



FACULTAD DE POSGRADOS

PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS  
(SU) EN CLINICA CRUZBLANCA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

MSc. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autor

M.D Luis Eduardo Dueñas Viteri

Año  
2017

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Susana Janneth Larrea Cabrera  
Magíster  
C.C. 1709576597

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR**

“Declaro(amos) haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

---

Lidia Margarita Romo Pico  
Magíster  
C.C. 1703714087

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE**

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

---

M.D Luis Eduardo Dueñas Viteri.  
C.C 1304359910.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mis padres Gonzalo y Alexandra**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, pero más que nada, por su amor y su ejemplo constante que me ha permitido ser una persona de bien; Dios los tiene en su gloria bailando un tango eterno.

### **A mis maestros, especialmente a Fausto, Pablo, Luis, Rodolfo y Susana.**

Que marcaron cada etapa, y me ayudaron a resolver dudas a lo largo de este camino, así como en la elaboración de este trabajo

### **A mi amada esposa Pilar**

Como tu nombre lo dice, has sido un pilar en mi vida; tu apoyo y aliento me motivaron a seguir, cuando parecía que me iba a rendir

### **A mis hijas Gladys y Jennifer**

Quienes han sido el motor de mi vida

## RESUMEN

Este trabajo permite conocer la proporción de visitas inadecuadas y sus factores asociados en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; y plantea opciones de mejora a este uso. Esta proporción se ha determinado mediante los diagnósticos clínicos más frecuentemente atendidos, relacionando la gravedad de los mismos; las horas de llegada de los usuarios, días de atención, grupos etarios; a fin de realizar un diagnóstico del uso actual evaluando las razones por las que acuden a Urgencias y no a Consulta externa. Para ello se utiliza el análisis de los datos registrados en el sistema de Historia Clínica digital del servicio.

Los datos muestran que cerca de un 68% de las atenciones realizadas en el servicio corresponden a Infecciones agudas de vías respiratorias superiores, diagnósticos que no presentan per se, criterios de gravedad para que sean clasificados como urgentes; las horas de atención muestran un pico en horarios cercanos a la hora de almuerzo de las oficinas, y en la tarde luego de la salida de las mismas. El problema que afecta al servicio de urgencias es el uso excesivo, debido al uso inadecuado por parte de los usuarios.

Se plantea el ordenamiento del proceso de atención, clasificando las urgencias en reales y sentidas, priorizando la atención a las reales; y derivando las que no lo sean; hacia una consulta externa a demanda, dentro de la institución. Además iniciar un programa de educación, para fomentar el uso adecuado del servicio de urgencias y disminuir el uso incorrecto por parte de los usuarios, esto optimizará costos y recursos.

## ABSTRACT

The aim is to know the proportion of inadequate visits to CruzBlanca Clinic emergency department; their associated factors, and propose options for improvement to the misuse of this service. This proportion was determined through the analysis of more frequent diagnostics, relating the gravity thereof; hours of arrival of the users, days of use of the service, age groups; in order to make a diagnosis of the current use of the emergency service; and analyse the reasons why they come to emergency and not go to external consultation. The methodology used is the analysis of the data recorded in the system of digital clinical history of the service.

The data show that a nearly 68% of attention conducted correspond to acute infections of the upper respiratory tract, diagnoses that pose no serious criteria to be classified as urgent. Hours of attention show a peak in lunch hours; and in the afternoon the peak is after business hours. The problem affecting the Emergency Department is excessive use, due to the inappropriate use by users

We suggest mainly, the ordering of the care process, classifying emergencies in real and heartfelt, giving priority attention to the real; and tapping which are not; towards to a demand attention, within the institution. In addition; start an education program, in order to promote the proper use of the Emergency Department and reduce misuse by users, this will optimise costs and resources.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
Objetivo general .....	4
Objetivos específicos .....	4
1. CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Antecedentes .....	5
1.2 Razones por las que se escogió el tema.....	6
1.3 Planteamiento del problema.....	7
1.4 Pertinencia del tema a desarrollar .....	11
1.4.1 La atención en urgencias.....	12
1.5. Metodología.....	14
1.6. Resultados esperados .....	14
1.7. Conclusiones del capítulo:.....	15
2. CAPÍTULO II. MARCO TEORICO E INVESTIGACION..	17
2.1 Estudios similares que se hayan realizado previamente ...	17
2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente .....	19
2.3 Hallazgos de la revisión de la literatura académica.....	24
2.4 Datos de la investigación .....	26
2.5. Conclusiones del capítulo .....	31
3. CAPITULO III. PROPUESTA DE OPTIMIZACION Y MEJORA DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) EN CLINICA CRUZBLANCA .....	34
3.1 Análisis de los hallazgos previo al plan .....	34
3.1.1 Hallazgos del primer semestre 2015 .....	34

3.1.2 Hallazgos del primer semestre 2016 .....	35
3.1.3 Diagnósticos más frecuentes.....	35
3.2 Problemas encontrados.....	36
3.3 Consecuencias que genera.....	37
3.4 Soluciones propuestas.....	38
3.4.1 Establecer un sistema de triage. ....	38
3.4.2 Establecer una consulta externa a demanda.....	39
3.4.3 Establecer el pago de un bono adicional por cada procedimiento realizado. ....	40
3.4.4 Educación al paciente .....	42
3.4.5 Establecer un sistema de información cruzada .....	44
3.5 Conclusiones del capítulo.....	44
<b>4. CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>46</b>
4.1 Conclusiones.....	46
4.1.1 Aportes logrados en el campo de la investigación.....	47
4.1.2 vacíos que presenta la investigación .....	47
4.2 Recomendaciones .....	47
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

## INTRODUCCIÓN

En muchos países del mundo la demanda de atención en los servicios de urgencia para atenciones que realmente no lo son, ha sido por mucho tiempo un serio problema. El uso inadecuado de estos servicios puede producir más perjuicio que beneficios; se ha señalado en múltiples ocasiones que “la salud es un derecho” (Constitucion del Ecuador, 2008); pero el mal uso de ese derecho, es perjudicial y costoso.

“La atención médica de urgencia no es un lujo para los países ricos o las personas ricas de los países pobres, la atención de urgencia puede contribuir considerablemente a reducir las discapacidades y las defunciones evitables en los países de ingresos bajos y medios. Pero la atención de urgencia se ha de planificar bien, tiene que contar con apoyo a todos los niveles -nacional, provincial y comunitario-, y debe tener en cuenta todo el espectro asistencial, desde la aparición de un evento médico agudo en la comunidad hasta la prestación de la atención apropiada en el hospital. Se producen urgencias en todas partes, y esas urgencias consumen cada día recursos haya o no haya sistemas capaces de conseguir buenos resultados”. (Olive C. Kobusingye)

Esta amplia descripción y muy encomiable en países de ingresos bajos y medios, puede llevar a grandes abusos en países de ingreso medio alto. Esto se ha manifestado por el gran incremento de la demanda de atenciones en los servicios de urgencias; por situaciones que realmente no lo son y que generan riesgos para la calidad de atención, así como costos económicos elevados, considerando que en el sector salud los recursos siempre serán limitados.

A fin de aclarar conceptos se darán definiciones aceptadas universalmente; de lo que es: Niveles de atención, Emergencia, Urgencia, Cuidado Médico Urgente, Atención médica, atención médica de urgencia consulta médica, que sean pertinentes para establecer el punto de este trabajo de titulación:

## **Nivel de atención médica**

“Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Los niveles de atención son una forma de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. En el primer nivel de atención se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo recibir una atención oportuna y eficaz” (Vignolo, 2011)

## **Emergencia**

Se deriva del lat. *emergens, -entis*, emergente. Se define como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. “Atención médica que se recibe en el servicio de emergencias de un hospital” (Diccionario RAE, 2001)

“Aquella patología que sin tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. Requiere de atención médica inmediata cara a cara (solo se resuelve si usted atiende al paciente) La subcomisión de urgencias en España la define como un grado superior a la urgencia siendo la Emergencia Médica aquella *urgencia vital*, entendida como sinónimo de, que se corresponde con aquella situación en la cual existe un *peligro inmediato, real o potencial, para la vida* del paciente, o riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención cualificada sin demora”. (Villatoro, 2005)

## **Urgencia**

Se deriva del latín. *Urgentia*; cualidad de urgente, y se señala además que es – “Sección de los hospitales en los que se atiende a los enfermos y heridos

graves que necesitan cuidados médicos inmediatos.” (Diccionario RAE, 2001) – “Se podría considerar entonces como algo que requiere atención inmediata, desde el punto de vista etimológico. Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados. También toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.” (Villatoro, 2005)

### **Cuidado médico Urgente**

“Es el cuidado médico dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en deterioro, causar daño, prolongado o temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo. Requiere de atención médica dentro de las 24 horas de la aparición o notificación de la existencia de una condición urgente”. (Villatoro, 2005)

### **Atención Médica**

“Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos” (D. R. Secretaría de Salud, 2012)

### **Atención médica de urgencias**

“Conjunto de servicios que se proporcionan en forma inmediata al individuo cuando se encuentra en peligro la vida, un órgano o una función” (D. R. Secretaría de Salud, 2012)

## **Consulta médica**

“Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado” (Diccionario RAE, 2001)

## **Triage**

“El término proviene del francés “to sort” clasificar, el método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. La prioridad es para los pacientes en las condiciones más urgentes”. (Villatoro, 2005)

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo es conocer la proporción de visitas inadecuadas del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; sus factores asociados; y plantear opciones de mejora al uso inadecuado de este servicio

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Realizar un diagnóstico del uso actual del Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca

Analizar las razones por las que acuden a Urgencias y no a Consulta externa.

Plantear el ordenamiento del proceso de atención en urgencia procurando clasificarlas en urgencias reales, y urgencias sentidas.

Proponer un sistema que incluya educación al usuario, para fomentar el uso adecuado del servicio de urgencias y disminuir el uso incorrecto.

# 1. CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Antecedentes

El autor de este trabajo de titulación, labora en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca II nivel de atención, por más de 4 años; durante este tiempo, ha observado que existe una alta demanda de pacientes que no requieren realmente dichos servicios. El autor realizó un trabajo para la materia de métodos cuantitativos en la especialización de administración de instituciones de salud de la UDLA, en el tema de “entorno cercano” y tomando en cuenta estas consideraciones; se hizo una recopilación y análisis de datos de las atenciones a los usuarios del Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca durante el mes de Noviembre de 2015; mediante los cuales, se pudo determinar que los primeros 10 diagnósticos no correspondían a cuadros de gravedad pertinente, como para ser atendidos en un Hospital de Especialidades de II nivel, donde se ubica este servicio de urgencias.

También fue evidente el incremento de atenciones a partir de las 11:00, y en la tarde en horas de salida de oficinas llegando hasta las 20:00 y 21.00 horas; un comportamiento similar se mantiene, incluso en fines de semana; porque tal como han referido muchos usuarios al autor, “es cuando los pacientes tienen tiempo”

Se resalta además que existen días en los que se elevan los requerimientos de atención, que son especialmente lunes y viernes, además de atenciones en fin de semana, especialmente sábados en la mañana, y domingos por la tarde.

El atender usuarios que no tienen criterios de urgencia, ocasiona varios inconvenientes entre los que principalmente se encuentran:

La saturación del servicio; especialmente en horas pico - en la mañana en horario de almuerzo - y en las tardes, luego de horas laborales.

Retraso en la atención a usuarios que realmente requieren una atención urgente;

Disminución de la calidad asistencial debido a que los pacientes no urgentes; generan un factor distractor hacia los que realmente lo necesitan y requieren observación.

