la reciben. En condiciones menos “ideales”, alguien tiene que decidir quién recibe atención primero. Algunos centros de salud enfrentan estas decisiones a diario, aun sin desastre o emergencia de salud alguna. Sin embargo, los desastres naturales (como los terremotos) u otros eventos (como un accidente de tren o una bomba) pueden dejar una gran cantidad de personas heridas o enfermas al mismo tiempo. Cuando esto sucede, usted necesitará tomar decisiones acerca de la mejor asignación de atención médica cuando los recursos no sean suficientes para atender a todos los que

la necesitan. Este proceso se llama triaje. La meta del triaje es salvar la mayor cantidad posible de vidas. Durante una pandemia grave, usted puede esperar que el lapso de tiempo en que la necesidad de atención de salud es mayor que los recursos disponibles duren semanas o meses. Utilizar los recursos médicos escasos para atender a pacientes que tal vez estén muy enfermos, pero que probablemente morirán a pesar de los cuidados intensivos, puede provocar que otros pacientes menos enfermos no reciban tratamiento, se enfermen más y mueran. Cuando el triaje se hace de manera adecuada, produce el mejor resultado para el mayor número de personas. Sin un plan de triaje establecido, es más probable que los recursos se desperdicien y muera más gente. Por consiguiente, es fundamental que los municipios tengan un plan de triaje para casos de pandemia. Es muy importante para usted determinar con anticipación quién estará autorizado para llevar a cabo el plan de triaje. La necesidad de triaje probablemente cambia rápida y frecuentemente durante la ola pandémica, a medida que la epidemia alcanza su punto máximo y luego empieza a disminuir. La persona o grupo responsable de la planeación del triaje de pacientes deberá tener en cuenta la necesidad de recursos de atención de salud y la disponibilidad de dichos recursos a diario para luego comunicar a los proveedores de atención de salud el plan de triaje adecuado. Tal vez se necesiten servicios de seguridad para los centros y proveedores de atención de salud, si es que no es posible atender a las personas enfermas y el público entra en pánico o protesta violentamente contra las decisiones.

ATENCIÓN EN EMERGENCIA. (6)

Según la Asociación Médica Americana, es aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano; Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. También se dice que, en una emergencia, la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora.

URGENCIA: (16)

Según la Asociación Médica Americana (AMA), 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. Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como 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. Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: (16)

Contempla el desarrollo de infraestructura para el sector salud a través de la construcción, ampliación, adecuación, mantenimiento de instalaciones y la adquisición de equipos médicos y demás instrumentos para la prestación de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Comprendiéndose que el sistema de salud son todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas, cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios.

Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos. Por regla general, se reconoce cada vez más que para mantener y mejorar el grado de salud de la población del mundo, los gobiernos deben diseñar sistemas de salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos a las mujeres, los hombres y los niños, sin distinción alguna. La OMS ha contraído el compromiso de prestar asistencia a sus Estados Miembros en esa tarea.

TRIAJE COMO INDICADOR Y CONTROL DE CALIDAD (7)

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los SHU ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de *triaje* es como la «huella digital» del SUH, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del SHU en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de *triaje* implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son:

- El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trían, pero se van antes de ser visitados.
- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
- Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)

- Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de *triaje* y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de *triaje* estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de

cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio sanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

¿QUIÉN LLEVA A CABO EL TRIAJE? (16)

Dado que el *triaje* no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia interobservador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria el *triaje* es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad. Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema donostiarra de *triaje*).

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo. En este sentido algunos estudios concluyen que el *triaje* de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el *triaje* de enfermería aislado, sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el «*triaje* avanzado», en el que el profesional de enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicos preestablecidos. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. También deben ser aprobados por la estructura hospitalaria competente.

¿Cómo funciona el Protocolo de Manchester? (16)

La técnica es bastante simple, y consiste en clasificar a los pacientes que llegan al hospital en 5 niveles. Para realizar esta clasificación, el método utiliza 5 colores: Rojo, Naranja, Amarillo, Verde y Azul.

Cada color simboliza el estado en que el paciente se encuentra, determinando así la gravedad del caso. De la misma manera, cada color utilizado determina un tiempo máximo para que la atención ocurra, estableciendo, así, las

prioridades de atención. Para facilitar, tenemos una tabla que muestra mejor de forma visual el significado de los colores y el tiempo de atención, a continuación:

Clasificación de emergencias (triaje Manchester) (16)

Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	Color	Tiempo de espera
1	RESUCITACION	ROJO	Atencion de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 – 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Emergencia En Salud: (16) Se entiende por emergencia en salud a toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.

Emergencia masiva: (16) es un suceso que afecta el funcionamiento cotidiano de una comunidad, pudiendo generar víctimas afectando la estructura social y económica de la comunidad involucrada.

Emergencia individual: (16) cuando afecta a un solo individuo o a un núcleo familiar.

ESCALA DE TRIAJE DE 5 PRIORIDADES (12)

Sistema de selección y clasificación que se basa en un procedimiento asistencial de carácter diagnóstico de pacientes de acuerdo a su estimación de riesgo de vida y estado clínico con la finalidad de priorizar la atención de los pacientes en estado de emergencia y/o urgencias, llamado índice de severidad de emergencia.

Cabe indicar que los Servicios de Emergencia General, Gineco-Obstetricia, Pediátrica se ha adoptado dicha escala de 5 prioridades:

Prioridad I Resucitación: pacientes de gravedad súbita extrema donde el riesgo de vida es inminente.

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma con Signos vitales anormales

Prioridad II Emergencia; paciente donde el riesgo de vida requiere atención médica mediana definitiva en un tiempo vital.

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en box de Emergencia naranja.

Prioridad III Urgencia: paciente requiere evaluación y atención médica en el servicio de Emergencia donde la vida del paciente no está comprometida.

Paciente que no presenta riesgo de muerte, ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el box de Emergencia.

Prioridad IV Urgencia Menor Poco Urgente: paciente presenta una patología que Compromete un solo órgano o sistema y requiere tratamiento ambulatorio en forma periódica. Pacientes sin compromiso de funciones vitales, ni riesgo de complicación inmediata, se tratan síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo al caso; Prioridad

Prioridad V. Sin Urgencia-No Urgente: paciente acude por un problema que no Compromete ningún órgano o sistema y no requiere ningún tratamiento urgente o Emergente.

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que Asista a cita.

Tiempo de espera: El tiempo que se puede demorar una revaloración depende del tiempo de realización de exámenes paraclínicos o radiológicos que se hayan indicado, por lo cual el paciente debe esperar de 2 horas a 6 horas en promedio, máximo 12 horas.

Tratamiento stat: Es la primera administración de tratamiento frente a la necesidad del paciente, relacionado a mitigar el dolor, hipertermia, etc.

Evaluación médica: Es el proceso de examinar a alguien para averiguar el estado de su salud para diagnosticar una presunta enfermedad

Triaje de enfermería El triaje es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada al centro hospitalario para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso apropiado para el cuidado del problema identificado.

Área De Triaje: (16) área física del Servicio de Emergencia destinada a la actividad de Triaje. Su ubicación es previa al ingreso a los servicios de emergencia de fácil acceso para personas y unidades móviles, próxima al tóxico y Shock Trauma. Dispone de conexión telefónica y soporte informático.

Atención Ambulatoria: (16) Es la atención de salud en la cual un paciente que no está en condición de Urgencia y/o Emergencia acude a un establecimiento de salud con fines de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación, y que no termina en internamiento. Es el régimen de la atención de salud que por el lugar donde se desarrolla puede ser dentro del establecimientos (intramural), o fuera de este (extramural); siendo que la atención ambulatoria intramural se desarrolla preferentemente en la UPSS.

Atención Médica: Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.

Autogenerado: (16) Es un código que permite identificar en los sistemas al afiliado titular y sus derechohabientes. Está compuesto por letras y números (alfanumérico) y se genera considerando los datos personales del asegurado.

Ayuda Al Diagnóstico En Emergencia: (16) Las áreas de ayuda al Diagnóstico son: Laboratorio, Imagenología y Farmacia, las que deben estar ubicadas muy cerca o dentro del área de emergencia.

Capacidad Resolutiva: (16) Está referida a la capacidad de cada IPRESS de acuerdo a su categoría y nivel de complejidad, de otorgar prestaciones con fines de diagnóstico y terapéuticos, las cuales están determinadas, entre otros, por los servicios, recursos humanos, especialidades y equipamiento del IPRESS. Se subdivide en: **Capacidad Resolutiva Cualitativa**, cuando se refiere al tipo de especialidad o equipamiento con que cuenta el IPRESS; y, **Capacidad Resolutiva Cuantitativa**, cuando se refiere a la cantidad de especialistas o equipamiento con que cuenta.

Botiquín es el **conjunto de los medicamentos** y elementos que se guardan en este tipo de objetos y al ambiente donde se depositan.