## **1.2 Razones por las que se escogió el tema**

Con estos antecedentes se plantea evaluar los datos del primer semestre de 2015 y del primer semestre de 2016 en el sistema de historia clínica digital de atenciones de la Clínica Cruz Blanca, donde el autor desempeña funciones de coordinación del área de Urgencias; y se lidia constantemente con esta situación. Se ha podido determinar varias razones que se piensa son las causas de los mismos; los cuales ya fueron señalados a la Dirección Médica de la institución, en un correo a propósito de una queja presentada por una usuaria. Principalmente que la clínica no cuenta con Consulta externa en la misma ubicación, y que en el centro médico, no hay disponibilidad de citas.

Se espera basarse en las observaciones que se han realizado en el día a día de la labor en el Servicio de Urgencias de Clínica Cruz Blanca, para poder presentar soluciones viables a este problema, con este objetivo en mente; y a fin de resaltar lo que se menciona, hemos realizado una selección de motivos de consulta; realmente absurdos para ser atendidos en Urgencias, que se presentaron en el primer semestre de 2016; y que se pueden encontrar en el anexo 1.

Es de Señalar que el uso inadecuado de los Servicios de urgencias (SU) es una situación que se presenta en todos los niveles y centros de atención de urgencias, tanto privados como públicos, tal es así que el Ministerio de Salud del Ecuador realizó hace varios años una campaña y dio disposiciones para que los pacientes en los hospitales de segundo y tercer nivel fueran atendidos

solo si venían con una referencia médica de un nivel inferior; es decir, que no podían llegar por si mismos a un área de urgencia hospitalaria, sin antes haber sido atendidos en un nivel primario. Esto está señalado en el Modelo de atención Integral de Salud cuando dice “La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento” (MSP MAIS, 2013)

### **1.3 Planteamiento del problema**

En el análisis realizado en Nov 2015 del Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca, institución de II nivel de atención; se observó que se realizaron en promedio 2019 atenciones, entre adultos y niños; de las cuales un 45% se encuentra entre los 10 diagnósticos más frecuentes.

De estos 10 diagnósticos más frecuentes hasta un 61,6% se pueden clasificar como no adecuada; especialmente relacionadas a infecciones agudas de vías respiratorias superiores; el diagnóstico más frecuente es Rinofaringitis, (resfriado común) y luego Diarrea; el cual si puede ser considerado una atención urgente, por el peligro de deshidratación; luego otras variaciones de Infecciones respiratorias altas, y estos seguidos por infecciones urinarias y lumbago, que por presentar intenso dolor; y a veces limitación de la movilidad, pueden ser considerada urgencia; junto con los dolores abdominales de variada etiología que si son una urgencia; estos diagnósticos de urgencias reales, se considera que en su conjunto constituyen un 38,4% de los 10 diagnósticos más frecuentes en el Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca.

La gran cantidad de pacientes que acuden por problemas no relevantes para ser atendidos en un servicio de urgencias II nivel de atención, (MSP MAIS,

2013) disminuye la calidad de atención a otros usuarios que lo requieren con más premura, y sobrecargan de trabajo al médico de Urgencias, lo cual se piensa puede causar problemas que deriven en demandas por mal praxis.

Tabla 1. Diagnósticos más frecuentes Nov 2015

Diagnostico	Total
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	205
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	159
Faringitis aguda, no especificada	132
Amigdalitis aguda, no especificada	105
Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	92
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	80
Lumbago no especificado	43
Otros dolores abdominales y los no especificados	39
Neuralgia y neuritis, no especificadas	29
Laringofaringitis aguda	28
Total general	912

Tomado de: sistema de historia clínica digital de atenciones de Clínica Cruz Blanca

De los 10 diagnósticos más frecuentes; el 61,6% son infecciones de vías respiratorias superiores, el 38.4 % corresponde a otros diagnósticos, de los cuales el más frecuente es diarrea. Estos 10 diagnósticos más frecuentes corresponden al 45% del total de las tenciones realizadas en Nov 2015

Se sabe por opinión de varios autores que un 20 – 25% de las atenciones en urgencias pueden no serlo realmente (Castaño Castrillon, 2009) , aunque se han encontrado porcentajes mayores cercanos al 40% (Ochoa, 2000). Sin embargo en el caso del Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca, este porcentaje es mucho mayor. Los usuarios muchas ocasiones saben que su caso no requiere atención prioritaria, pero como se ha señalado “muchos están conscientes de que su requerimiento no es urgente; sin embargo igual acuden, porque piensan que el área de urgencias es el sitio donde mejor le pueden solucionar el problema”. (Burnett, 1996);

Esto demuestra que nuestro servicio de urgencias, no está dando la atención requerida de una unidad de segundo nivel de atención, ya que las atenciones realmente corresponden a un primer nivel de atención, debido principalmente al uso mal dirigido de los usuarios. Se espera plantear opciones de mejora a fin de organizar de mejor manera, y en forma integral la utilización, por parte de los usuarios, ya que se trata de una población limitada.

Tabla 2. Análisis FODA del servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca

<p><b>FORTALEZAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El servicio atiende los requerimientos de los usuarios.</li> <li>- Se cuenta con personal capacitado para atender todo tipo de urgencias y emergencias.</li> <li>- Existe disponibilidad inmediata de servicio de Laboratorio e Imagen</li> <li>- La institución Cuenta con un call center para asignar citas</li> <li>- Los precios son accesibles y acorde al mercado</li> </ul>	<p><b>OPORTUNIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de Atención Integral de Salud establece niveles de atención y procedimientos oportunos</li> <li>- Falta de protocolos nacionales establecidos por MSP, para el manejo de los diagnósticos más frecuentes</li> <li>- Quejas de los clientes por <i>demora</i> en la atención lleven a acciones correctivas.</li> <li>- Fomentar posicionamiento de la marca.</li> <li>- Poder adquisitivo de usuarios acorde a los precios</li> <li>- Educar al usuario para que haga un uso adecuado del servicio</li> </ul>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio físico reducido para atender urgencias reales,</li> <li>- Falta de un sistema de Triage</li> <li>- Excesivo uso de los servicios de laboratorio y radiología</li> <li>- Excesiva carga laboral del personal profesionales médico y paramédico del centro.</li> <li>- Alta gerencia favorece al usuario a fin de mantener el cliente</li> <li>- No hay forma de dirigir al usuario antes que llegue a urgencias, no existe pre consulta telefónica</li> <li>- No hay consulta externa en la clínica.</li> </ul>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nueva legislación vigente (COIP, ley de m. prepagada) fomenta petición exámenes innecesarios.</li> <li>- El desconocimiento de usuarios, se asocia a un decremento de oportunidad de atención a pacientes más graves.</li> <li>- El call center es solo para agendar citas no para pre consulta telefónica, a pesar de percepción de los clientes</li> <li>- Falta de seguro que proteja al médico por malpraxis derivada de la sobrecarga de trabajo.</li> </ul>

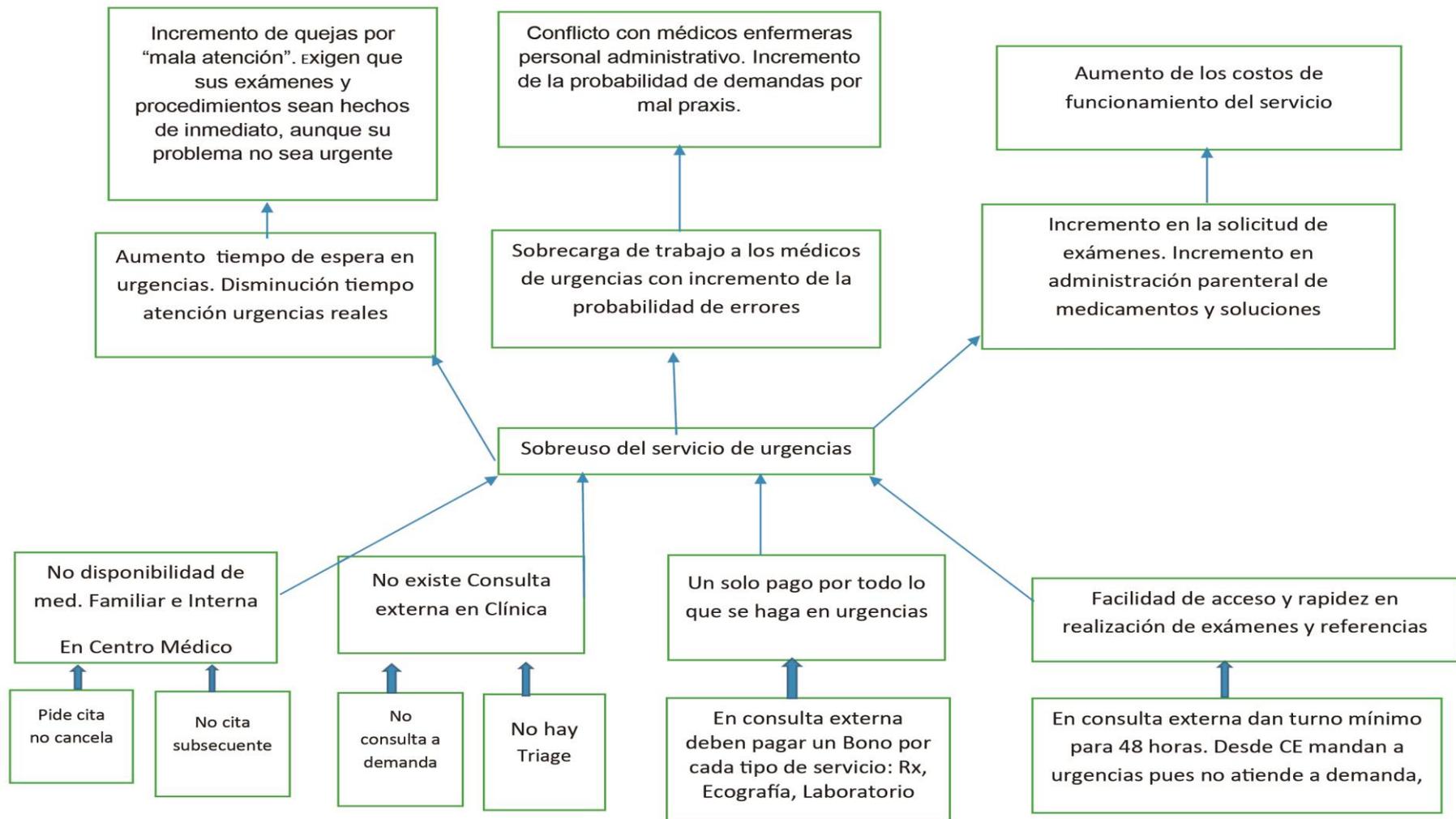


Figura 1. Mapa de problemas del servicio de urgencias de clínica cruzblanca

En el Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca, se da atención principalmente a usuarios afiliados de un sistema de medicina prepagada; los cuales son al momento cerca de 21.000. En el momento de cualquier atención, se debe cubrir un copago por atención en urgencia, que a la realización de este trabajo cuesta 3.50 USD -. Con ese valor, están cubiertos todos los exámenes y procedimientos; -de Laboratorio, Imágenes y Medicamentos de administración inmediata - que requiera el paciente durante la atención en Urgencias.

En experiencia del autor, muchos acuden por indicación de algún familiar o incluso profesionales de salud sean o no, familiares del usuario; que piden se les realice algún examen incluso de alto costo, *por si acaso* como lo señala el autor en comunicación al director médico de la institución.

Esta situación es considerada un factor adicional que hace que los pacientes utilicen el servicio de Urgencias, en lugar del de consulta externa; ya que para la realización de cada pedido originado en consulta; deben cancelar un bono por Laboratorio, por Radiología, para Ultrasonografía, etc.

#### **1.4 Pertinencia del tema a desarrollar**

Al ser los usuarios beneficiarios de un sistema de salud privado de medicina repagada acuden por motivos no urgentes para “ser atendidos rápido” como lo han mencionado varias veces muchos usuarios al autor. Sin embargo en un servicio de urgencias – cualquiera – los pacientes deben ser atendidos basados en su forma de presentación - con mayor o menor gravedad - y no por el apuro que ellos tengan por ser atendidos, como lo menciona el editor del Manual Manchester de triage “Es primordial que exista un sistema que asegure que estos pacientes sean atendidos en función de la prioridad clínica, y no por orden de llegada”. (Grupo de Triage Manchester, 2004)

Este trabajo está dirigido a conocer y analizar la forma en la que se presentan los usuarios al Servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca ; plantear una forma para disminuir el uso inadecuado del servicio de urgencias en esta unidad privada de salud, mediante la clasificación de la atención en Urgencias Reales y Sentidas; proponiendo soluciones prácticas a los problemas más comunes, que se detecten de los usuarios que ocupan la urgencia para procesos no urgentes; orientándolos hacia los servicios de consulta a demanda, a fin de optimizar las atenciones.

La importancia está fundamentada en que mediante las soluciones que planteamos; se permitirá optimizar la atención a los usuarios tanto *urgentes* como *no urgentes*, dando solución a los problemas que presenten de la manera más oportuna; brindando satisfacción tanto al personal médico - administrativo de la urgencia, como a los usuarios.

Por otro lado, no hemos encontrado trabajos publicados en nuestro medio, que permitan conocer y determinar las características de este problema; o planteen soluciones a esta problemática, que por referencia personal de colegas que laboran en Urgencias de otros servicios; tanto públicos como privado, se presenta a nivel general del país.

#### **1.4.1 La atención en urgencias.**

Desde hace muchos años en el área médica, se vio la necesidad de que existiera en los hospitales; un área especializada para la atención de las situaciones que ponían en peligro la vida de las personas. Se dice por los historiadores de la medicina que “la medicina de urgencia hizo su aparición desde que existe el hombre” (Rocha-Luna, 2009); y que debido a la gran diversificación de la medicina se hizo necesaria especialización en esta área.

Después de los grandes conflictos bélicos, es cuando se han hecho desarrollos importantes en la medicina de urgencias; sobre todo luego de mediados del siglo 20, hacia adelante.

Desde entonces se vio la necesidad de disponer de personal especializado en la atención tanto pre hospitalario, como intra hospitalario; de soldados y civiles gravemente heridos; iniciándose la formación de los primeros especialistas en urgencias en USA, en la década de los 60 del siglo pasado.

En Latinoamérica se desarrolla principalmente en México, sobre todo desde el año 1985 a raíz del gran terremoto que asoló México (Rocha-Luna, 2009)

Desde hace mucho tiempo atrás, - prácticamente desde que se establecieron, se ha visto que los usuarios de los servicios de urgencias, ocupan estas áreas, no solo para lo que es una urgencia real; sino para lo que a ellos les parece que es urgente, por las razones que ellos lo consideren así. (Castillo, 1986) y ya había sido señalado por autores estadounidenses desde mediados de los 60 (Kluge DN, 1965); (Lavenhar MA, 1968); mencionados por (Castillo, 1986)

Agustín Jiménez, coordinador de un reconocido manual de atención de urgencias; señala razones para el uso inadecuado de servicios de Urgencias.

“En los últimos años se ha producido un incremento en la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). - este hecho obedece no sólo a los cambios demográficos y epidemiológicos: - aumento de la población por envejecimiento, cambios en los patrones de morbimortalidad, movimientos migratorios en la última década, sino también a otros factores asociados a la conducta sobre la utilización de dichos servicios. La necesidad percibida de atención inmediata y de calidad, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta en algunos individuos de seguro público y de educación sanitaria, el irregular desarrollo de la atención primaria o el uso de los mismos para evitar listas de espera, han contribuido en gran manera a ello” (SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2016)

Los usuarios en cualquier parte del mundo; en su premura y agitado ritmo de vida, desean soluciones rápidas a sus problemas por más banales que sean, y

no quieren esperar ni siquiera uno o dos días; para ser atendidos en Consulta Externa, ni siquiera por un cuadro simple de resfriado, o estreñimiento, como ha podido observar el autor en reiteradas ocasiones.

### **1.5. Metodología**

Usaremos un análisis retrospectivo comparativo de la base de datos del sistema de Historia Clínica Digital de la institución, revisando las atenciones realizadas en el primer semestre de 2015 y el primer semestre de 2016; sacando los 10 diagnósticos más frecuentes, a fin de determinar, si esos se correlacionan con atenciones de urgencia en un hospital de segundo nivel.

Se registrará la hora de llegada de los usuarios, tomados del mismo sistema de atención digital; a fin de determinar si existen horas pico de atención, y cuáles son estas.

Procurar establecer los días en los que más frecuentemente se solicitan atenciones. Esto con la intención de confirmar los hallazgos encontrados en el trabajo realizado para Métodos Cuantitativos.

Se revisará la literatura internacional a fin de establecer el marco teórico, y fundamentar los aspectos relacionados a esta tesina

### **1.6. Resultados esperados**

Determinar la proporción de atenciones no urgentes en el primer semestre de 2015 y primer semestre de 2016

Comparar los dos períodos de tiempo, a fin de ver si existen diferencias significativas en las atenciones y si son constantes en el tiempo las atenciones no adecuadas.

Establecer horas y días pico de atenciones.

Señalar las razones por las que se utiliza inadecuadamente el Servicio de Urgencias.

Plantear soluciones a las causas que se determinen como razones del problema.

### **1.7. Conclusiones del capítulo:**

Existen múltiples razones por las que los usuarios de los servicios de urgencia acuden a los mismos en vez de a CE. En el caso específico del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, se piensa que las razones fundamentales pueden ser:

Falta de disponibilidad de los médicos familiares e internistas de consulta externa; lo que hace que muchos acudan a Urgencias para ser remitidos a varias especialidades ya que no desean esperar 8 días solo para que les vea el médico General, Familiar o Internista - para ser referidos a la especialidad requerida; como lo han manifestado en reiteradas ocasiones los usuarios, al autor.

Esto ocasiona un círculo vicioso, según lo que se ha podido observar ya que; toman la cita, acuden a urgencias para que se les refiera más rápido, pero no cancelan la cita que ya tomaron; y por tanto no se puede re agendar otro paciente en ese espacio de tiempo, disminuyendo la disponibilidad de los médicos de consulta externa.

No existe consulta externa en la clínica, sino que está en otra ubicación. Además no hay la posibilidad de dar citas subsecuentes.

Atención en consulta externa únicamente con cita previa, no hay consulta a demanda

No hay consulta a demanda en Clínica CruzBlanca.

La rapidez en la realización de los exámenes e imágenes diagnosticas; puesto que al ser de supuesta urgencia, se realizan el mismo día e incluso en el lapso de pocas horas.

Estas razones ya fueron comunicado por el coordinador de urgencias al director médico de la institución, mediante correo electrónico del 6 de Junio de 2016.

## 2. CAPÍTULO II. MARCO TEORICO E INVESTIGACION

### 2.1 Estudios similares que se hayan realizado previamente

En el Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca, desde el momento de su inauguración hasta el inicio de este trabajo de titulación; no se ha realizado un análisis que procure determinar el uso del servicio por parte de los clientes o usuarios. . La clínica CruzBlanca inició sus labores en 2003, y desde entonces no se ha realizado hasta el inicio de este trabajo, un estudio similar.

Se ha visto en la diaria labor del autor y sus colegas del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; casos de usuarios que acuden al servicio de urgencias; para hacerse exámenes *urgentes* o atenciones por cuadros gripales simples; porque - viajo mañana - o porque - tengo una reunión mañana y no voy a poder venir - y varios otros aspectos similares.

Esta situación y los problemas que ocasiona, ha motivado la realización de este trabajo de titulación para lo cual se han revisado los datos de la Historia clínica digital a fin de demostrar la inadecuación del uso del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca por los usuarios; y una vez identificados los problemas plantear las soluciones.

Para los usuarios una situación puede ser una urgencia por motivos personales, aunque hablando médicamente o *académicamente*, no lo sea.

En algunos casos y por dar a atención a usuarios de un servicio privado, se da la atención en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; procurando explicarles que su atención no es urgente, pero en vista de estar ya presente en la urgencia, se le dará la atención básica, y que hay ciertos exámenes que sólo pueden ser realizados por CE y por lo tanto deben acudir exclusivamente a ellas, por ejemplo Colesterol, Triglicéridos, pruebas hormonales (a excepción de embarazo) etc.

Sin embargo, como ya se mencionó en la introducción, estas atenciones banales; restan calidad de atención para las personas que realmente lo necesitan, puede llevar a sobrecarga para el personal, que derive en iatrogenias; y hace que se consuman recursos innecesariamente.

Dada la disponibilidad de unidades designadas para la atención primaria no urgente, (CruzBlanca cuenta con un centro médico que atiende 12 horas diarias con 4 especialidades básicas y además cardiología traumatología dermatología cirugía vascular, geriatría y otorrinolaringología); es de asombrarse por qué algunos pacientes escogen recibir atención en los servicios de Urgencia.

Un resfriado, un uñero o tener hongos en los pies, definitivamente NO es una urgencia, pero se presentan pacientes con estas características en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca. Lesiones traumáticas, fracturas, procesos potencialmente quirúrgicos; problemas cardiacos severos; así como problemas respiratorios de mayor gravedad, sí se atienden en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, pero no aparecen entre los 10 diagnósticos más frecuentes.

Es *más notoria* la gran cantidad de atenciones no urgentes; que *opacan* las atenciones de urgencia y que son la razón de ser del servicio. Se ha realizado un análisis de los diagnósticos principales del primer semestre de 2015 y primer semestre de 2016, para demostrar que los diagnósticos encontrados no han sido un hallazgo aislado correspondiente únicamente al mes de Noviembre de 2015; y que se mantienen en el tiempo.

Se piensa que la *necesidad de ingreso hospitalario*, debe considerarse un criterio de uso adecuado de la urgencia, como lo sugirió (Castillo, 1986); y que por obvias razones; el diagnóstico debe tener relación con la necesidad de ingreso, pues no es pertinente ingresar Rinofaringitis, Faringitis agudas, o Amigdalitis; aunque al menos una ocasión, el autor ha visto ingresar una amigdalitis; un varón de 16 años, por insistencia de los familiares.

## 2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente

Para la realización de este trabajo de titulación; se han revisado varios artículos publicados en la literatura internacional acerca del uso indebido de los servicios de urgencias. Ya se ha mencionado el incremento de las atenciones en servicios de urgencias, para tener una idea nos referiremos a lo que se menciona por autores españoles “La demanda de asistencia sanitaria con carácter de urgencia en asistencia especializada alcanza en la actualidad niveles preocupantes, pasando de 375 visitas por cada 1.000 habitantes en el año 1993 a superar las 500 en el año 2000”. (Aranaz, 2006). Esto implica que casi el 50% de la población hace uso de los servicios de urgencias, en forma adecuada o no.

Esto se mantiene en el tiempo, en escala ascendente; como menciona María Martín García en su estudio realizado en 2013; quien resalta que este incremento se debe al uso inadecuado de los servicios de urgencias “Los SUH en España están padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se ha pasado de 18 millones de urgencias en 1977 a 21,3 millones en 2001 y 26,25 millones en 2008. Por ello, el uso de las Urgencias Hospitalarias es cada vez mayor; lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo. La mayor parte de este incremento de visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada” (Martín García, 2013)

En publicación de diario El Tiempo de Bogotá, se hace referencia al uso inadecuado de las urgencias, resaltando que una gran cantidad de personas acuden únicamente por un certificado de incapacidad; y señala puntualmente porcentajes de uso inadecuado.