Por lo general un botiquín permite realizar curaciones básicas y atender accidentes y dolencias leves. Muchas veces cuentan con información (teléfonos, direcciones, etc.) de utilidad para los casos en los cuales la persona necesita una atención más avanzada.

Varios son los elementos que se consideran imprescindibles en cualquier botiquín. Como: Dispositivos médicos; puede contener instrumental quirúrgico básico; incluso un termómetro

Entre los medicamentos fundamentales que deben existir en el botiquín están unos antitérmicos, analgésicos, y también unos antiinflamatorios e incluso para unas pomadas para lo que son quemaduras; es fundamental que se encuentren dentro de su envase para evitar que puedan emplearse de forma inadecuada o equivocada

Además de conocer qué elementos básicos son necesarios en un botiquín, también es fundamental tener en consideración otra serie de aspectos sobre el mantenimiento del mismo y su utilización; debe encontrarse fuera del alcance de los niños. Es importante que se encuentre en óptimas condiciones de humedad o de temperatura puedan cambiar de forma considerable.

Capítulo III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

¿QUÉ ES UN PLAN DE GESTIÓN? (18)

Un plan de gestión es un diseño sobre la mejor forma de manejar la organización durante sus actividades cotidianas y a largo plazo.

I. ANALISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA:

Listado de problemas:

- Espera prolongada a primera evaluación.
- Desplazamiento engorroso de pacientes y familiares provocan congestión y demora en tópicos.
- Congestión de pasadizos, sala de espera.
- Permanencia innecesaria de pacientes (proceso de ingreso – estancia y alta de pacientes). Tiempo de espera de hospitalización de pacientes prolongado.
- Espera prolongada para el ingreso al servicio.
- Circulación excesiva de pacientes para obtención de medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica y auxiliares.
- Distribución de box y tópicos (cantidad) provocan congestión.
- Personal estresado por embalse de pacientes.

2. Priorización del problema

a) MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
Espera prolongada al primera evaluación	3	3	3	3	3	15
Desplazamiento engorroso de pacientes y familiares provocan congestión y demora en tópicos.	3	3	2	3	3	14
Congestión de pasadizos, sala de espera	3	3	3	3	2	14
Permanencia innecesaria de pacientes (proceso de ingreso – estancia y alta de pacientes). Tiempo de espera de hospitalización de pacientes prolongado	3	2	3	3	3	14
Espera prolongada para el ingreso al servicio	3	3	3	3	2	14
Circulación excesiva de pacientes para obtención de medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica y auxiliares.	3	3	3	3	2	14
Distribución de box y tópicos (cantidad) provocan congestión	3	3	2	3	3	14
Personal estresado por embalse de pacientes.	3	3	2	3	2	13

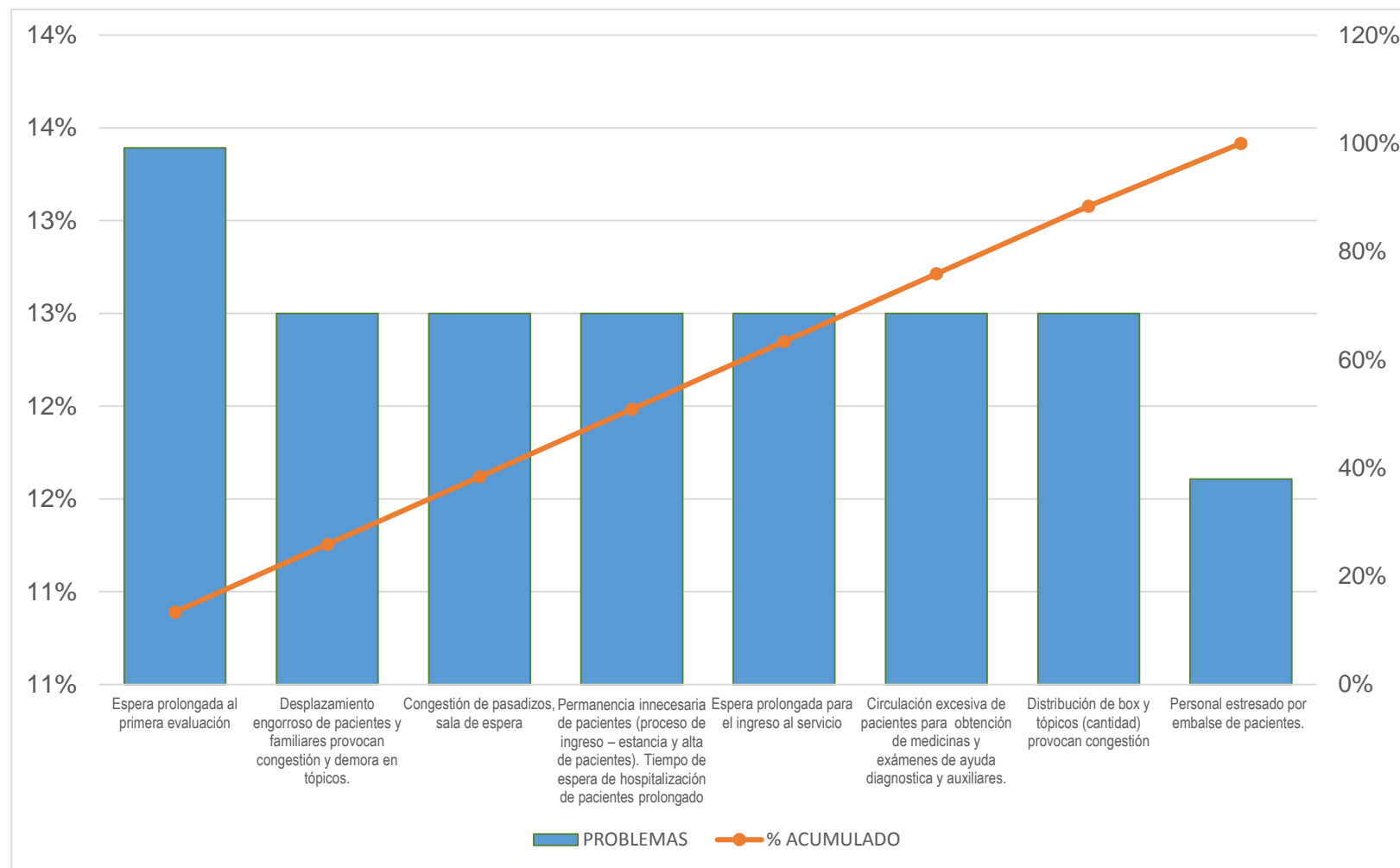
Leyenda de priorización de problemas:

Alto : 3

Medio : 2

Bajo : 1

b) Diagrama de Pareto.