“Es tal la afluencia de pacientes en estos pabellones, que los hospitales públicos y privados de la ciudad atendieron en el último año más de 3'250.000

consultas por urgencias, según registros de las EPS y la Secretaría Distrital de Salud. Es decir, hubo cada día un promedio de 8.904 usuarios en esos servicios, que en tiempo de lluvias colapsan. Y lo peor, según un estudio de la Universidad Jorge Tadeo Lozano sobre el uso de las urgencias en Bogotá, es que por lo menos del 40 al 49 por ciento de estos enfermos no ameritaban la atención de emergencia: **no padecían síntomas de una urgencia vital que la justificara, como una quemadura grave, un sangrado abundante o fiebre alta incontrolada....**cerca de la mitad accedió a ellas para buscar una incapacidad laboral, justificar una ausencia en el trabajo -por razones distintas a la enfermedad- o evitar el pago de la cuota moderadora exigido en una cita prioritaria o ambulatoria, concluyó el estudio.”. (Gómez E, 2013).

“Una gran cantidad de pacientes no cumplen criterios que precisen atenciones diagnóstico-terapéuticas, propias de un servicios de urgencias hospitalario” (SUH) (Aranaz, 2006) , se han reportado porcentajes de inadecuación entre 26,8 y 37,9% empleando juicios objetivos, y entre 24 y 79% empleando juicios subjetivos, (Sánchez, 2004) mencionado por (Aranaz, 2006), así como (Ochoa J, 2000) y varios otros autores. Esta variación tan amplia puede deberse a factores locales, poblacionales, o por la definición utilizada para establecer que es un uso inadecuado. (Martín García, 2013).

Se ha señalado; prácticamente desde que se establecieron los servicios de urgencias de manera organizada, que hay un gran número de pacientes que son vistos por patología banal en los servicios de urgencias, “por lo que a ellos les parece que es urgente, según su propia opinión” (Castillo, 1986) y ya había sido señalado por autores estadounidenses desde mediados de los 60 (Kluge DN, 1965); (Lavenhar MA, 1968); mencionados por (Castillo, 1986)

En el estudio realizado por (Castillo, 1986); revisan más de 2000 Historias Clínicas, y determinan sexo, edad diagnóstico, y carácter de la visita a urgencias; teniendo como fin último conocer el grado de urgencia de las visitas, reconociendo la dificultad para hacer esto por la gran subjetividad del sentido

de urgente para las personas que utilizan los servicios de urgencias; encontrando que un 78.1% de las atenciones fueron altas inmediatas (diagnósticos banales) requiriendo hospitalización tan solo el 17,9% de las atenciones.

En el área de emergencia de los hospitales del MSP del Ecuador; en el año 2006 se realizaron 1'851.581 atenciones, de los cuales ingresaron 278.541 (15%), y no lo hicieron 1'573.040 (85%); mientras que en el año 2014 se realizaron 5'745.842, atenciones, de los cuales ingresaron 415.758 (7%) y 5'330.084 (93%) no lo hicieron, es decir fueron altas inmediatas. (MSP ECUADOR, 2015) Esto confirma la premisa de que los aumentos en las atenciones de urgencias, se han dado en base al uso inadecuado de los servicios de urgencias.

(Castillo, 1986) Intenta clasificar las urgencias en 4 grupos:

- 1- **No urgente**: 32 % de atenciones.
- 2- **Urgencia primaria**: 26.6% de atenciones.
- 3- **Urgencia Primaria que requiere exploración complementaria**: 12%.
- 4.- **Urgencia Hospitalaria**: 29.2% de atenciones que clasifican como tales.

Buscando homogeneizar las definiciones, (Castillo, 1986), realiza las definiciones de esta clasificación. Esboza conceptos que luego serán la base de la clasificación de las urgencias y emergencias.

Lamentablemente dejaron una parte muy sensible, a la interpretación libre “del usuario o sus familiares”; (Castillo, 1986) y es en esta parte donde se cree radica la gran subjetividad de la atención urgente.

Algunos estudios internacionales acerca de este aspecto, han mostrado que la inaccesibilidad a su médico y además la ausencia de una fuente regular de atención primaria favorecen el uso de urgencias (Burnett M, 1996).

Burnett intenta presentar las características de la población que busca atención para problemas médicos no urgentes, en un servicio de urgencias durante horas laborales y determina por qué los pacientes escogen el servicio de urgencias sobre otras alternativas de atención.

“Es un estudio realizado en hospital de 3er nivel mediante llenado de un cuestionario; en el que la descripción de esos eventos incluye intentos del paciente por contactar a su médico habitual; el conocimiento o no de otras alternativas de consulta, como centros de consulta ambulatorios. 76% declararon que no habían visitado un servicio de urgencias durante el mes anterior, y sólo 5% declararon que estaban en dolor extremo”. (Burnett M, 1996)

“Al menos el 70% eran conscientes de otras opciones alternativas de atención; Sin embargo, 60% considera que el servicio de urgencias era el mejor lugar para recibir la atención médica para su problema. En total, 40% fueron remitidos al servicio de urgencias; por personal capacitado, de ellos el 77% fueron referidos por un profesional de la salud, y de estos 57% por un médico. Es notorio que un gran número de pacientes fueran referidos por profesionales de la salud; a pesar de que no requerían atención urgente, resaltando que constituye un uso ineficiente y costoso de los servicios hospitalarios”. (Burnett M, 1996)

En Bogotá, los usuarios contestaron al periodista de El Tiempo, que les tocaba ir a urgencias porque "las citas para consulta médica se demoran hasta un mes y dos meses"; "las urgencias no exigen pago, como las cuotas moderadoras, que cuestan un bus"; "al acceder a ese servicio se gana tiempo, porque en un mismo sitio hacen los exámenes, atienden los especialistas; dan el diagnóstico y el tratamiento". (Gómez E, 2013)

En el Manual de triaje Manchester se manifiesta que entre los dos clásicos niveles asistenciales; atención primaria y especializada; se ha abierto paso, a demanda de los ciudadanos; un nuevo nivel de atención de salud.

“la asistencia urgente, que además de atender la patología propia, tiene que hacerlo con lo que se podría denominar “patología de atención más o menos inmediata; no programada, pero tampoco urgente. Ante éste aluvión, es absolutamente imprescindible tener un sistema para clasificar a los pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad con el único objetivo de poder atender de forma prioritaria al que más lo necesita. Es primordial que exista un sistema que asegure que estos pacientes sean atendidos en función de la prioridad clínica y no por orden de llegada”. (Grupo de Triage Manchester, 2004).

Esto permite fundamentar la atención por gravedad, no por orden de llegada o de “urgencia percibida por el usuario”, que ha sido una constante en la atención del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca.

Es importante señalar aquí, la definición de urgencia percibida por el usuario, o urgencia sentida; “Situación de enfermedad en la que el usuario estima que corresponde a una urgencia médica y en realidad no requiere atención inmediata. (D. R. Secretaría de Salud, 2012)

Ya en 1986 Castillo et al esboza las definiciones de urgencia, estableciendo que la Urgencia Médica se la considera como la “situación clínica de etiología diversa y gravedad variable” caracterizada por:

Presentación aguda y/o agudizada

Necesidad de atención inminente nunca diferible más de 24 horas por presentar:

Riesgo para la vida

Agravamiento del cuadro sin tratamiento adecuado

Necesidad de evitar secuelas posteriores

Aliviar trastornos dolorosos y/o funcionales

Situaciones vividas como urgentes por el paciente o sus familiares

(Castillo, 1986)

Estos mismos criterios son los que aplica para definir urgencia hospitalaria

Ejemplos de urgencia incluyen, convulsiones, heridas por puñalada; por bala, descompensación diabética aguda, paro cardiaco, meningitis, fractura obvia (fractura expuesta). Definición de cuidado de emergencia plan de Salud HIP de Nueva York; mencionado por (Villatoro, 2005); que no se muestra en el case mix del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; pues *las atenciones no urgentes, minimizan las realmente urgentes.*

### 2.3 Hallazgos de la revisión de la literatura académica

Se ha descrito el uso aislado de varias intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias y ha habido una escasa efectividad de estas estrategias, aplicadas principalmente en el medio español, a fines del siglo pasado, no han demostrado una gran mejoría en el uso de los SUH (Peiró S, 1999) , mencionado por (Aranaz, 2006). Sin embargo el autor de este trabajo piensa que al usarlas *conjuntamente*, se puede lograr una importante reducción del uso inadecuado de los SUH, por lo que es pertinente plantear el uso conjunto de las intervenciones, con la finalidad de disminuir las atenciones no urgentes.

Se han identificado en general 4 Intervenciones como estrategias con la intención de reducir el uso inadecuado de los SUH: (Peiró S, 1999)

- a) Intervenciones sobre la demanda, como educación sanitaria a la población
- b) Intervenciones de mejora de la accesibilidad a la atención primaria
- c) Intervenciones de barrera para acceder a los SUH – obligatoriedad de acudir primeramente al nivel I de atención, copago –
- d) Intervenciones organizativas del SUH; hacer triaje, derivación a nivel I – o a una sala de *consulta rápida*, ubicada en la misma institución – (Peiró S, 1999)

Se argumenta como causas responsables del incremento de la demanda, entre otras: el desajuste en la relación entre niveles asistenciales, los distintos estilos en la práctica clínica, “cada vez más confluentes hacia la llamada «medicina defensiva»” como lo mencionan varios autores; que favorecen la solicitud de una gran cantidad de exámenes y procedimientos innecesarios, *por si acaso*; además de los factores sociodemográficos asociados a un fácil acceso y a un bajo nivel educacional en temas de salud.

En su estudio, Aranaz menciona que se encontraron como causas principales del uso de urgencias, la iniciativa propia en 82,5%. Desconocimiento del funcionamiento de atención primaria respecto a urgencias cerca del 18%; el 18,8% consultó previamente con su centro de salud; y el 13,5% acudió por demora en otros niveles asistenciales. El 50,5% era menor de 40 años y el 55% menciona “preferencia por el servicio de urgencias” y en resumen señala que:

“Los resultados de nuestro estudio nos llevan a la identificación de 2 grupos poblacionales con distintos estilos de consumo de recursos sanitarios. El primero de éstos es la población más joven que dice desconocer el funcionamiento de su CS y el SU de éste, que si vuelve al SUH lo hace por diferente motivo, consultando por problemas agudos que se resuelven en una única consulta, y percibe su estado de salud como bueno, y poco grave el problema que le lleva al SUH. El segundo es un grupo de población mayor, que lo hace por demora en otros niveles asistenciales, que vuelve al SUH por el mismo problema primario, probablemente crónico o por multi patología, que requiere varias visitas a los SUH. Los actuales servicios de urgencias no han sido diseñados para cubrir estas necesidades, que están muy relacionadas con los cambios en el patrón de consumo de recursos sanitarios por la población (más joven), cambios que pueden comprometer la organización del Sistema Nacional de Salud si no se adapta la oferta a la necesidad expresada” .  
(Aranaz, 2006)

En el caso específico del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, basado en la experiencia personal del autor, habría una categoría adicional: La propia

referencia desde el servicio de consulta externa, debido a que “no hay citas disponibles para ese momento” según han informado en múltiples ocasiones los usuarios atendidos por el autor y sus colegas del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca.

Los varios casos que han sido remitidos a urgencias por otros médicos o servicios de atención ambulatoria en general tienen una mejor relación con la necesidad real de atención urgente, puesto que han recibido una evaluación inicial por un profesional de salud, y este en forma acertada o no; ha considerado que el paciente requiere una revisión adicional, que no puede hacerlo en su nivel de atención; tal como ya ha sido mencionado por autores que han realizado esta evaluación, como (Reinoso S, 2011)

## 2.4 Datos de la investigación

Los 10 diagnósticos más frecuentes en 1er semestre de 2015 y 2016, son similares; manteniéndose en primer lugar Rinofaringitis aguda (resfriado común).