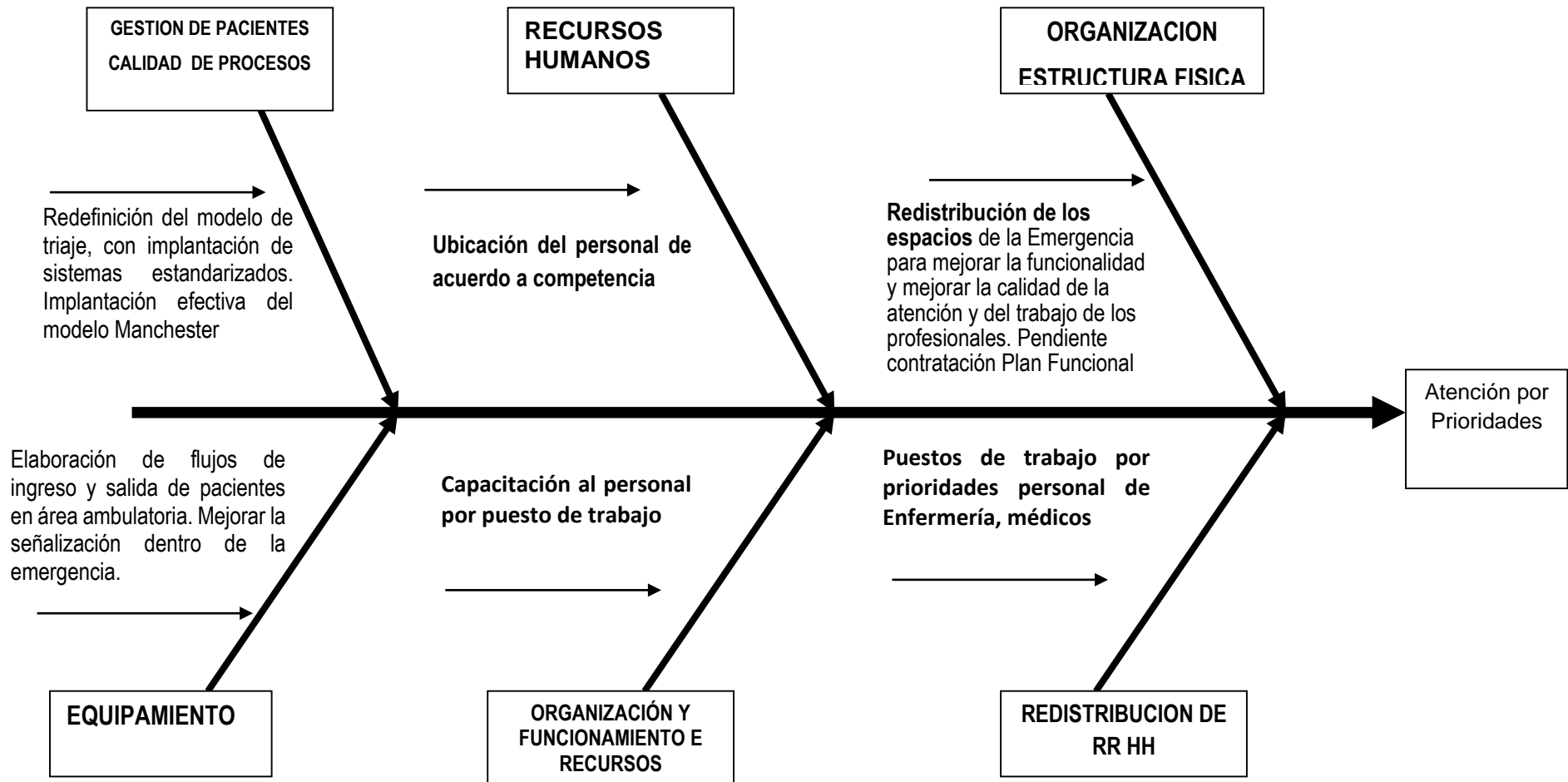


Describir las causas y efectos negativos de la problemática, apoyándose con diversas herramientas y técnicas de análisis como:

Diagrama de Pareto de la priorización de problemas “Implementación del proceso de atención de pacientes categorizado por prioridades en el servicio de emergencia adultos del HNERM-noviembre 2017 a marzo 2018”

c. Descripción de las causas y efectos

Diagrama Ishikawa



- c) Describir las causas y efectos negativos de la problemática, apoyándose con diversas herramientas y técnicas de análisis como:

FODA (debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Personal especialista en emergencias y desastres - Personal capacitado en triaje - Experiencia labora - Priorización de casos - Trato humanizado - Compromiso de equipo de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal insuficiente - Implementación con equipos biomédicos - Puestos de trabajo con personal Insuficiente - Falta de motivación laboral
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Contar con infraestructura - Reducir la circulación de pacientes en la emergencia para atención en diferentes áreas - Mejorar la eficiencia del servicio - Mejor capacidad en el servicio. - Disminuir los tiempos de espera - Disminuir las quejas de pacientes y familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto a la norma de un acompañante por paciente, para disminuir la afluencia de público en el área de tópicos - Evitar la pérdida de tiempo de los profesionales por la atención a los familiares - Revaluación, Sobre demanda de pacientes de otras redes - Disminución en la calidad del servicio - Estrés y sobrecarga laboral

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PROBLEMAS-CAUSAS-CONSECUENCIAS

Problema priorizado	Causas	Consecuencias
Espera prolongada al primera evaluación	Embalse de pacientes en tópicos, sin distinción de área de atención	Insatisfacción de pacientes y familiares
Desplazamiento engorroso de pacientes y familiares provocan congestión y demora en tópicos.	Circulación de pacientes en la emergencia para recoger medicinas, exámenes de ayuda diagnóstica y otros.	Incremento del tiempo de estancia en tópicos mayor a 5 horas.
Congestión de pasadizos, sala de espera	Tópicos mal ubicados	Congestión de pasadizos de pacientes y familiares
Permanencia innecesaria de pacientes (proceso de ingreso – estancia y alta de pacientes). Tiempo de espera de hospitalización de pacientes prolongado	Demora de personal en la atención a pacientes, deficiente gestión de camas en pisos de hospitalización	Un desempeño laboral con limitaciones.
Espera prolongada para el ingreso al servicio	Triaje con personal insuficiente	Embalse de sala de espera
Circulación excesiva de pacientes para obtención de medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica y auxiliares.	Ubicación de farmacia y áreas de exámenes de ayuda diagnóstica	Demora en la obtención de atención
Distribución de box y tópicos (cantidad) provocan congestión	Tópicos insuficientes con puestos de trabajo limitados	Funcionamiento aislado del equipo de salud.
Personal estresado por embalse de pacientes.	Embalse de pacientes en tópicos – inyectables ,tópico de medicina, cirugía	Incremento de quejas.

II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

a) Generalidades

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, antiguo Hospital del Empleado, creación del Seguro Social en Perú, diseño moderno para su época.

El nombre actual, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se le otorgó el año de 1981 en mérito al doctor y periodista Edgardo Rebagliati Martins, el ícono y figura de la seguridad social de nuestro país, quien tuvo la tarea loable de organizar e instalar el funcionamiento de la seguridad social en el Perú, siendo Gerente General de la Caja Nacional de Seguro Social y, después, del Seguro Social del Empleado, programando la construcción y equipamiento de hospitales emblemáticos de la Seguridad Social. De esta manera, es considerado el Precursor y Fundador de la Seguridad Social en el Perú

El Hospital empezó a funcionar a finales de los años 50 del pasado siglo, considerado como el centro asistencial de más alta capacidad resolutive del Seguro Social del Perú, cuenta con 14 pisos, todas las especialidades de referencia, elevado grado de especialización, incluida la realización de trasplantes, dispone de excelentes profesionales y de equipos de alta tecnología electro médica. Atiende a una población aproximada de cerca de 2 millones de asegurados de toda la red prestacional.

En los más de 60 años de vida, esta institución ha ido adaptándose a los cambios sociodemográficos, tecnológicos, laborales y sanitarios, de acuerdo con los requerimientos planteados por los distintos agentes y demanda de usuarios grupos de presión existentes en ese momento.

b) Campo de Aplicación

Una de las necesidades urgentes consistió en la construcción de un nuevo edificio en el recinto hospitalario. Esta infraestructura que en principio iba destinada a centro de emergencias para Lima Metropolitana, con posterioridad fue empleada para albergar el servicio de emergencias del propio Hospital, El 31 de marzo de 2016 se inauguró el nuevo Centro de

Emergencia, una moderna infraestructura que cuenta con cinco pisos, equipos médicos de alta tecnología consta de 5 pisos se encontraba desconectada física, organizativa y funcionalmente del resto de la institución. El resultado final de esta decisión ha conllevado una situación no responde a las necesidades y expectativas de los afiliados y beneficiarios del EsSalud, genera desmotivación a sus profesionales en el desempeño de su labor, es objeto de insatisfacción y críticas por familiares y por los pacientes y conlleva una inadecuada utilización de los recursos.

El servicio se encuentra equipado con: Capacidad instalada de 186 camas, de las cuales: 162 serían para observación, de esas 6 camas individuales para pacientes aislados: 03 infectocontagiosos y 03 inmunosuprimidos debidamente equipados, 10 camas de recuperación y 14 para la Unidad de Cuidados críticos de Emergencia. (UCI3), unidad de dolor torácico, unidad de Cuidados intermedios, 03 salas de operaciones; Un tomógrafo de 128 cortes,

Un angiógrafo; Un ecógrafo, (consultorio),

Centro de radiología intervencionista (CERIN 5),

Salas de procedimientos neumológicos, oftalmológicos,

Área de patología clínica (Laboratorio, Banco de sangre,)

Centro de servicio de ambulancia,

En el segundo piso se encuentra el nudo crítico

01 Tópico de shock trauma

01 Tópicos de medicina 5 box

02 Tópicos de Cirugía

03 Tópicos de traumatología

01 Tópicos de inyectables de enfermería

01 Tópico De alivio

01 Triaje

Unidad desinfección de terapia respiratoria

Área de admisión

Relaciones públicas

Vigilancia

c) Objetivos definidos

- Redefinición del modelo de triaje, con implantación de sistemas estandarizados. Implantación efectiva del modelo Manchester (ya prevista implementación del triaje Manchester)
- Reducir desplazamientos de los pacientes y familiares
- reducir la circulación de pacientes en la emergencia para recogida de medicación dotando de botiquines las diferentes áreas, y realizando de pactos de consumo que incluyan pactos de sustitución terapéutica.

d) Posibles soluciones

A- reducir la circulación de pacientes en la emergencia para recogida de medicación dotando de botiquines las diferentes áreas, y realizando de pactos de consumo que incluyan pactos de sustitución terapéutica

B- agilizar el circuito de recepción de resultados de laboratorio, mediante la dotación de equipos en los tópicos para que los facultativos puedan consultar los resultados e tiempo real. Realizar las extracciones en los tópicos. Establecer tiempos máximos de respuesta por tipo de estudio analítico.

C- mejorar la calidad percibida a pacientes y familiares

- Incidir en el respeto a la norma de un acompañante por paciente, para disminuir la afluencia de público en el área de tópicos y evitar la pérdida de tiempo de los profesionales por la atención a los familiares. Indirectamente mejorará el ambiente ruidoso y se evitarán algunas situaciones conflictivas.
- Mejorar la señalización dentro de la emergencia.
- redefinir el papel del personal voluntario, dirigiéndolo a acompañamiento de pacientes, agilización de trámites e información a familiares.
- Recuperar un modelo tradicional de información a familiares cuando la situación actual de saturación se resuelva
- espacios adecuados y suficientes de sala de espera.
- cambiar las camillas en la zona de reevaluación por sillones.
- entrega al paciente de informe clínico de egreso.

- adoptar alguna solución para mejorar la confidencialidad y evitar llamadas a viva voz (llamadas por números, monitores, etc.)
- Retirar a los digitalidores del control en la zona de tópicos de cirugía.

e) **Establecer acciones para la solución:** en esta fase es necesario asignar tareas a cada miembro del equipo; se sugiere aplicar diferentes herramientas para la solución de problemas que se han identificado, entre ellas están:

1. Planificación estratégica

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsables	Recursos
Espera prolongada al primera evaluación	Admitir pacientes categorizados por prioridades	Cumplir con el 99.9% hosp p1; 90% hosp p2; 10% hosp en p3 y 100% de pacientes en alta	Modelo de clasificación de pacientes Manchester (prioridades I, II, III, IV y V) modificando el porcentaje de la clasificación de pacientes existente	Octubre 2017	Febrero 2018	Enfermera en jefe, de servicio	Cronogramas Reuniones Resúmenes estadísticos
Desplazamiento engorroso de pacientes y familiares provocan congestión y demora en tópicos.	Reducir la circulación de pacientes y familiares	Paciente solo ingresa con acompañante a p2 y p1	LABORATORIO Solicitud de pruebas de laboratorio informatizadas. Visualización de los resultados en pantalla en todas las áreas de emergencias, se han dotado de computadores suficientes.			Enfermera en jefe, de servicio	Cronogramas Reuniones Resúmenes estadísticos
Congestión de pasadizos, sala de espera	Admitir acompañamiento solo a pacientes de p2y p1					Enfermera en jefe, de servicio Coordinadores de grupo y turno fijo	Cronogramas Reuniones Resúmenes estadísticos
Permanencia innecesaria de pacientes (proceso de ingreso – estancia y alta de pacientes). Tiempo de espera de hospitalización de pacientes prolongado	Mejorar el sistema de gestión de camas.			Desplazamiento del personal del Laboratorio para la toma de muestras, a las diferentes áreas de la Emergencia. Respuesta en 1 hora de los resultados de laboratorio.			Enfermera en jefe, de servicio

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsables	Recursos
Espera prolongada para el ingreso al servicio	Agilizar la atención en vigilancia y triaje1 hacia P2 Y P3	Mejor calidad profesional en el servicio.	<p>Establecer capacitaciones por grupos con el fin de no alterar el flujo de atención en el servicio.</p> <p>FARMACIA Solicitud de recetas informatizada. Botiquines en todas las áreas de la Emergencia, y reposición por el personal de Farmacia.</p>			Enfermera en jefe, de servicio Coordinadores de grupo y turno fijo Coordinadores de grupo y turno fijo	Cronogramas Reuniones Información y comunicación constante
Circulación excesiva de pacientes para obtención de medicinas y exámenes de ayuda diagnóstica y auxiliares.	Reducir la circulación de pacientes y familiares	Implementar las prioridades con botiquines básicos y RRHH	Administración del tratamiento stat, laboratorios e imagenología en el tiempo previsto por prioridades.			Enfermera en jefe, de servicio Coordinadores de grupo y turno fijo	Cronogramas Reuniones Información y comunicación constante
Distribución de box y tópicos (cantidad) provocan congestión	Distribución de tópicos por prioridades	Implementar con equipo biomédico y electromecánicos que correspondan	Identificar prioridades y ubicación por necesidad			Enfermera en jefe, de servicio	Cronogramas Reuniones Información y comunicación constante
Personal estresado por embalse de pacientes	Solicitar apoyo de USSOMA	Mejorar el ambiente laboral.	Sesiones para el manejo de estrés.			Enfermera en jefe, de servicio	Cronogramas Reuniones Información y comunicación constante

f. Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																																				
	Agosto 2017 Semana 1-4					Setiembre 2017 Semana 5-8				Octubre 2017 Semana 9-12				Noviembre 2017 Semana 13-16				Diciembre 2017 Semana 17-20				Enero 2018 Semana 21-24				Febrero 2018 Semana 25-28				Febrero 2018 Semana 29-32							
Análisis interno y del entorno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																											
Desarrollo y socialización de propuestas y aportes												X	X	X	X	X	X																				
Presentación aplicación del modelo															X	X	X	X	X	X								X	X								
Evaluación del avance																	X	X	X	X																	
Valoración del cumplimiento																											X	X	X	X	X			X	X	X	X

III. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

ACTIVIDADES	Cumplimiento en la fecha	Cumplimiento fuera de la fecha
<ul style="list-style-type: none"> - Rediseño de ambientes equipamiento biomédico, complementario y mobiliario clínico. - Botiquines para tratamiento Stat - Implantación del Triaje 1 y 2 y prioridades 1,2,3 4, y 5 	X	
<ul style="list-style-type: none"> - Programación selección del Recurso humano por puestos de trabajo. - Socialización del proceso de atención por puestos de trabajo. 	X	
<ul style="list-style-type: none"> - Control y priorizar atención en prioridad 4 y 5. (dos consultorios médicos más tópico de Enfermería). - Coordinar con jefes de servicio para las hospitalizaciones de prioridades 2 y 3. - Coordinar activación del comité de Altas. - Registro y monitoreo del proceso de implementación 	X	
<p>Reunión de coordinación con jefe de áreas clínicas y cuidados críticos, Departamento de Enfermería permanente.</p>	X	
<ul style="list-style-type: none"> - Registro de derivaciones a policlínicos, desde triaje y prioridades 4 y5 - Altas de prioridades. - Hospitalización en salas de observación de prioridades, asi como transferencias a otras redes. 	x	

a) Cumplimiento del plan de acuerdo a lo que se proyectó.

El plan se cumplió en un 90% que es aceptable, por ser un hospital de capa compleja y capacidad resolutoria máxima los ingresos a nivel de las redes son coordinados por emergencia, que por la categoría de pacientes deben ser aceptados, para su ingreso.

Este proceso ayudo a mejorar el flujo de circulación de pacientes por categoría de diagnóstico, demostrado que el rol que cumple los enfermeros y el equipo multidisciplinario.

Por otro lado, la brecha de oferta de recurso humano, de 125, enfermeras y en técnicos de enfermería 154, que no se ha completado aun, y por la necesidad de cubrir la demanda de atención de traumatología y neurocirugía se ha proyectado la ampliación de salas de operaciones, y observaciones exclusivas para estas especialidades que estarían acondicionadas y entran en funcionamiento en agosto del 2018.

b) Valoración del cumplimiento de plan

El plan se desarrolló de forma regular cumpliendo con todos los objetivos.

Objetivos	Indicadores	Si	No
A. Reducir la circulación de pacientes en la emergencia para recoger la medicación dotando de botiquines las diferentes áreas, y realizando de pactos de consumo que incluyan pactos de sustitución terapéutica	El 100% de los pacientes de tópicos salen con su medicación. 100% de pacientes de consumos realizados a medio plazo	X	

Objetivos	Indicadores	Si	No
<p>B. Agilizar el circuito de recepción de resultados de laboratorio, mediante la dotación de equipos en los tópicos para que los facultativos puedan consultar los resultados e tiempo real. Realizar las extracciones en los tópicos. Establecer tiempos máximos de respuesta por tipo de estudio analítico.</p>	<p>Número de pacientes en que se recibe el resultado en los tiempos previstos/total de pacientes remitidos a laboratorio.</p>	X	
<p>C. Mejorar la calidad percibida a pacientes y familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidir en el respeto a la norma de un acompañante por paciente, para disminuir la afluencia de público en el área de tópicos y evitar la pérdida de tiempo de los profesionales por la atención a los familiares. • Indirectamente mejorará el ambiente ruidoso y se evitarán algunas situaciones conflictivas. • Mejorar la señalización dentro de la emergencia. • Redefinir el papel del personal voluntario, dirigiéndolo a acompañamiento de pacientes, agilización de trámites e información a familiares. • Recuperar un modelo tradicional de información a familiares cuando la situación actual de saturación se resuelva • espacios adecuados y suficientes de sala de espera. 	<p>Nº de reclamaciones en la emergencia/ total de pacientes atendidos.</p> <p>Nº de pacientes satisfechos / total de atendidos</p> <p>Nº pacientes con informe de alta, altas tanto en tópicos como en observación / total de pacientes dados de alta.</p> <p>Nº de pacientes satisfechos con la atención del personal de voluntariado/ total de pacientes atendidos (encuesta)</p>	X	