Tabla 3. Diagnósticos más frecuentes primer semestre 2015

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ENE - JUN 2015	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	316	248	257	281	305	358	1765
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	150	124	131	124	178	187	894
Amigdalitis aguda, no especificada	132	96	125	128	112	182	775
Faringitis aguda, no especificada	144	105	100	91	118	121	679
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	95	79	92	59	75	68	468
Laringofaringitis aguda	53	51	49	46	50	59	308
Infección aguda de vías respiratorias superiores, no especificada	52		40	59	62	85	298
Otros dolores abdominales y los no especificados	36	25	34	39	55	36	225
Lumbago no especificado	45	29	34	40	39	32	219
Neuralgia y neuritis, no especificada		26	34	35	39		134
							5765

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

Los 10 diagnósticos más frecuentes corresponden al 43% del total de atenciones de Enero a Junio 2015. El 74,2% adultos, y el 25.8% pediátricos; el 66,3% son infecciones de vías respiratorias superiores, el 33,7 % corresponde a otros diagnósticos; de los que es más frecuente diarrea, seguido de Infecciones de vías urinarias.

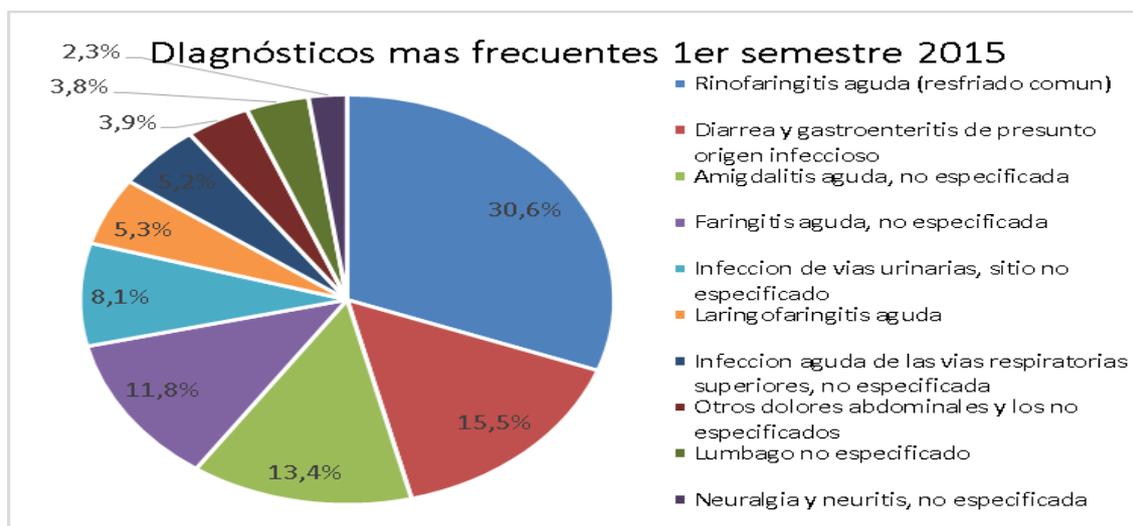


Figura 2. Diagnósticos más frecuentes en primer semestre 2015

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

Tabla 4. Diagnósticos más frecuentes primer semestre 2016

DAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ENE - JUN 2016	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	224	237	153	263	349	320	1546
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	194	170	65	123	154	180	886
Faringitis aguda, no especificada	120	169	50	117	155	154	765
Amigdalitis aguda, no especificada	106	74	53	97	90	89	509
Infección aguda de vías respiratorias superiores, no especificada	78	85	31	103	112	89	498
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	71	91	38	76	97	80	453
Laringofaringitis aguda	44	63	20	58	75	68	328
Otros dolores abdominales y los no especificados	45	49	15	41	49	46	245
Lumbago no especificado	26	36		27	41	41	171
Amigdalitis estreptocócica		39				43	82
							5483

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

Los 10 diagnósticos más frecuentes; corresponden al 44,46% del total de atenciones realizadas de Enero a Junio 2016. El 76.5% adultos y el 23.5% pediátricos; el 67,99% son infecciones de vías respiratorias superiores, el 32,01% corresponde a otros diagnósticos; de los cuales el más frecuente es diarrea, seguido de Infecciones de vías urinarias.

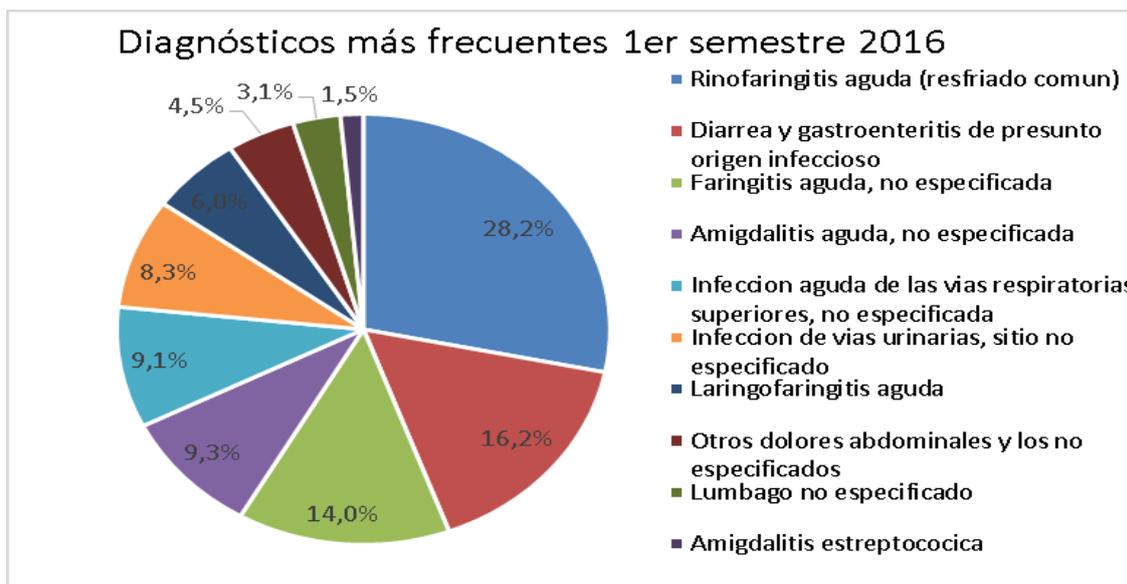


Figura 3. Diagnósticos más frecuentes primer semestre 2016

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

En el caso del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, la mayoría de usuarios que acuden al servicio, se ubican en los grupos económicamente activos, que acuden por problemas agudos; principalmente infecciones agudas de vías respiratorias e infecciones urinarias en mujeres activas sexualmente.

Se atiende mucho a personas de la tercera edad que acuden por variada etiología, generalmente crónica, como enfermedades crónicas respiratorias o cardíacas; que no logran conseguir una cita rápidamente con sus médicos de cabecera.

En el primer semestre 2015, se atendieron 14,7% usuarios mayores de 65 años, (incluye un 1,2% mayores de 85 años); incrementándose en el primer semestre 2016 a 15,6% de usuarios mayores de 65 años, (1,5% mayores de 85 años) siendo notorio el incremento de pacientes de tercera edad.

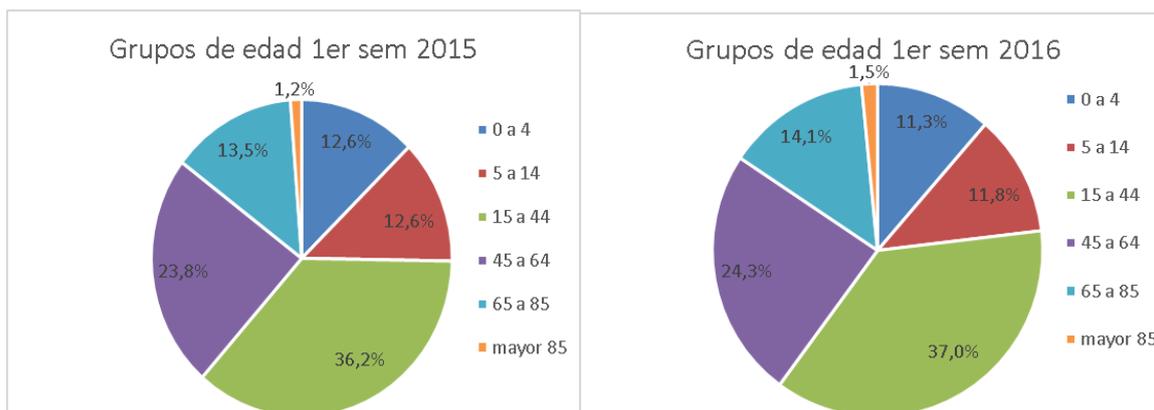


Figura 4. Comparativo de grupos de edad en ambos semestres

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

Respecto del día de la semana que más frecuentemente se atiende pacientes, es definitivamente el lunes, donde se atienden el 17,8% de los usuarios, seguido de los martes con un 15,3%; en los fines de semana es el sábado en que se atiende un poco más que los domingos, con un 13% de este, respecto al 12,3% de aquél.

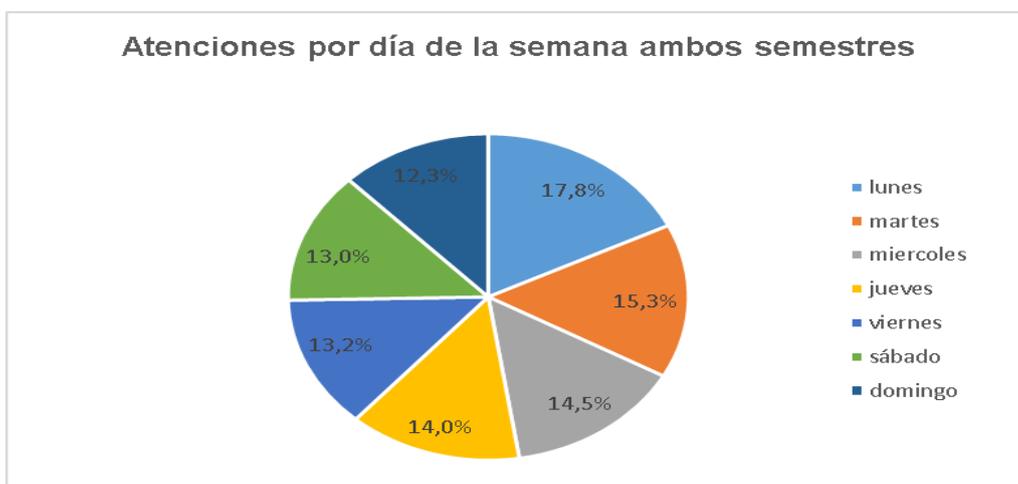


Figura 5. Atenciones por día de la semana consolidado ambos semestres

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

En cuanto a las horas de afluencia de pacientes, el análisis de los datos demuestra que el horario de la mañana es el preferido de los pacientes; el 42,3% en 2015 y el 44,4% en 2016, fueron atendidos en el horario matutino entre las 07:00 y las 12:59, siendo notorio el incremento en el uso de las horas matutinas.

En horas de la tarde entre las 13:00 y 18:59, se atienden el 37,6% en 2015 y el 36,5% en 2016, con disminución de las atenciones en ese horario, así como las atenciones en el horario de la noche a partir de las 19:00 hasta las 23:59. La demanda en el horario de las 00:00 a las 06:59 no ha variado, y se piensa que es debido a que esas son urgencias; que se podrían considerar verdaderas.