Objetivos	Indicadores	Si	No
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar las camillas en la zona de reevaluación por sillones. • Entrega al paciente de informe clínico de egreso. • Adoptar alguna solución para mejorar la confidencialidad y evitar llamadas a viva voz (llamadas por números, monitores, etc.) • Retirar a los digitalizadores del control en la zona de tópicos de cirugía. 			
<p>Adecuar, ingresos, estancias y altas en observación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolización Clínica de los procesos asistenciales en la emergencia para los procesos más frecuentes en la emergencia. Estos protocolos incluyen criterios de ingreso, referencia y contra referencia de gran utilidad. - Identificar el riesgo social al ingreso, para planificar el destino del paciente al alta. - Realizar una valoración funcional al ingreso. BARTHEL o similares. - Identificar desde el ingreso los pacientes con mal pronóstico para orientar el destino al alta y facilitar el alta precoz. 	<p>Número de pacientes riesgo social valorado desde el ingreso sobre el total de pacientes con riesgo social al alta.</p> <p>Número de pacientes con índice de Barthel al ingreso (> 65 años) sobre el total de pacientes > 65 años</p> <p>Disminución de la mortalidad en la observación de la emergencia</p>		X

IV. EVALUACIÓN

a) Plan de evaluación.

Mediante los objetivos e indicadores se evaluó el plan de gestión durante los cuatro meses siguientes. Se evalúa con las estadísticas de pacientes atendidos en prioridades, número de pacientes hospitalizados, y otros.

Asimismo, se ha seguido las siguientes pautas:

Verificar que las actividades se cumplan en los tiempos y fecha establecidos.

IMPACTO:

- Disminución del tiempo de estancia en tópicos en 15 minutos.
- Control de consumos por tópico

Supervisar de forma periódica como se está desarrollando las actividades, según lo planificado, asimismo medir constantemente los indicadores.

Impacto:

- Disminución del tiempo de estancia en tópicos a la mitad del actual
- 80 % de las pruebas no superan el tiempo máximo por tipo de estudio

Elaborar cuadros estadísticos de logros alcanzados, así como el referente.

Cuadro 1

Comportamiento de atención de pacientes atendidos antes del plan de mejora

PI	172 pacientes	2,96%
PII	520 pacientes	8,95%
PIII	2517 pacientes	43,34%
PIV	2354 pacientes	40,54%
PV	244 pacientes	4,20%

Tabla: % egresos a domicilio, por nivel de triaje

NIVEL TRIAJE	2015	2016	2017
I	6,0%	4,1%	4,5%
II	66,6%	71,1%	67,3%
III	93,1%	60,3%	88,6%
IV	92,5%	87,9%	89,3%



- Se realiza informes diarios, seguimiento constante en horarios de alta demanda
- Se realiza informes de los riesgos durante la adaptación a los nuevos procesos, así como el replanteo de lo planificado.
- Reuniones técnicas de mejora continua con el equipo gestor.

b) **Informe sobre la evaluación.**

Triaje en la puerta de entrada con el objetivo de conseguir que los pacientes que no requieren actuación inmediata, de prioridades IV y V, se clasifiquen en un pretriaje anterior a la emergencia y derivarlos a otros niveles de atención (policlínicos).

Refuerzo del triaje **en los horarios de mayor demanda** con mayor número de médicos y enfermeras. WhatsApp.

Consulta rápida ubicada al lado del triaje de la puerta, y consulta en el área de consultorios externos del Hospital (consultorio 31), en horario de mañana y tarde, para la atención de aquellos pacientes que lo requieran de los clasificados como P IV.

Información a la población de las medidas, a través de paneles informativos, de documento escrito y de pantallas de televisión.

Laboratorio, gestión de muestras in situ

Farmacia; implementación en prioridades con botiquines para brindar tratamiento stat, independiente del coche de paro que tiene el uso

protocolizado, pendiente informatización de recetas debido a que equipo y sistema de gestión de recetas esta en proceso de instalación.

Gestión de pacientes:

- **Activación del Comité de altas hospitalarias** según Resolución de Gerencia nº 547 GHNERM – GRPR – ESSALUD septiembre 2017.
- **Orden del Gerente Clínico de dar altas en el fin de semana**, en el Hospital Rebagliati. En la Emergencia notificación de dar altas de forma continua, con vigilancia permanente por parte de la enfermería y de los médicos, en lugar de comportarse como una sala de hospitalización.
- **Solicitud a los especialistas** la resolución de los pacientes a su cargo que están en la emergencia, por ser los responsables de su atención.
- **Visitas informativas con el Gerente** de la Red Prestacional a los diferentes niveles de atención (policlínicos). Desplazamiento de los jefes de la urgencia a los policlínicos para informar y consensuar las derivaciones de pacientes.
- **Sala de prealtas** funcionando **24 horas**.
- **Términos de Referencia (TDR)** para contratar recursos asistenciales alternativos (clínicas pacientes crónicos, paliativos, rehabilitación) Hospital Militar.
- **Hospitalización a domicilio** (COPHOES).
- **Modificación de circuitos establecidos** para revisión de pacientes que no deben ser atendidos en la Emergencia
Procedentes de especialidades, hematología, nefrología Transfusiones de paquete globular, plasma y plaquetas., turno tarde
Pacientes de urología (cambio sonda)
Radiología URVI (preparación de pacientes para radiología Intervencionista).
Endocrinología curaciones de pacientes con Pie diabético.
Reevaluación de pacientes de traumatología (consultorio 65)
Pacientes para intervenciones quirúrgicas no urgentes (neurocirugía- estancia mayor a 60 días, traumatología estancias mayores a 30 días, cirugía general, oftalmología procedimientos e intervenciones quirúrgicas.
- **Interconsultas informatizadas** y respuesta rápida.
Como podemos observar en el gráfico de acuerdo a las metas planteadas

Establecer acciones para la solución: en esta fase es necesario asignar tareas a cada miembro del equipo; se sugiere aplicar diferentes herramientas para la solución de problemas que se han identificado, entre ellas están:

- a) Planificación estratégica y operativa

ASIGNACION DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES POR GRUPO OCUPACIONAL


GRUPO OCUPACIONAL	ACTIVIDADES	
Vigilante de seguridad	1 Recepción del paciente 2 Registro de seguridad	
Triaje	4. Valoración del paciente 5. Priorización	
Administrativos de Admisión	3. Identificación del paciente como asegurado 6. Registro en Admisión 9. Impresión de pruebas complementarias. 15. Registro administrativo	
Personal asistencial en prioridades	7. Anamnesis y Exploración 10. Evaluación clínica 11. Prescripción de medicación 14. Alta de tópico	
Pruebas complementarias (Laboratorio y Radiodiagnóstico)	12. Pruebas complementarias	
Farmacia	13. Recogida de medicación	
Enfermería	14. Administración de medicación	

LEYENDA: números en actividades corresponden al flujo del proceso de atención del paciente.

NÚMERO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN REGIMEN LABORAL Y GRUPO OCUPACIONAL. EMERGENCIA ADULTOS. HNERM. EsSalud. 01 DICIEMBRE 2017.

REGIMEN/GRUPO OCUPACIONAL	ENFERMEROS	TÉCNICOS DE ENFERMERÍA	AUXILIARES ASISTENCIALES
276	17	19	3
728	113	46	8
CAS	76	89	2
TOTAL	206	154	13

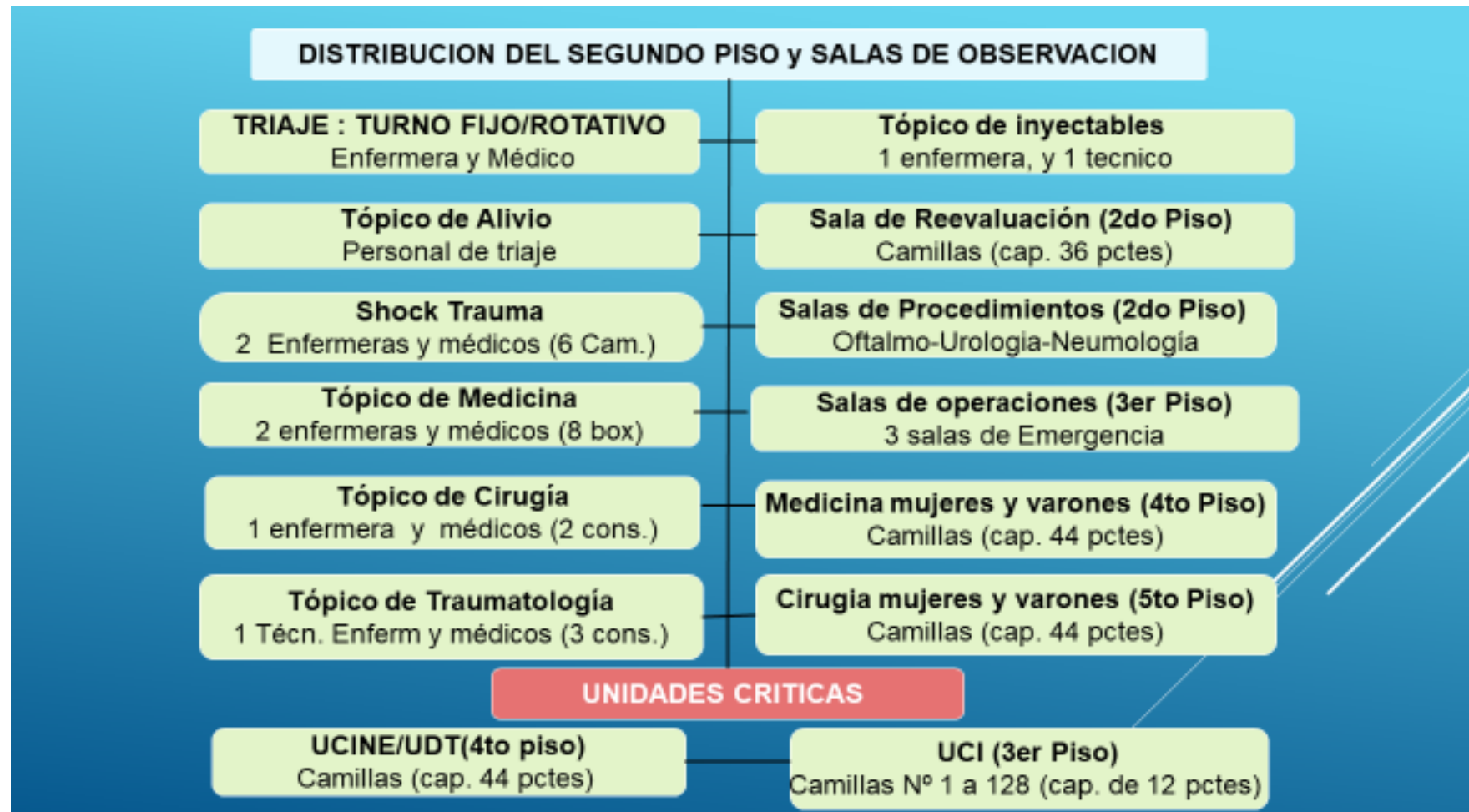
Fuente.- Base de datos.

RECURSOS HUMANOS AL 20 DE DICIEMBRE 2018 

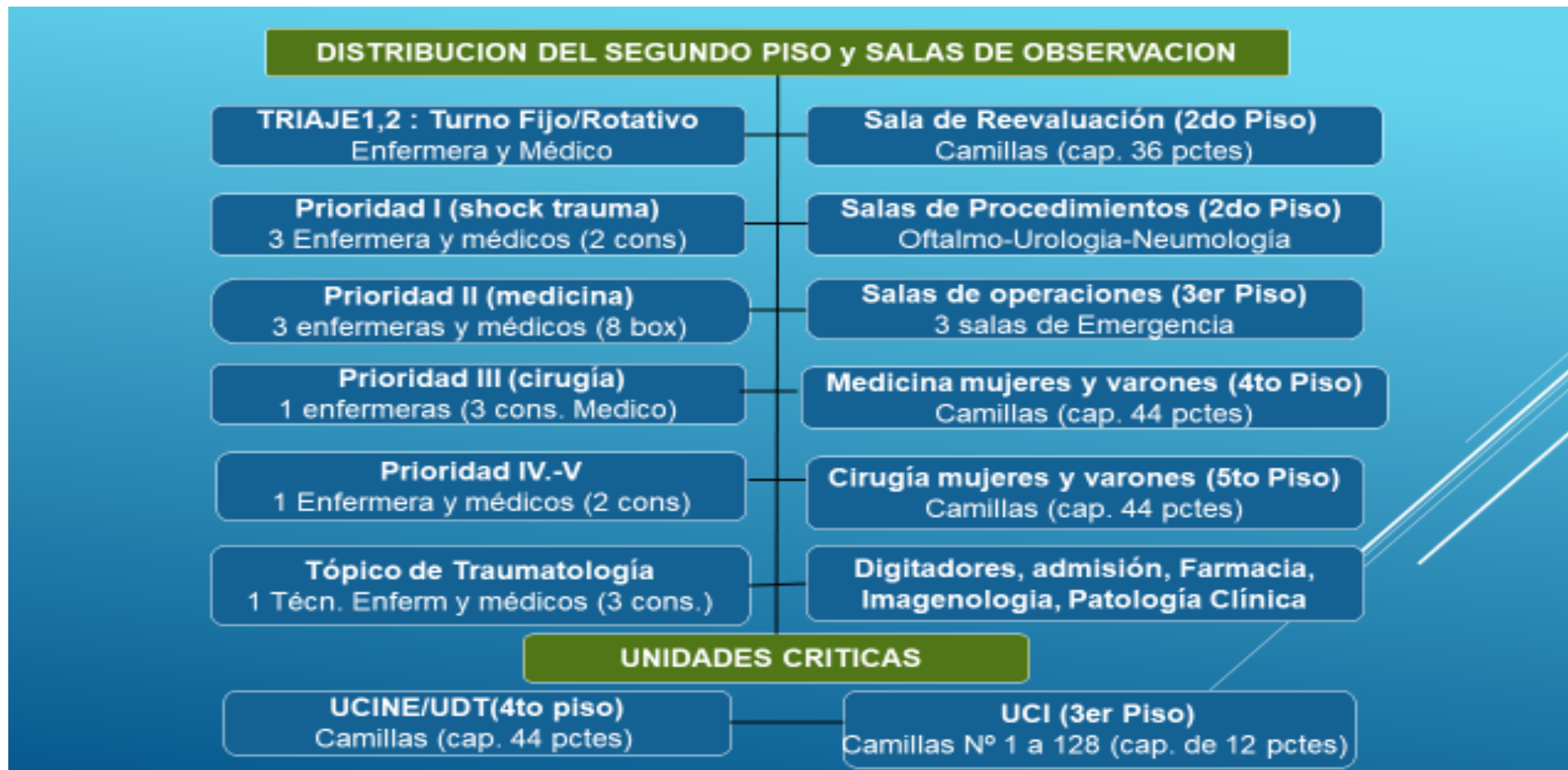
NÚMERO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN REGIMEN LABORAL Y GRUPO OCUPACIONAL. EMERGENCIA ADULTOS. HNERM. EsSalud. 20 DICIEMBRE 2018.

REGIMEN/GRUPO OCUPACIONAL	ENFERMEROS	TÉCNICOS DE ENFERMERÍA	AUXILIARES ASISTENCIALES
276	18	18	3
728	154	60	6
CAS	80	81	2
HP	0	02+2	01
TOTAL	252	159	11

DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTES DEL SEGUNDO PISO ANTES DEL PLAN DE MEJORA



DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTES DEL SEGUNDO PISO DESPUES DEL PLAN DE MEJORA



Listado de Diagnósticos por % de atención en el Servicio de Emergencia Adultos-
HNERM 2016-2017

ITU	2,09	4,30%	no hay razón aparente para observacion
Dolor abdominal	1,63	4,04%	puede requerir hasta el diagnóstico
Insuficiencia Respiratoria	4,33	2,88%	estabilizar: alta o ingreso
Infeción intestinal	1,47	2,63%	no hay razón aparente para observacion
ACV	2,73	2,37%	no hay razón aparente para observacion
Hemorragia digestiva	2,09	2,34%	hasta estabilizar
Fiebre	1,96	2,30%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Abdomen agudo	1,52	2,22%	puede requerir hasta el diagnóstico
Neumonía	3,24	1,61%	alta o ingreso
Cefalea	1,44	1,55%	no hay razón aparente para observacion
Insuficiencia renal	2,41	1,48%	no hay razón aparente para observacion
HTA	1,72	1,29%	no hay razón aparente para observacion
Anemia	1,94	1,28%	no hay razón aparente para observacion
Apendicitis	1,36	1,28%	puede requerir hasta toma de decisión, horas
Traumatismo de cabeza	2,90	1,23%	puede requerir hasta el diagnóstico
Ileo u obstruccion	2,75	1,19%	puede requerir hasta el diagnóstico
Celulitis	2,54	1,10%	no hay razón aparente para observacion
Pancreatitis	2,09	1,07%	alta o ingreso
Colecistitis	1,69	0,90%	alta o ingreso
Hipotension	2,66	0,89%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Dorsalgia	1,29	0,89%	no hay razón aparente para observacion
Diabetes	2,72	0,85%	no hay razón aparente para observacion
Hematuria	2,66	0,79%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Dolor pecho	1,63	0,78%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
AVC	2,22	0,77%	no hay razón aparente para observacion
Insuficiencia cardiaca	2,21	0,66%	estabilizar: alta o ingreso
Dolor precordial	1,55	0,65%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Embolia/trombosis venosa	3,02	0,64%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Ictericia	3,19	0,58%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Colecistitis	2,30	0,56%	no hay razón aparente para observacion
Síncope	2,00	0,55%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Calculo renal	1,48	0,53%	hasta estabilizar
Esguince tobillo	1,42	0,51%	hasta tratar
Cancer de cerebro	6,47	0,48%	ingreso o alta
Convulsiones	3,46	0,47%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Arrimia	2,75	0,47%	hasta estabilizar
Nauseas y vomitos	1,73	0,44%	hasta diagnóstico, no más de unas horas
Derrame pleural	3,52	0,42%	hasta diagnóstico, no más de unas horas