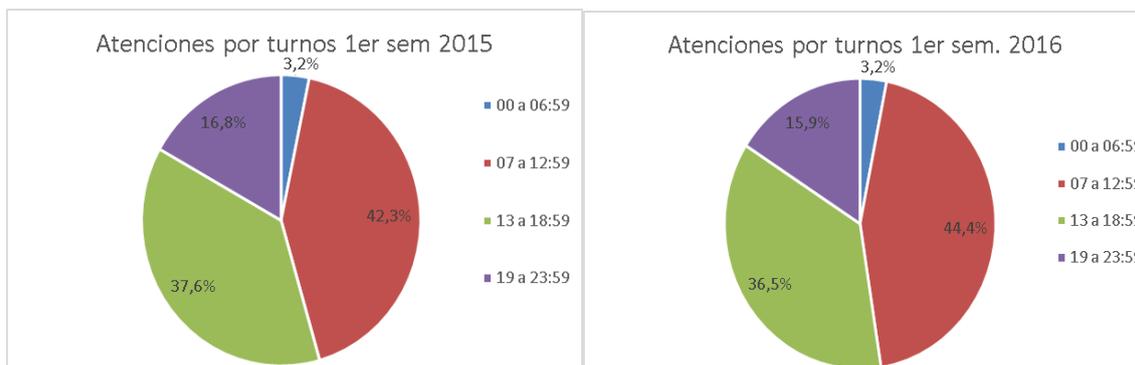


Figura 6. Distribución de las atenciones por turnos ambos semestres

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca



Figura 7. Distribución de la atención por hora de llegada Grafico 2.4 atenciones por día de la semana consolidado ambos semestres

Tomado de: Registro de historia clínica Digital CruzBlanca

La distribución por horas de la demanda de atención en servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca; muestra un pico notorio alrededor del mediodía, luego baja, con un ligero repunte alrededor de la hora de salida de las oficinas.

El horario de demanda de atención tiene una distribución con dos picos uno entre las 11 a 12 horas – con demanda *in crescendo* desde las 09:00 –, y otro menos notorio, entre 18 a 19 horas; con demanda *in crescendo* desde las 16:00. Se han consolidado los datos de ambos semestres.

## **2.5. Conclusiones del capítulo**

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios se ven sobrepasados en su demanda social y son utilizados con gran frecuencia por pacientes que no lo requieren por motivos estrictamente médicos; la siguiente afirmación de Javier Ochoa en su editorial “SOS desde los servicios de urgencia” resume la preocupación por la atención en el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca y permite fundamentar la idea de que sobrecargar el SUH con patologías no urgentes; ocasiona desmedro de la atención de aquellos que si lo necesitan realmente.

“Esta sobreutilización de los SUH disminuye su eficacia, pues somete a los profesionales a un «exceso» de pacientes (respecto a aquellos que es previsible que deban atender) y tiene como consecuencia tangible un aumento del tiempo que el usuario permanece en el SUH, tanto en espera de ser atendido, como para ser dado de alta del SUH, con la consiguiente insatisfacción de los pacientes y sus familiares”. (Ochoa, 2002)

La remisión por Servicios de Urgencias Externos, (médicos a domicilio, atención por ambulancias de EMI) u otros servicios Médicos de Atención Primaria, (consulta externa) mejora la pertinencia de la consulta en los servicios de Urgencia Hospitalarios. (Reinoso S, 2011) Resulta llamativo que dentro de las preferencias de los usuarios para elegir como primera opción el servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, esté la expectativa de una atención más rápida creada precisamente por su propio sentido de “urgencia” o por una mayor confianza en los médicos del servicio.

Es un problema la falta de fomento de la atención primaria, consulta externa, a domicilio; o en centros de atención ubicados en las zonas de mayor confluencia

– residencial o laboral – de los usuarios. El usuario de consulta externa por atenderse más rápido, acude a Urgencias; pero no llama a cancelar la cita que ya tomó en consulta externa, puesto que ya no va a asistir a ella; y una cita a la que el usuario no irá, pero no ha sido cancelada; impide usar ese tiempo para atender a otro usuario, que si desea ser atendido y puede asistir

La falta de información y conocimiento de las personas hace que ocupen los servicios de urgencia para solucionar problemas que realmente no lo son. Para ejemplo mencionar el caso de una madre que acude con su niño a urgencia por una dermatitis de contacto, y además exige que acuda a verle un dermatólogo “porque en los niños cualquier cosa es urgente” o un usuario que acude a las 20:30 por presentar rinoфарингитис y “hongos en los pies”.

Es necesario fomentar educación en salud a las personas y procurar dejarles claro cuándo si, y cuándo no acudir a urgencias; resaltando fundamentalmente que el acudir por una falsa urgencia está ocasionando perjuicios a otras personas que realmente lo necesitan, apelando talvez a su sentido de solidaridad; haciéndoles ver lo más claramente posible, que redundará en su beneficio, pues cuando tengan una urgencia real y verdadera, podrán ser atendidos en forma oportuna y eficiente sin demoras innecesarias.

La poca implementación de barreras financieras fomenta el uso inadecuado. Debe establecerse la obligatoriedad de realizar un copago adicional por los servicios de imagen, laboratorio etc., ya que el hecho de usar un solo copago de \$3.50 para todos los procedimientos de atención en urgencia, favorece el uso inadecuado del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca.

La combinación de varias formas de contención del uso inadecuado: educación a la comunidad de afiliados, lo cual es factible pues se trata de una población limitada, actualmente alrededor de 21000 usuarios.

El establecer pre consulta telefónica, así como realizado copagos por cada procedimiento en urgencia, y sobre todo establecer un servicio de triaje adecuado in situ; que pueda remitir a salas de consulta rápida; en la misma institución, pero fuera del área de urgencias; serían de gran beneficio, para que el servicio de urgencia se descongestione; y atienda exclusivamente lo que debe atender; con la consiguiente optimización de recursos y reducción de costos.

### **3. CAPITULO III. PROPUESTA DE OPTIMIZACION Y MEJORA DEL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) EN CLINICA CRUZBLANCA**

#### **3.1 Análisis de los hallazgos previo al plan**

Con base en los hallazgos y considerando el análisis comparativo de los datos obtenidos del sistema de Historia clínica digital de la Urgencia de Clínica CruzBlanca, en el primer semestre de 2015 y en el primer semestre de 2016; habiendo determinado: Grupos de edad, atenciones divididas en adultos y pediátricos, distribución por meses y días de la semana y especialmente diagnósticos, y horas de llegada de los usuarios; se ha evidenciado que hay un uso excesivo del servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, debido al uso inadecuado del servicio; por parte de los pacientes, que lo utilizan como si fuera una consulta externa

##### **3.1.1 Hallazgos del primer semestre 2015**

Se atendieron en urgencias 13408 usuarios en total, esto representa un promedio mensual de 2234, y un promedio diario de 75 pacientes; considerando 181 días de atención, ya que se atiende 24 / 7.

El mes que se atendió más usuarios fue en junio con 2463 atenciones, lo que representa un 18,4% del total; seguido de enero, mayo abril, marzo y febrero

El día de la semana en el que se atendieron más pacientes fue el lunes, con 2335 atenciones lo que representa un 17,4% de pacientes atendidos en ese día; seguido de martes jueves miércoles viernes sábados y domingos.

Se atendieron 9952 (74,2%) adultos; y 3456 (25,8%) pediátricos.

Los grupos de edad más frecuentemente atendidos son de 15 a 64 años de edad, que representa el 60% de las atenciones, seguido por el grupo de mayores de 65 años, que representan un 14,7% de estas atenciones.

### **3.1.2 Hallazgos del primer semestre 2016**

Se atendieron en urgencias 12333 usuarios en total, esto representa un promedio mensual de 2056, y un promedio diario de 68 pacientes considerando 182 días de atención, se atiende 24/7.

El mes que se atendió más usuarios fue mayo con 2383 atenciones, lo que representa un 19,3% del total, seguido de junio, febrero, enero abril y marzo.

El día de la semana que se atendió más pacientes fue el lunes, con un 18,2% de atenciones, y en esta ocasión, por frecuencia se presentan en el orden usual de la semana

Se atendieron 9435 adultos (76,5%) y 2898 (23,5%) pediátricos.

Los grupos de edad más frecuentemente atendidos son los de 15 a 64 años, con una total de 61,3% de las atenciones, seguido por el grupo de mayores de 65 años, que representa un 15,6% evidenciándose un incremento en este grupo de edad.

### **3.1.3 Diagnósticos más frecuentes.**

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes se pudo observar que en ambos semestres los 10 diagnósticos más frecuentes son similares con poca variación:

Rinofaringitis, Diarreas, amigdalitis agudas, faringitis agudas, Infección de vías urinarias, laringofaringitis, infección aguda de vías respiratorias superiores, otros dolores abdominales, lumbago no especificado, amigdalitis estreptocócica y faringitis estreptocócica.

El diagnóstico más frecuente es la rinofaringitis con porcentajes de 30,6% en 2015 y 28,2% en 2016, seguido de diarrea con 15,5% y 16,2 respectivamente. Nótese que el primer diagnóstico prácticamente duplica al segundo; con ligero incremento de los cuadros diarreicos en 2016. Luego en diferente orden de frecuencia se encuentran otras varias afecciones de vías respiratorias superiores, que en ningún modo puede considerarse diagnósticos para ser atendidos en una urgencia, podrá establecerse que son a lo mucho una clase 4 o 5 del Sistema de Triage Manchester. Los 10 diagnósticos principales comprenden un 43% del total en 2015 y 44.4% en 2016; de estos principales diagnósticos, el 66.3% en 2015 y el 67,9 en 2016 son procesos de vías respiratorias superiores en su mayoría virales, o casos de amigdalitis y faringitis bacterianas, que no presentan complicaciones graves, y que se les da tratamiento y alta inmediata.

El hecho de tener como primer diagnóstico rinofaringitis aguda, ya confirma que se está usando en forma inadecuada el servicio; como si fuera una consulta externa, “a demanda del usuario”

34% de pacientes atendidos en Urgencias se realizan examen de laboratorio mínimo Biometría Hemática.

El 18,1% de los pacientes atendidos en urgencias se realizan Radiografías

El 6% de los pacientes atendidos en urgencias se realizan Ecografía

### **3.2 Problemas encontrados**

El problema que afecta al servicio de urgencias es el uso excesivo, debido al uso inadecuado por parte de los pacientes; causado por:

- Ausencia de un sistema de clasificación de la atención por prioridad clínica (triage) y no por urgencia percibida por el usuario.
- Facilidad para la atención rápida percibida por el usuario.

- Facilidad de acceso a urgencias, procedimientos con un solo pago de \$3,50
- Falta de unidades de atención en puntos de mayor concentración de usuarios
- Falta de un programa de información y educación a pacientes para que sepan cuando deben acudir urgencias y cuando a consulta a externa.
- Escasa disponibilidad de citas en consulta externa.
- Falta de una consulta externa a demanda sin cita previa.
- Ausencia de sistema de información cruzada que permita identificar que paciente ya se atendió en urgencias; y cancelar su cita en consulta externa para asignarla a otro usuario.

### **3.3 Consecuencias que genera**

- Sobrecarga del servicio de urgencias por casos no urgentes.
- Aumento del tiempo de espera en urgencias.
- Disminución del tiempo de atención para urgencias reales
- Sobrecarga de trabajo a los médicos de urgencias con el incremento de la probabilidad de errores.
- Gastos incrementados ocasionados por la realización de una gran cantidad de exámenes; muchas veces innecesarios; así como por el Incremento en el uso de medicamentos y soluciones parenterales, con un pago mínimo.
- Las personas que acuden a urgencias exigen que sus exámenes y procedimientos de imagen sean hechos de inmediato, - por el hecho de estar acudiendo a urgencias - aunque su problema no sea urgente en realidad.
- Conflicto con médicos enfermeras personal administrativo etc.