FUENTE: ESTADISTICA DIARIA SERVICIO DE EMERGENCIA ADULTOS-HNERM 2016-2017

CONCLUSIONES:

- Implementación del triaje Manchester para la categorización de paciente por prioridades.
- La redistribución y reubicación de tópicos por prioridades en el segundo piso.
- Prioridad I shock trauma cuenta con dos enfermeras, dos técnicos, 6 camillas. 100% se hospitalizan.
- Se instala área de triaje 1 a cargo de un médico y una enfermera y un auxiliar en enfermería que valora y evalúa al paciente derivar directamente shock trauma, prioridad IV y V, o domicilio solo pueden recibir tratamiento stat.
- Triage 2 reevalúa a pacientes para derivar a prioridades II y III, que incluye evaluación y monitoreo cardiaco.
- Prioridad II, medicina y cirugía 8 box, dos unidades equipadas con monitor multiparametro 80% se hospitalizan.
- Prioridad III, medicina 3 box cuenta con tópico de Cuidados de Enfermería incluye administración de tratamiento stat, implementado con botiquín.
- Prioridad III cirugía 3 dos boxes, 3 box de traumatología, implementado con tópico de cuidados de Enfermería da uno cuentan con tópico de in se hospitalizan entre el 40 % y se dan alta precoz.
- Pasadizos descongestionados y pacientes con atención
- Prioridad priori implementación de prioridades, con recursos humanos y equipamiento biomédico es decir cada prioridad cuenta con médicos, licenciados en enfermería y personal técnico en enfermería.
- Prioridad IV y V, solo se atiende tratamiento stat, y son derivados a policlínico de su red, o domicilio, y funciona hasta las 22 horas,
- Triage 1 funciona solo en turno diurno, mientras se cubra la brecha de oferta demanda, son personal de turno fijo. Diurno.
- Segundo piso se implementa con enfermera coordinadora que facilita y promueve la atención de pacientes dentro del tiempo esperado.
- Se encuentra en proceso de tamizaje de pacientes provenientes de consulta Externa Endocrino, oftalmología, Traumatología y neurocirugía, habilitando consultorios en turno tarde, para atención de dolencias crónicas o agudas,

así como de procedimientos radiología intervencionista y neumología que requieren hospitalización.

- Servicio de Patología Clínica toma muestras en cada box de pacientes, y resultados sistematizados, excepto los de microbiología que aún no se encuentra en Red.
- Servicio de farmacia previa coordinación implementa con botiquín con medicamentos básicos para atención stat, medicinas que son repuestas al finalizar el turno.
- Capacitación constante del personal durante la implementación de los flujos de atención a pacientes en las diferentes prioridades
- Descongestionamiento de pasadizos permitiendo disminución de exposición a riesgos a caída y otros.
- Disminución de quejas por espera prolongada para primera atención de pacientes.
- Se presenta una síntesis de las ideas principales sustentadas en el trabajo y la opinión personal que se deriva del análisis del tema tratado.

RECOMENDACIONES

- Cubrir la brecha oferta demanda de recursos humanos, para optimizar los procesos de cuidado de enfermería, en prioridades.
- Activación del comité de gestión de camas en pisos del Hospital Rebagliati
- Mantener horario de atención de pacientes crónicos en consulta Externa; endocrinología, medicina interna (seguimiento de pacientes crónicos en uso de antibióticos), Traumatología. (acta de compromiso)
- Radiología Intervencionista, mantener el uso de dos camillas en área de manejo rápido con estancia hospitalaria no mayor de 24 horas.
- Continuar con seguimiento de pacientes agudo crónico con tratamiento antibiótico en consulta externa derivados de prioridad 4 y 5

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Davidson R. Protocolo Manchester: Mejorando el Triage y la priorización en la Atención : medica". Qualiex, blog de la calidad. 2018 junio; 19(17).

Handerson PRHPyT. La Globalización de la medicina de emergencia y su importancia para la Salud Pública. BOLETIN DE LA SALUD. 2006 May; boletín OMS 84(10)(1).

Susana Castiglione MByRH. Áreas de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud OCompilación de legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina. 006th ed. OPS/OMS , editor. Washington, DC: OPS/OMS; 2010.

Peru MdS. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia 2006. Primera ed. Salud Md, editor. Lima: Ministerio de Salud; 2007.

Marcos Mesias Fernandez RRG. Percepción en Enfermeras y Médicos del Sistema de Triage en el Servicio de Urgencias de un Hospital Clínico Universitario. Revista electrónica Científica de Enfermería, ISSN-e. 2018 Diciembre; ISSN-e 1989-6409(16-2018).

Cobo JFL. Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Fenderson y los Lenguajes NNN. primera, ed. J1574-2010 jCBVyJFL, editor. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad 42-1º-D y bajo 23006; 2010.

Eliás Castro Gonzales MVLMDMCAAFSG. Validez de ISistema de Triage Manchester en la Predicción del Volumen de Transportes e ingresos. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias. 2013 noviembre; 30 36619(30).

Rocío GG. Repositorio insitucional Universidad Oviedo-España. [Online]. España; 2013 [cited 2020 mayo junio 2020 2 a la 30. Available from: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/20366>.

Camila Amthauer MICdC. Sistema de Triage Manchester. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016 Agosto; Vol.24 Ribeirão Preto 2016(Print version ISSN 0104-1169On-line version ISSN 1518-8345).

Guerra Perales jLHR_MhPH. "Pioridad de Atención segun Traije y tirmpo de espera en pacientes del Servicio de Emergencia en un hospital deLima. 2018 Octubre dicembre; 1(1).

Fatima OYRd, Noelia PSG, Rosario PCK, Trejo Chavez MM. repositorio de la Universidad Peruana Caytano Heredia. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo a junio del 01 al 30. Available from: [URI: http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/641](http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/641).

Mislany EAM. Efectividad del Sistema de Manchester para la Gerarquización y Manejo Clinico del Paciente en estado de Emergencia. 1st ed. 1 , editor. LIMA: n; 2017.

Taype Huamani Waldo, De La Cruz Rojas Lucila, MirandaSoler Delcio, Amado Tineo José. Caracteristicas de la Demanda No Urgente en el Servicio de Emergencia en un Hospital de la Seguridad Social en el Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019 Octubre; 20(20).

Cueva. WGCJTEFE. Factores personales en la Aplicación del Manual de Aatención en Triage del Servicio de Emergencia Clinica Privada de San Isidro 2017. 1st ed. LIMA , editor. Lima: LIMA.

W. Soler MGMEbAA. El Triage: Herramienta Fundamental en Urgencias y Emergencia. Anales del Sistema Sanitario de NVARRA. 2010 set.; 33(33).

EsSalud. Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Atencion de Salud Atención de Urgencias Emergencias Psiquiatricas. In MARTINS HNER, editor. Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de

Atención de Salud Atención de Urgencias Emergencias Psiquiátricas. Lima: ESSALUD; 2019. p. 150.

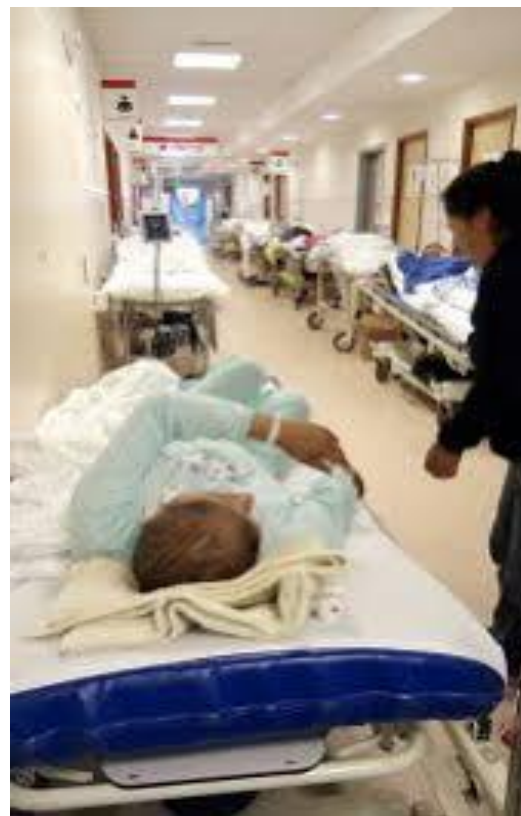
Barquin JCC. Validación de un Sistema de Triage T.A.P. en Urgencias de Atención Primaria (TESIS DOCTORAL). 1st ed. Oviedo U, editor. España: Universidad Oviedo; 2013.

INDEX. INDEX. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo a julio 1 al 30. Available from:

https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=dwnland&category_slug=tools&alias=856_leadership-modulo5&Itemid=1179&lang=en.

ANEXOS

Antes de la implementación del plan de mejora
CONGESTIÓN DE SEGUNDO PISO

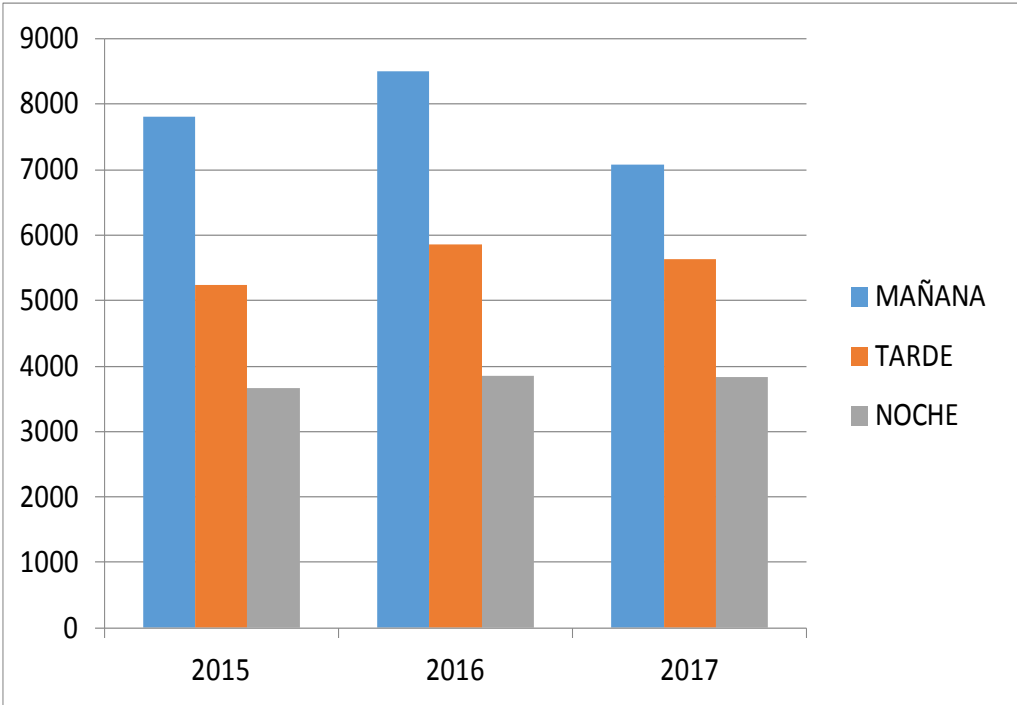
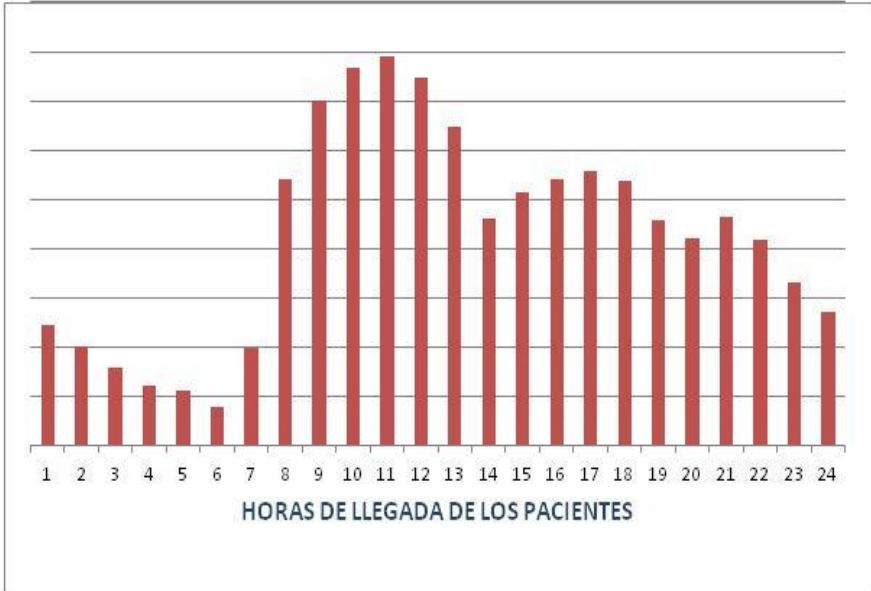


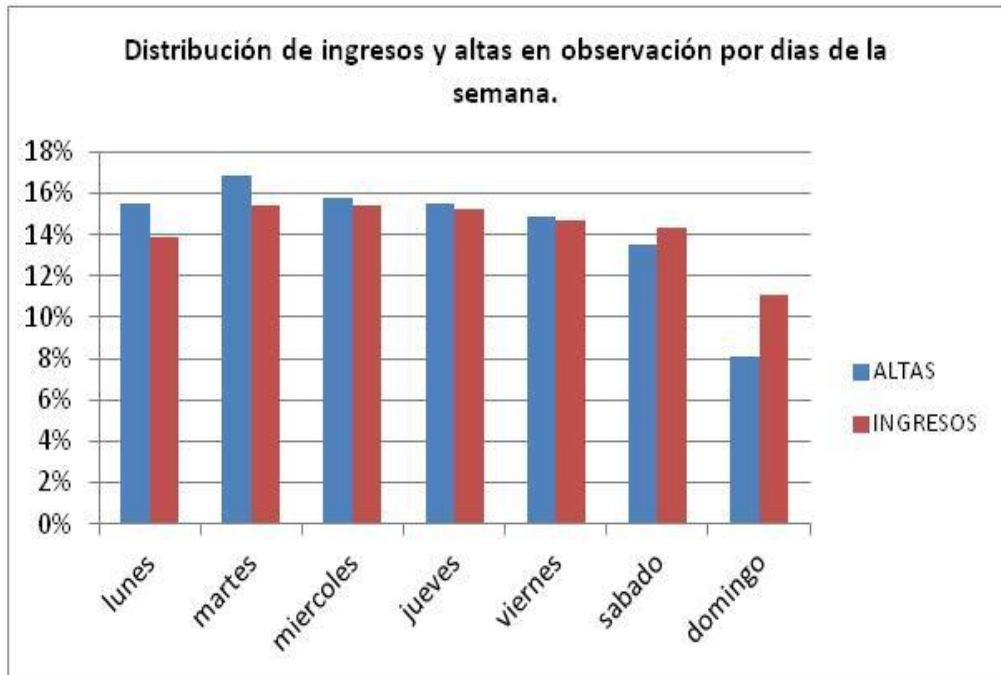


DESPUES



El 45% de las atenciones son en el horario de mañana





REDISEÑO DE SEGUNDO PISO

DISTRIBUCION DIARIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA						
DIA	Mañana		Tarde		Noche	
	Enf.	Téc	Enf.	Téc	Enf.	Téc
Enf. Jefe						
Enf. Sub Jefe						
Enf Coordinadora						
TRIAJE 1 (PUERTA PRINCIPAL)						
TRIAJE 2 (SEGUNDO PISO)						
PRIORIDAD IV-V (PRIMER PISO)						
PRIORIDAD I (SHOCK TRAUMA)						
PRIORIDAD I (SHOCK TRAUMA)						
PRIORIDAD I (SHOCK TRAUMA)						
PRIORIDAD III – I (EX TCA)						
PRIORIDAD III - II (EX TCA)						
PRIORIDAD II – I (EX TMA)						
PRIORIDAD II – II (EX TMA)						
PRIORIDAD II – Iii (EX TMA)						
TOPICO DE CIRUGIA						
TOPICO TRAUMATOLOGIA						
INTERCONSULTAS						
PROCEDIMIENTOS						
UTR						
REEVALUACION 1 del 2 al 12						
REEVALUACION 2 del 13 al 24						
REEVALUACION 3 del 25 al 36						
REEVALUACION 4 del 37 al 48 Y 61-62-63 (COLA 1)						