### 3.4 Soluciones propuestas

#### 3.4.1 Establecer un sistema de triage.

Establecer en urgencias un sistema de triage, basado en el Sistema Manchester (Grupo de Triage Manchester, 2004); debe ser la principal medida a tomarse. Debe estar ubicada en el área de admisión, y dirigiría la atención del usuario por prioridad clínica, y no por orden de llegada; o por su propio sentido de “urgencia”. Esto puede ser complementado con un sistema de consulta telefónica, previa a su llegada al servicio; que ayude a orientar al usuario sobre la necesidad o no, de acudir al servicio de urgencias

“La prioridad clínica del paciente es un marcador de la casuística (tipos de casos) de los Servicios de Urgencias. Tiene gran importancia como base para controles de calidad, y así mismo puede utilizarse como un instrumento de ayuda para la gestión (consumo de recursos, financiación y gasto) del Servicio de Urgencias. Un triage correcto, reproducible y revisable será esencial para estos procesos. (Grupo de Triage Manchester, 2004)

Como se ha mostrado, la casuística del servicio de urgencias de clínica CruzBlanca se parece más al de una consulta externa que a un servicio de Urgencias. Y no es que no se tenga casos que sean urgentes, e incluso emergentes, pero son opacados por diagnósticos que representan atenciones banales

En términos generales, un método de triage intenta proporcionar al profesional sanitario el diagnóstico, la disposición o la prioridad clínica. El Grupo de Triage Manchester decidió que la metodología debía diseñarse para asignar una prioridad clínica. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados *discriminadores*, basados en ellos se asigna un número, un nombre y un color; definidos en términos de un tiempo clave para el primer contacto con el terapeuta. (Grupo de Triage Manchester, 2004)

Tabla 5. Clasificación de Triage Manchester

Numero	Nombre	Color	Espera minutos
1	INMEDIATO	ROJO	0
2	MUY URGENTE	NARANJA	10
3	URGENTE	AMARILLO	Hasta 60
4	NORMAL	VERDE	Hasta 120
5	NO URGENTE	AZUL	Hasta 240

Tomado de: (Grupo de Triage Manchester, 2004)

El establecer este sistema de clasificación, permitirá dirigir al usuario según su real necesidad. Si no es urgencia, se le atenderá en la Consulta externa a demanda, atendida por un Médico General, y un Pediatra; que orientará el diagnóstico y remitirá a las especialidades que sean pertinentes.

Esto llevará a descongestionar la urgencia, que se dedicará a atender procesos que realmente presenten criterios de gravedad y la disminución de la carga laboral evitará la posibilidad de errores diagnósticos

Esta tabla deberá estar expuesta en un lugar muy visible de la sala de espera de servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca, de ser posible; poner ejemplos de cada grupo.

### 3.4.2 Establecer una consulta externa a demanda

Este es un punto muy relevante y que complementa el establecer un triage, debe estar ubicada dentro de la misma clínica, pero en un sector diferente al Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca. Será una consulta externa a demanda, que sea únicamente de Medicina General y Pediatría; donde se pueda atender la gran demanda de Rinofaringitis e infecciones respiratorias

altas que no tienen criterios de gravedad para ser atendidos en servicio de urgencias de Clínica CruzBlanca.

También se dirigirán a esta consulta a demanda, la gran cantidad de usuarios que acuden a urgencias únicamente para que les refieran a subespecialidades, porque en el centro médico recién le dan cita con el médico general para 3 o 5 días, para que éste pueda referirle a la especialidad requerida - Dermatología, Oftalmología etc.

Obviamente, las solicitudes de exámenes de laboratorio, Radiografías y Ecografías que se generen en esta consulta, deberán pagar un bono por cada servicio solicitado. Sería apropiado establecer un servicio de pre consulta telefónica, que oriente al usuario acerca de sus necesidades reales de atención.

También se considera necesario establecer puntos de atención rápida – Medicina general, procedimientos de enfermería, puntos de toma de muestras de laboratorio – en los lugares con más concentración de usuarios sea por sitio de vivienda o de labores. Para poder establecer este servicio es necesario primeramente realizar una geolocalización, mediante el uso de los registros de los datos de los usuarios, lo cual no representaría costos pues ya se dispone de ello, esto permitirá ubicar los sitios de mayor concentración de usuarios, afiliados al servicio de medicina prepagada CruzBlanca; a fin de determinar donde deberán estar ubicados estos puntos de consulta rápida.

### **3.4.3 Establecer el pago de un bono adicional por cada procedimiento realizado.**

Actualmente para acceder al servicio de urgencias, debe cancelarse un bono de atención con un valor de \$3,50 USD. Con ese pago mínimo, está cubierta la atención del médico, exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías y medicación de administración inmediata; que requiera el paciente en urgencias.

Esto ocasiona costos elevados. Ya que con un pago mínimo se están realizando procedimientos que sobrepasan en exceso el pago realizado

El usuario paga un promedio de 79,20 mensual por afiliación y cuando requiere atención, cancela 3,50 por la atención médica.

Esta es claramente, una de las razones fundamentales por las cuales los usuarios utilizan el Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca; y no consulta externa; ya que si acuden por consulta externa y necesitan estos 3 procedimientos adicionales, - Laboratorio, Radiología o Ecografía – deberán cancelar al menos un bono por cada uno de ellos, en total 4 bonos (\$14 USD)..

Considerando que en el primer semestre de 2016, se atendieron 12333 pacientes, promedio mensual de 2056, y un promedio diario de 68 pacientes.

Implica que ingresaron \$43165 USD por atenciones en 6 meses; \$238,48 x día, y para mantener funcionando la urgencia se requiere en promedio 509,38 diarios - solo para mantener el personal médico -, sin contar enfermeras auxiliares y personal administrativo ni de laboratorio o imagen, se puede decir que el pago del bono cubre apenas el 46,81% de la atención por el médico de urgencias y eso incluye la administración de medicación inmediata (STAT) por lo que se piensa se debería cobrar mínimo 2 bonos, solo por la atención médica en urgencias, y se pida el pago de bonos adicionales por cada servicio de Laboratorio, Radiología o Ecografía.

Si se ha determinado que de estas atenciones, un porcentaje cercano al 68% no son atenciones urgentes, esos serían dirigidos a consulta a demanda, llevaría a que de requerir exámenes adicionales – solicitados muchas veces como medida de protección del médico que solicita o por exigencia del usuario -, deban cancelar por lo menos un bono adicional al de atención, lo que inmediatamente duplicaría los ingresos por este concepto.

Tabla 6. Valores que se dejan de recibir al cobrar un solo bono por urgencia

			Médico	Laboratorio	Radiología	Ecografía	Total
	Cantidad	valor	1 bono	2 bonos	3 bonos	4 bonos	
Atenciones	12333	\$ 3,50	\$ 43.165,50	\$ <b>86.331,00</b>			
% No urgent	8386,44	68%	\$ 29.352,54				\$ 29.352,54
% con Lab.	4193,22	34%		\$ 14.676,27			\$ 14.676,27
% con Rx	2232,27	18,1%			\$ 7.812,96		\$ 7.812,96
% con Eco	739,98	6%				\$ 2.589,93	\$ 2.589,93
							<b>\$ 54.431,70</b>
Actualmente se dan estos servicios con un solo pago de 3,50 es decir se deja de recibir al menos							<b>\$ 25.079,16</b>
NOTA: EL 34% de pacientes atendidos en Urgencias se realizan exámen de laboratorio mínimo Biometría Hemática							
El 18,1% de los pacientes atendidos en urgencias se realizan Radiografías							
El 6% de los pacienets atendidos en urgencias se realizan Ecografía							

Tomado de: Laboratorio e Imagenología Clínica CruzBlanca.

Se dejan de recibir \$25079,16 dólares por no cobrar estos bonos adicionales en las atenciones que requieren otros procedimientos.

Por estos considerandos, el establecer como política que se pague un bono, por cada procedimiento, adicional a la atención por el médico de urgencias; definitivamente ayudaría a reducir el uso del servicio de urgencias para atenciones que no son urgentes, sólo por tener que pagar más.

La ventaja está en se limitaría la petición de exámenes a demanda del usuario; que solicitan se pidan desde urgencias, - los cuales están incluidos en el bono de atención. Se piensa que una atención de este tipo en general requeriría de 2 a 3 bonos dependiendo de si se realizan o no exámenes de imagen.

#### 3.4.4 Educación al paciente

Es necesario iniciar un programa de marketing social, que permita cambiar la actitud del paciente y su preferencia por el servicio de urgencias, orientando al paciente procurando darle pautas de cuando acudir a urgencias y cuando sacar cita. Es fundamental dejar claro que el hecho que acuda a urgencia *no significa* que su caso sea realmente urgente y que requiera procesos inmediatos.

Esto se puede hacer mediante el uso de folletería como la que se muestra en el anexo 2, que se distribuye por el servicio de pensiones en el estado de Chihuahua, México. Se harán las modificaciones que sean pertinentes para que sean entendibles por los usuarios por ejemplo por “cruda” sería “chuchaqui”. Se requeriría 21.000 afiches que se enviaría junto con los estados de cuenta una vez al año. La elaboración de 21000 afiches en colores papel couche de 115 gr cuesta \$560 USD en promedio.

Este mismo programa fomentará el uso racional de la Consulta externa también, informando a los usuarios mediante el mismo folleto, que si no va a poder acudir a su cita programada, llame a cancelarla; resaltando el hecho de que va a beneficiar a otra persona.

En este programa se debe incluir consejos para mantenerse sano, recomendaciones de ejercicios que se pueden realizar a cualquier edad, a fin de mantener un estado de salud adecuado; incluso se podría establecer un programa de práctica de Tai - Chi para las personas que pasen de los 55 o 60 años, dándoles pautas para mantenerse sanos en la tercera edad.

Esto no necesariamente implica costos para la institución, puesto que se podrían establecer convenios por ejemplo con la embajada China, como fomento a la cultura china y quien podría proporcionar los instructores sin costo.

Debe recomendarse en cada consulta de medicina General, o familiar que los pacientes se desparasiten por lo menos una o dos veces al año. La empresa aseguradora, debería fomentar o realizar campañas de desparasitación a todos sus afiliados, en edades de 12 a 65 años a fin de disminuir la gran cantidad de atenciones que se producen por procesos diarreicos, o cuadros de dolor abdominal que consumen muchos recursos de laboratorio e imágenes, pues se activan protocolos para descartar que sean patologías graves; pero que en muchos casos terminan siendo amebiasis u otras parasitosis.

### **3.4.5 Establecer un sistema de información cruzada**

Un sistema que permita cancelar la cita tomada cuando el paciente ya haya solucionado su problema en urgencias, ayudaría a reducir la saturación de la consulta externa y optimizaría su uso, lo cual a su vez evitaría el círculo vicioso de consulta llena = referencia a urgencias, por parte del centro médico de consulta externa. Es una situación muy común; el usuario toma una cita con medicina general o familiar, le dan para después de 2, 4, 6 u 8 días, y a pesar de haber tomado la cita, acude a urgencias, pues “no puede esperar solo para que le vea el general y le remita” a Oftalmología por ejemplo.

Acude a urgencias, se le atiende y se remite; sin embargo, la gran mayoría no se toma la molestia de llamar a cancelar la cita tomada previamente, la cual no puede ser asignada a otra persona, pues al momento no existe una forma – salvo la voluntad del usuario de comunicarse a cancelar su cita si ya no la requiere – que permita a la empresa determinar que el usuario acudió ya a urgencias y le fue solventado su problema. Existe esta posibilidad en el sistema de registro digital, pero no hay interconexión entre los centros de atención.

La no cancelación de citas genera un círculo agenda llena – urgencias – agenda llena; que puede suprimirse si en call center reciben la información que el usuario fue atendido ya en urgencias, y entonces se puede comunicar para verificar si aún necesita la cita en consulta externa, o si la puede asignar a otro usuario. Hasta establecer este sistema; el programa de marketing social, estimula a los usuarios, para que llamen a cancelar la cita que ya no requieran.

### **3.5 Conclusiones del capítulo**

Combinando estas acciones a tomar se podrá reducir el uso inadecuado de la Urgencia, se optimizarán los costos e incluso permitirá la reubicación de personal médico sobre todo. Actualmente hay 13 médicos de urgencias para cubrir la demanda de adultos (24/7) y 4 médicos pediatras para cubrir la

demanda infantil (12/7) fuera de varios médicos de llamada en Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Ginecología y Pediatría en horas nocturnas. Esto incrementa costos por procedimientos y evaluaciones que se requieren para descartar patología grave.

Actualmente atienden 6 médicos para atención de adultos en la urgencia (3 en la mañana y 3 en la tarde) para cubrir las horas diurnas, y un velador; y el horario extendido es hasta las 21:00 horas, a fin de cubrir la demanda de atención. Si se logra controlar la demanda del servicio de urgencias para usos banales; se podrá reducir el número de médicos en el área de urgencias a uno o máximo dos en las horas diurnas, y uno en la noche; redistribuyendo el personal extra hacia la consulta a demanda; optimizando recursos de personal y de insumos.

## 4. CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos a lo largo de la investigación permiten llegar a la conclusión que hay un uso inadecuado del servicio de urgencia, por parte de los usuarios

Los resultados del estudio muestran claramente que el Servicio de Urgencias de Clínica CruzBlanca es utilizado como una consulta externa a demanda. Esto se basa en los picos horarios de uso del servicio, puesto que en el horario entre las 10 am y las 14 horas existe un gran pico de atención, dado por la falta de citas a demanda en la consulta externa. En los días de más demandan atención los pacientes es el lunes; usualmente con intención de pedir certificados de reposo, y hay un buen número de pacientes en fines de semana por razones personales, principalmente disponibilidad de tiempo

Se corrobora además por los diagnósticos más frecuentes, ya que el 68% de las atenciones en el servicio, son relacionados a casos de infecciones agudas de vías respiratorias superiores, que no tienen criterios de gravedad para ser tratadas como urgencias.

El uso inadecuado se mantiene y perenniza debido a que no hay un sistema que permita clasificar las atenciones en base a la prioridad clínica, sino que sigue primando el criterio del paciente; al que cualquier cosa le parece urgente.

No hay un espacio físico adecuado que permita atención diferenciada de urgencias y consulta a demanda

No existe un sistema de clasificación de las atenciones en no urgentes y urgentes

Se hace un uso excesivo de imágenes y laboratorio para descartar patologías graves y con el fin de protegerse de demandas por negligencia.

La excesiva carga laboral expone a fallas de diagnóstico e incrementa el riesgo de demandas por negligencia.

#### **4.1.1 Aportes logrados en el campo de la investigación.**

Este estudio ha permitido conocer la distribución real de las atenciones en el servicio, con horas de llegada horas y días pico, diagnósticos más frecuentes y esto ayudará para el mejor manejo del servicio una vez que se apliquen las recomendaciones finales del trabajo.

#### **4.1.2 vacíos que presenta la investigación**

No se pudo obtener; por no constar en el registro de historias clínicas el tiempo de espera, ni tampoco el tiempo de la atención, pues no existe el registro en el sistema de la hora de inicio de atención ni de finalización de la atención. No se ha podido determinar qué porcentaje de las atenciones en urgencia han requerido hospitalización pues no consta este dato en el registro digital.

A futuro podrá realizarse una investigación que incluya estas determinaciones usando otros métodos, que no sean el registro de historia clínica digital.

#### **4.2 Recomendaciones**

Basado en el análisis de los datos y en las conclusiones del trabajo; se recomienda:

Establecer un sistema de triage

Establecer una consulta externa a demanda

Establecer el pago de al menos un bono adicional por procedimiento realizado.

Educación al paciente

Establecer un sistema de información cruzada

Luego de la aplicación de estas medidas, realizar evaluación de resultados.

## REFERENCIAS

- Aranaz, J. (2006). ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *GAceta Sanitaria*, 20(4), 311 - 315. Recuperado Octubre de 2016
- Burnett M, G. S. (1 de MAY de 1996). USE OF THE EMERGENCY DEPARTMENT FOR NONURGENT CARE DURING REGULAR BUSINESS HOURS. *CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL*, 154(9), 1346 - 1362.
- Castillo, e. a. (1986). estudio del área de urgencias de un hospital general, grado de adecuacion de las visitas. *medicina clínica*, 87(13), 539 - 542. Recuperado Octubre de 2016
- Constitucion del Ecuador. (2008).
- D. R. Secretaría de Salud. (Septiembre de 2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. (Primera edición). (G. F. Dolci, & F. H. Torres, Edits.) MÉXICO, D. F., Mexico. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro\\_01.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf)
- Diccionario Real Academia Española (2001) de la lengua española. 22° ed. Madrid España
- Gómez E, L. (3 de agosto de 2013). El 20% de pacientes de urgencias van tras una incapacidad. *El Tiempo*. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12971482>
- Grupo de Triage Manchester. (2004). *Triage de Urgencias Hospitalarias* (Primera edicion , Novena reimpression ed.). (K. Mackaway - Jones, Ed., & G. E. Manchester, Trad.) Oxford: Blackwell Publishing Ltd,.
- Kluge DN, e. a. (1965).
- Lavenhar MA. (1968).
- Martín García, M. (2013). ESTUDIO DEL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. *Revista Enfermería Castilla y León*, 5(1), 42 - 49. Recuperado el 18 de Enero de 2017, de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/69>

- MSP ECUADOR. (2015). *Producción estadística 2006 - 2014*. Coordinación General de Planificación, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud, Quito. Recuperado el 20 de Enero de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/PRODUCCION-ESTADISTICA-2006-2014.pdf>
- MSP MAIS. (2013). *Manual de Atención Integral de Salud*. Quito, Ecuador.
- Ochoa J, e. a. (2000). Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Medicina Clínica*(115), 377-378.
- Ochoa, J. (2002). SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. *Medicina Clínica*, 118(17), 653-4. Recuperado el 04 de 10 de 2016, de Documento descargado de <http://www.elsevier.es>
- Olive C. Kobusingye, A. A. (s.f.). Boletín de la Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/kobusingyeabstract0805/es/>
- Peiró S, S. T. (1999). Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. *Economía y Salud*, 1 - 15.
- Reinoso S, e. a. (2011). Forma de acceso a los Servicios de Urgencia hospitalarios y pertinencia de la consulta. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4, 205 - 210. Recuperado el 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220004>
- Rocha-Luna, J. (Mayo - Agosto de 2009). Historia de la Medicina de Urgencia en México. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 1(1), 4 -11.
- Sánchez, M. (2004). ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Medicina Clínica*, 123, 619 - 620.
- SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2016). *Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS* (4ta edición, reimpresión 2016 ed.). (A. J. Jiménez, Ed.) Toledo: Grupo SANED.
- Vignolo. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud,. *Arch Med Interna*, XXXIII(1), 11 - 14. Recuperado el Nov de 2016
- Villatoro. (2005). Definiciones útiles en medicina de Urgencias.

## **ANEXOS**

### Anexo 1 Motivos de consulta seleccionados

MC10010916	Tos de 15 días, vista en urgencias 4 veces, no mejora exige un buen tratamiento y rápido que le ingresen
MC11011216	Acidez del estómago, llenura luego de ingesta grasa
MC12021116	Paciente con policitemia, acude para realizarse flebotomía por indicación de su medico
MC13021216	Acudió a Traumatología en centro médico, además esta resfriado pero no hay consulta externa a demanda; le refieren a urgencias
MC14022116	Dolor de ambos tobillos 5 días de evolución, sin antecedentes de golpe o trauma
MC15030616	Dolor abdominal vomito luego de ingesta de mariscos y coco; además polaquiuria
MC16031616	Acude para remisión a oftalmología porque hace 2 años tuvo una cirugía ocular
MC17032316	Hemorragia conjuntival, acude para referencia a oftalmología porque es segunda vez en un mes
MC18080416	Hace unos días se hizo pedicura. Está inflamado alrededor de la uña.
MC19100416	Tiene antecedentes de lumbalgia, desea hacerse una RMN de columna urgente porque saldrá de viaje en 3 días.
MC20080416	Edema labio superior, hace 2 -3 días, le vio odontólogo pidió Rx. dental, no problemas. Médico de su empresa pide Rx Senos paranasales, Biometría. Acude a hacer estos exámenes. Se explica no es urgencia; molesta pone queja.
MC21090416	Que se le pida exámenes de BH Colesterol triglicéridos y HDL; requeridos por cirujano plástico, el cual no es prestador de su servicio de Medicina Prepagada.
MC22050616	Dolor de los talones de 15 días de evolución, sin golpe o causa aparente.
MC23060616	Tuvo relaciones ese día con una mujer desconocida, se rompió el preservativo; desea examen de VIH urgente.
MC24120616	Caída del cabello
MC25150616	Mujer de 88 años acude por que "le duele todo" tiene cita en 5 días con Geriatra y ya no avanza más con el dolor.
MC26150616	Se golpeó el dedo medio con la puerta de su casa hace 15 días
MC27170616	Acude porque tiene cera en los oídos, en call center le dan cita en 10 días y no puede estar 10 días sin oír.
MC28200616	Paciente acude por presentar dolor del dedo pulgar, anoche estuvo "texteando" mucho por redes sociales.
MC29220616	Paciente acude por presentar cuadro gripal, adema presenta hongos en los pies (20:30)

Tomado de sistema de historia clínica digital de atenciones de Clínica Cruz Blanca

# ¿Sabes qué es una Urgencia?

**El Servicio de Urgencias, No es para Otorgar Medicamentos de recetas previas, o Expedir Incapacidades a criterio del paciente.**

**Es producto de una enfermedad o accidentes súbitos que ponen en riesgo la vida o la función de algún órgano o miembro (brazos, piernas, etc).**

**EJEMPLOS:**

- Accidentes con heridas que provoquen sangrado, fracturas o luxaciones.
- Pérdida del estado de conciencia, desmayos, crisis convulsivas.
- Dolores de pecho con dificultad para respirar, sofocamiento.
- Heridas por arma de fuego, accidentes automovilísticos.
- Vómitos o evacuaciones con sangre.
- Vómitos y diarreas continuos que provoquen deshidratación.
- Quemaduras.
- Intoxicaciones.
- Pacientes con asma agudizado.
- Pacientes con Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial con descontrol severo.
- Mujeres embarazadas con dolor abdominal continuo y/o sangrado transvaginal.

**Para ofrecerle un buen servicio, No acuda a Urgencias por alguna de estas razones:**

- Falta de tiempo por tener dos o más trabajos.
- Porque en su trabajo y/o escuela no le permiten salir.
- Porque no alcanzó cita con el Pediatra o Médico Familiar.
- Porque no sabía que a los niños los puede consultar el Médico Familiar.
- Porque se le terminaron los medicamentos.
- Porque llegó tarde a su consulta.

**O algún otro tipo de Urgencias que No ponen en Riesgo la Vida como:** Calentura, Tos, Gripe, Anginas, Dolor de Cabeza, Insomnio, Dolor de Muela, Resfriado, Diarrea en Adultos, Dolor de Oídos o «Cruda»

**Ayúdenos a ofrecer un buen servicio haciendo un uso adecuado del área de Urgencias.**

En nuestro servicio de Urgencias existe una área llamada **TRIAGE** que clasifica su enfermedad para enviar al paciente a los diversos servicios.

 **PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA**