

**LA ATENCION EN URGENCIAS
UNA MIRADA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

ROBERT DIDIER SUÁREZ AGUDELO

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION POSGRADOS ÁREA DE SALUD PUBLICA
MEDELLIN
2009**

**LA ATENCION EN URGENCIAS
UNA MIRADA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

ROBERT DIDIER SUÁREZ AGUDELO

Asesor

HERNÁN GARCIA CARDONA

Trabajo de Grado para optar el título de Posgrado en Gerencia de IPS

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION POSGRADOS ÁREA DE SALUD PUBLICA
MEDELLIN
2009**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO.....	8
Diferencias conceptuales	8
Esfuerzos para el servicio	10
Infraestructura saturada	10
Ausencia de normatividad	11
Valoración preliminar.....	12
Tropiezos de tipo administrativo.....	13
La perspectiva ética, moral y legal	14
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
METODOLOGÍA.....	16
DISCUSIÓN	17
Concepto y organización de las urgencias hospitalarias.....	17
Planes operativos de urgencias	18
Estructura funcional.....	19
Atención al paciente	20
• Jefe de urgencias:	23
• Responsables clínicos:.....	23
• Médicos Internos:	23
• Enfermeros jefe: Realizan actividades en consulta y observación.	23
• Auxiliares: Colaboran en la ejecución de las ordenes médicas y las instrucciones de los jefes de enfermería.	23
Otros servicios de urgencias del área de influencia del hospital.	24
Calidad asistencial	24
INDICADORES DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS	25
CONCLUSIONES.....	27
Anexo 1	28
Guía para las patologías en relación con la prioridad	28
Anexo 2	30
Criterios generales de ingreso en el área de observación	30
Anexo 3	34
Funciones del personal del área de urgencias	34

Anexo 4	43
Formación y mapa de competencias del personal de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias	43
NIVEL DE COMPETENCIA.....	46
Anexo 5	48
Indicadores básicos de la unidad de urgencias.....	48
BIBLIOGRAFIA	52
Normatividad:	52
Artículos de revistas y periódicos:	52
Artículos de la intranet:.....	52
Libros:	53

INTRODUCCION

Mucho se ha discutido y se ha escrito sobre el significado real del concepto de urgencia. La cual tiene connotaciones diferentes desde el punto de vista del actor interesado, ya que por ejemplo un cólico del lactante puede ser catastrófico para la madre, emergente para el padre, doloroso para el bebé, rutinario para el personal de salud que hace su atención inicial, un "R102" para el facturador y una fuente de glosa para el pagador, pero, estamos en el momento justo de nuestra reforma en salud (Ley 100 de 1993) de cerrar las brechas conceptuales que existen entre todos los actores del sistema, sin pretender que el concepto médico se unifique en toda la población, pero también evitando que se torne en una torre de Babel donde cada quien interpreta y toma partido, y ganancia, según su conveniencia.

Existe consenso que la urgencia es un concepto médico y así lo establece la Resolución 5261 de 1994: "En todo caso es el médico quien define esta condición (urgencia) y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención". Ahora, el problema reside en lograr que tanto aseguradores, prestadores y usuarios cierren filas en torno a ese primer concepto médico, que técnicamente se puede resumir en catalogar una urgencia en salud como toda aquella situación patológica que precisa de una atención priorizada, rápida, cualificada y con dotación adecuada.

La misma Resolución citada define en su artículo 9º. el término "Urgencia" como la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. Y en el artículo 10 se desglosa en que consiste la atención de urgencias.

Es un hecho que hasta el 90% de las atenciones de urgencias de los primeros niveles en Colombia corresponden a eventos que pueden ser manejados por otras áreas: Consulta externa, prioritaria, atención domiciliaria, o, aun mas, son eventos de carácter social, policial, judicial, donde cada vez mas el concepto anteriormente mencionado de urgencia se desvirtúa y se torna en una herramienta política o en una exigencia legal.

MARCO TEORICO

Diferencias conceptuales

En fechas recientes se han evidenciado los problemas graves que tiene el sistema de Seguridad Social en Salud para afrontar el hecho de la falta de comunicación de sus actores en cuanto a interpretación de la normatividad y del establecimiento de políticas regulatorias claras en la atención de urgencias, lo que a la postre deriva en hechos mal llamados “paseos de la muerte” donde los limbos del aseguramiento se hacen evidentes en un país que se precia de ser un Estado social de derecho y en el que la gente aun se muere no por falta de medios, sino por falta de acceso a ellos.

Es por esto que desde los inicios de la implantación de la Ley 100 de 1993, la atención de urgencias se ha convertido en un verdadero dolor de cabeza para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las normas constitucionales y legales imponen a clínicas y hospitales la obligación de brindar atención de urgencias a todo aquel que lo solicite, sin importar su gravedad y sin condicionarla a requerimientos económicos o contractuales. Estas disposiciones, acordes con los postulados de protección del derecho a la vida e integridad personal, pretenden humanizar los servicios asistenciales evitando situaciones absurdas e inaceptables de pérdida de vidas humanas a las puertas de las instituciones de salud.

El cumplimiento de esta normatividad, cuya verificación ocupa un importante porcentaje del tiempo y de la disponibilidad de los funcionarios de los organismos de control y vigilancia, se ha convertido en un problema constante para los prestadores. No por la validez de su contenido, que nadie discute, sino por las dificultades que derivan de su cumplimiento.

Es un hecho notorio el crecimiento inmanejable de las consultas que se atienden en los servicios de urgencias, por ejemplo las E.S.E.s de primer nivel de la zona de Urabá ven con preocupación este problema. La razón de este incremento depende de múltiples factores: uno es, sin duda, la certeza que tienen los pacientes de que en tales servicios se les debe atender sin exigirles pago previo o condicionante alguno; otro aspecto se debe a que la consulta externa de los aseguradores no les responde con la rapidez que su condición requiere; un tercer elemento, porque se sabe que con una sola visita a un servicio de urgencias se logra la resolución del problema sin que se deba acudir a nuevas citas para toma de exámenes, entrega de resultados y lectura, definición de tratamiento, entre

otros aspectos, y, finalmente, por la compleja situación económica de los trabajadores que temen pedir permiso en horas hábiles para acudir al médico o simplemente no pueden abandonar sus actividades informales en trámites de solicitud de citas, porque cada minuto dedicado a la burocracia impacta su productividad en detrimento del sustento diario.

Por estas razones se presentan enfrentamientos en varios escenarios que comienzan en la inicial atención donde las expectativas de los usuarios ante su propio dolor, padecimiento o necesidad de atención a menudo chocan con la concepción meramente técnica del médico de turno o el encargado de triage en el servicio de urgencias, que cataloga su padecimiento en una clasificación de prioridades que por lo general no es entendible para el usuario, lo que genera una inconformidad con la entidad que presta el servicio, con las consiguientes consecuencias en la calificación de su satisfacción con el servicio. En un segundo escenario tenemos los enfrentamientos internos en los prestadores que tienen personal técnico-asistencial, que fue formado en la academia para la atención sin contraprestación, y el personal administrativo que día a día ve como algunos pagadores hacen todo lo posible por objetar las atenciones, amparados en contratos, legislación, pertinencia, etc, pero sabiendo siempre que el único fin es la contención a ultranza del coste médico, este enfrentamiento intestino tiene el beneficio de llevar las partes la mayoría de las veces a un punto intermedio entre ambas que se logra con guías y protocolos estrictos sobre la base de una contratación e interpretación de la ley libre de presiones externas y con el principal objetivo de satisfacer las necesidades del usuario. El tercer enfrentamiento se da cuando el prestador cobra su atención y el pagador, llámese EPS, Entidad adscrita o Ente territorial, con un auditor cómodamente sentado ante un frío arsenal de normatividad anti-atención, objeta las acciones que se le prestaron a un usuario de su responsabilidad (la EPS del Seguro Social tiene 63 causales de glosa), sin detenerse a pensar las circunstancias no escritas en la historia clínica, y aun cuando lo están, no parecen ser válidas. La eterna discusión de qué es realmente necesario para superar la urgencia y qué da tiempo de espera, el debate de si pedir autorización de servicios implica condicionar o no la atención, entre otros temas, son ejemplos de las dificultades prácticas que se afrontan al cumplir la ley que obliga a resolver todas las consultas que se presenten, aun si se percibe que el objetivo es no pagar o retrasar el pago lo mas posible, con lo que la atención de urgencias se convierte finalmente en un hecho administrativo, y si no que lo digan los prestadores que están en liquidación por culpa de los servicios facturados y no pagados a SALUDCOOP régimen subsidiado, Nueva EPS, Caprecom, entre otras.

En efecto, las personas con condiciones de salud graves deben ser la prioridad del servicio y deben encontrar atención más oportuna que aquellos que pueden esperar. Sin embargo, la saturación de consultas irrelevantes ocasionan demoras en la resolución de las atenciones graves y molestias en los menos enfermos por los tiempos de espera a los que se ven avocados.

Esfuerzos para el servicio

Algunas entidades aseguradoras, hacen esfuerzos para educar a sus afiliados en la adecuada utilización de las urgencias, mientras otras prácticamente no se preocupan por el tema; pero en ambos casos, la realidad de los números de consultas en los servicios de urgencias indica que, hasta ahora, todo esfuerzo ha sido insuficiente y que se requieren ajustes novedosos para solucionar el complejo asunto.

De acuerdo con las disposiciones legales relacionadas con la atención de urgencias, todo colombiano debería contar con un pagador que asuma la cancelación de sus necesidades de salud: las personas con capacidad de pago estarían respaldadas por las EPS o planes complementarios, las personas pobres serían cubiertas por sus EPS-S, y los pobres sin acceso a subsidios (antes llamados vinculados) por las direcciones territoriales de salud. Sin embargo, los problemas de cobertura, los inconvenientes derivados de la falta de información, las deficiencias en los comprobadores oficiales de derechos, el incremento del desempleo con la consecuente disminución en los aportes al régimen contributivo y el aumento de vinculados de estratos 3 y 4, entre otras causas, hacen que se esté muy lejos de cumplir con esas normas. La verdad es que muchas personas que demandan servicios no tienen quien pague por ellas y terminan generando un problema insoluble para los prestadores: "atender, sin condicionar la atención, pero sin obtener el pago de sus servicios".

Infraestructura saturada

De otro lado, la red privada de instituciones prestadoras, en algunas ciudades de Colombia en que la red hospitalaria pública esta colapsada o no es suficiente para atender a la población vinculada, debe asumir la demanda de atención que se le presenta, sufriendo, además de la saturación de su infraestructura disponible, las dificultades para obtener el pago de tales servicios.

Todos estos problemas urgen una solución pronta y coherente que evite la formalización de una idea que empieza a percibirse en algunas regiones: el cierre voluntario de los servicios de urgencias, lo cual generaría un caos social de dimensiones incalculables y al que definitivamente se llegaría, de no abordar con cuidado el problema. Es necesario ofrecer soluciones e incentivos a quienes al cumplir con su deber no encuentran satisfechas sus justas reclamaciones económicas.

No se puede olvidar que la obligación de garantizar la salud de los colombianos es del Estado y que las clínicas y empresas sociales del Estado son solo herramientas para lograrlo; en consecuencia, es preciso exigir del gobierno nacional una reglamentación especial para garantizar el pago oportuno de las obligaciones derivadas del apoyo esencial que recibe para cumplir con uno de sus objetivos fundamentales.

Empieza a hacer carrera, ahora reforzada por un concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la idea es que las urgencias son hechos cumplidos y por lo tanto requieren para su pago un tratamiento previo de reconocimiento de la deuda y trámite de conciliación. Esta interpretación, además de contradecir el espíritu de la norma que prohíbe condicionar la atención de urgencias a autorización o contratación previa, tiene un impacto demoledor en las finanzas de los prestadores que se ven obligados a prestar los servicios en el momento en que se les solicite y solo obtienen el pago, en el mejor de los casos, hasta un año después y previo el cumplimiento de numerosos trámites y la asunción de los costos administrativos que genera su cobro.

Ausencia de normatividad

A esta compleja situación se agrega la falta de normatividad que defina un trato preferencial para el pago de deudas derivadas de la prestación de servicios de urgencias. En efecto, parece contradictorio que aún cuando la atención de urgencias es privilegiada, obligatoria, con tarifas generalizadas, sin condicionantes, etcétera, el pago correspondiente ingrese a la masa general de deudas como una acreencia cualquiera. En los eventos de liquidación de aseguradoras, las Instituciones Prestadoras de Servicios, que en un proceso de racionalización del riesgo han frenado oportunamente la contratación con entidades inestables financieramente, no pueden evitar el crecimiento de su cartera por la obligación legal de atender a los usuarios en urgencias. Esas deudas no tienen privilegio alguno y entran a formar parte de la masa general de deudas en un turno de pago equivalente a cualquier obligación sin respaldo, viéndose en muchos casos avocadas a la pérdida de esos dineros por falta de recursos para cubrirlas.

La tendencia normativa debería ser coherente, en el sentido de establecer obligaciones a las IPS que conllevaran, de manera recíproca, derechos o contraprestaciones que reconocieran el valor de cumplir la norma.

El asunto de quién asume el pago es apenas otro eslabón de una cadena aún más compleja de situaciones: superado el problema de identificar el responsable pagador de los servicios, cuando ello es posible y con los riesgos atrás mencionados, surgen nuevos tropiezos.

De acuerdo con la ley vigente, la atención inicial de urgencias es el servicio que se presta en una dependencia especializada, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte de cualquier persona afectada por patología o trauma que demande resolución inmediata.

Las EPS han apelado a una figura que nunca ha sido reglamentada: La “*atención prioritaria*”, que consiste en crear espacios aparte para atender los pacientes que presentan situaciones que, sin ser urgencia vital, requieren de valoración médica y dan más espera. De hecho, el MAPIPOS también trata acerca de la consulta odontológica de urgencias para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos, pero esto tiende a considerarse actualmente un asunto de atención prioritaria, a lo sumo.

En ninguna disposición legal aparece la noción de la denominada “*urgencia vital*”, En tal sentido se presenta una clara contradicción entre las normas y su interpretación por parte de los pagadores.

Valoración preliminar

Los servicios de urgencias han adoptado un sistema de prioridades para las atenciones conocido como *triage*, que consiste en una valoración preliminar de la condición del paciente que demanda un servicio, tendiente a establecer tiempos de espera prudenciales para resolver su consulta. Esta clasificación de pacientes se hace basada en la interpretación de signos y síntomas pero en ningún caso se puede entender como diagnóstico médico definitivo. Simplemente es una herramienta de organización del servicio. Se ha interpretado por parte de los diferentes pagadores que aquellas consultas de menor complejidad, que por tanto dan mayor tiempo de espera en su atención, clasificadas como *triage* III o IV, no deberían ser atendidas en servicios de urgencias sino eventualmente en consulta externa y, por consiguiente, se niegan a cancelar el valor derivado de tal atención. Esta interpretación contradice abiertamente las normas vigentes que, se reitera, no distinguen entre urgencia vital o corriente, simplemente se limitan a obligar a atender a todo aquel que demande un servicio, ofreciéndole, entre otras cosas, un diagnóstico y la definición de un plan de tratamiento posterior.

En el mismo sentido se presentan problemas con los servicios iniciales de patologías serias. Si bien en este tipo de atenciones no hay discusión sobre la validez del servicio, los problemas surgen al evaluar *a posteriori* cuáles de ellos se requerían efectivamente para superar la condición de urgencia y cuáles daban tiempo de espera para ser resueltos en forma posterior. En otras palabras, ¿dónde termina la atención de urgencias y donde comienza la atención posterior? Ejemplos como el traslado de un paciente del servicio de urgencias a la unidad de cuidados intensivos muestran el problema. Frecuentemente las auditorías de cuentas objetan servicios brindados bajo el supuesto que una vez superada la urgencia se debería intentar la remisión del paciente a los centros de atención autorizados por el pagador. En ciertos casos la remisión del paciente no es posible por su condición inestable y en otros muchos por la negativa del mismo paciente de fraccionar su atención siendo referido a otra institución con la cual no ha tenido cercanía desde el inicio de su atención.

Como si el problema de atender un paciente y obtener su pago justo y oportuno no fuera suficiente, los prestadores de servicios y los médicos responsables de los servicios de urgencias enfrentan adicionalmente el riesgo de reclamaciones judiciales posteriores por presuntas deficiencias de sus actuaciones.

Tropezos de tipo administrativo

Algunas veces se inician investigaciones administrativas por problemas derivados de falta de oportunidad en la atención. La congestión de los servicios, la prioridad de las atenciones, la remisión a centros especiales de consulta externa incomodan al paciente, obligándolo a quejarse ante los organismos de vigilancia y control. Las restricciones de los planes de beneficios y de los acuerdos contractuales entre prestadores y aseguradores y las reglas de juego de atención propias de cada pagador ocasionan frecuentes choques entre prestadores y pacientes. Una persona angustiada que pretende un servicio inmediato no quiere oír de traslados, de autorizaciones, de órdenes de servicios, y aún cuando se le explique que es lo exigido por su asegurador, termina identificando los procesos como barreras de acceso y procede a denunciar ante los organismos de vigilancia y control a la IPS y a su personal y no al administrador de planes de beneficios que ha generado el problema con sus exigencias supraleales.

Se puede afirmar, por último, que no existe ninguna otra actividad en la que el profesional a cargo deba tomar decisiones de vida o muerte de manera inmediata sin tiempo o recurso adicional a su propia experiencia y criterio. En esas condiciones es humanamente posible que se cometan errores, que se pasen por alto indicios que en otras condiciones hubieran sido relevantes, en fin, se asumen conductas inmediatas que solo deberían ser evaluadas tomando en cuenta las circunstancias en que ocurrieron. Los jueces y las propias auditorías médicas sorprenden revisando atenciones de urgencias *a posteriori* y reclamando presuntas deficiencias sin considerar el tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos.

Resulta evidente que la problemática alrededor de los servicios de urgencias es trascendente y que es imperativo abordar su estudio con rigor e integralidad. Soluciones parciales o la persistencia de vacíos normativos profundizarán una crisis que amenaza la permanencia de varias clínicas y hospitales del país. Los organismos de dirección del sistema, Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio y Superintendencia de Salud, están obligados a estudiar el asunto y deben comprometerse con la formulación de políticas que resuelvan los múltiples problemas existentes, en beneficio de la comunidad en general y del sector prestador en particular.

La perspectiva ética, moral y legal

Es evidente que la salud es un bien intangible y de carácter preferencial, que se presta con preceptos diferentes a cualquier otro bien o servicio, ya que tiene implícito el concepto de vida y de su cuidado, acrecentado por factores como la confianza de los pacientes y sus familias, el juramento hipocrático, el esquema actual de atención que exige la autosuficiencia económica y rendimientos sociales y monetarios, la creciente avalancha de legislación en torno a la salud y su oferta a la población, lo que hace que además de riesgosa, la prestación de los servicios de salud para el personal médico y paramédico sea estresante y en muchas ocasiones mal remunerada.

Un sistema de urgencias exitoso asegura que todos los individuos tienen el acceso al cuidado de la emergencia sin tener en cuenta su capacidad de pago o tipo de aseguramiento. A menudo el sistema de urgencias es en un paciente sólo el punto de entrada en el sistema de salud. Para aumentar la presión en el control de los costos de cuidado de salud, los pacientes pueden estar desorientados por una variedad de fuentes de acceder al sistema de urgencias. Los médicos de urgencias a menudo deben servir como los abogados de pacientes asegurando que puedan acceder al sistema en una forma oportuna.

Un problema más difícil existe cuando, ya sea la densidad de la población o condiciones geográficas generan un tiempo de respuesta más largo para unos ciudadanos que para otros. Las redes de urgencias deben poder ocuparse de tales faltas de equidad que son políticamente y económicamente, difíciles de ajustar.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de atención de urgencias para un hospital de carácter público de I nivel de complejidad en la Republica de Colombia que sirva de base metodológica para implementar nuevas propuestas que tengan como meta el mejoramiento, tanto en la búsqueda de la calidad, como en el mayor aprovechamiento de los recursos, que por las características inherentes a cada institución siempre serán diferentes. Lo que a la postre tendrá que redundar en el nivel de vida de las sociedades beneficiarias del servicio ofertado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la legislación Colombiana más relevante en materia de servicios de salud de urgencias.
- Describir metodológicamente la forma de Identificar los pasos fundamentales de una atención en salud para un servicio de urgencias de I nivel, como puerta de entrada al sistema de salud Colombiano.
- Identificar los principales problemas que se presentan para prestar los servicios de salud de urgencia en forma adecuada.
- Incentivar la ejecución de planes de mejoramiento en los servicios de salud de urgencias de I nivel.
- Contribuir a mesurar y aprovechar el talento humano como base de la prestación de servicios de salud de urgencia.
- Plantear herramientas de organización y estandarización que permitan controlar los costos de funcionamiento de un servicio de urgencias de I nivel.
- Fortalecer la infraestructura ya desplegada para mejorar los estándares de calidad en los servicios de salud de urgencia de I nivel.
- Promover la satisfacción del usuario del servicio como indicador centinela de un servicio de salud estándar.
- Plantear los principales indicadores que por su utilidad deben ser medidos en un servicio de salud de urgencia de I nivel.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sobre el tema de urgencias en la internet, revistas y periódicos especializados en manejo hospitalario, conferencias relacionadas con el tema, tanto en medio magnético como en memorias escritas, dándole prioridad a la situación Colombiana.

Posteriormente se cumplió una fase de análisis de la información obtenida, donde, a pesar de las limitaciones bibliograficas de orden geográfico, se evidenció parte de la problemática que presentan los servicios de salud en la Región de Urabá y se comenzaron a vislumbrar posibles alternativas de solución, alcanzables y acordes con el maremagnum de legislación generada en Colombia en materia de salud y de la reglamentación de su ejercicio.

En la tercera fase se propone un esquema de atención basado en la exitosa experiencia que han tenido algunos hospitales Ibéricos recogidos en el Libro "Gestión Hospitalaria", donde se implementan los conceptos de Unidades de Gestión Clínica de Urgencias (UGCU) y su puesta en acción en Planes Operativos (PO) y Planes Funcionales (PF), los cuales hilvanan las necesidades básicas de toda institución prestadora de servicios de salud de carácter público como son:

- Cumplir la normatividad vigente y obligatoria.
- Generar excedentes económicos para reinvertir en la salud de la población beneficiaria.
- Ofrecer servicios con calidad y acercándose a las necesidades del usuario.
- Cumplir su función social buscando equidad en la prestación del servicio.
- Acercar los usuarios a las instituciones mediante el aumento de la satisfacción con la percepción de los servicios prestados.
- Tornarse en valuarte y patrimonio reconocidos por la población beneficiaria.

DISCUSIÓN

Concepto y organización de las urgencias hospitalarias

Es el servicio de urgencias una de las pocas áreas donde, en materia de salud, se conjugan las perspectivas de integralidad, continuidad y personalización de la atención, por lo tanto es imprescindible para cada unidad de atención de urgencias basar su operación en procesos y guías que organicen e integren los elementos asistenciales de una forma global, los cuales deben estar incluidos en un plan o una política de atención de usuarios.

Es en nuestro medio la urgencia es uno de los principales accesos a los servicios de salud, con unas frecuencias de uso inadmisibles, generadas por varias razones, iniciando por la incipiente cultura de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y agravada por factores como: La edad (adultos mayores y menores de 5 años), sexo (femenino), estado civil (solteros y separados), situación laboral (desempleados), nivel socioeconómico (niveles I y II) o grupos de población marginal; lo que a la postre trae consecuencias como: disminución de la calidad asistencial, aglomeraciones, tiempos de espera aumentados, “fugas” de pacientes no atendidos, y en general disminución del rendimiento asistencial con su consiguiente reflejo en los costes hospitalarios.

El factor tiempo y el dominio de la situación son claves, porque los retrasos y los errores diagnósticos o terapéuticos pueden transformar una situación aparentemente banal en otra grave.

Esta anhelada integralidad en el servicio se puede obtener mediante la implementación de *Unidades de Gestión Clínica de Urgencias (UGCU)*, la cual canalizaría y distribuiría los recursos asignados al área de urgencias, con criterios de autonomía, responsabilidad y efectividad.

Estas UGCU operarían basadas en Planes Funcionales (PF), los cuales deben responder a cuatro preguntas clave:

- ¿Qué actividad asistencial se está realizando?
- ¿Que recursos humanos y materiales se están utilizando?
- ¿Con que nivel de calidad?
- ¿Que aspectos de la actividad se pueden mejorar?

Planes operativos de urgencias

Es innegable la correlación evidenciada entre la implementación de planes operativos (PO) en las áreas de urgencias y el incremento de la calidad ofertada.

Los PO deben garantizar la regulación, integralidad y continuidad asistencial con una visión de atención global y coordinada entre las diferentes áreas hospitalarias y con unas metas claras medidas con indicadores, que a la postre deben verse reflejadas en la satisfacción de los usuarios de los servicios.

En la gestión de las áreas de urgencias existen cuatro puntos básicos:

No importa de que dirección dependan o como se dividan, todas las áreas que manejen pacientes urgentes, emergentes y/o críticos deben gestionarse en bloque.

La gestión de urgencias incluye los pacientes urgentes y/o críticos generados en otras áreas (Hospitalización, obstetricia, etc).

El personal médico especialista o no, disponible en cualquier área del centro hospitalario puede actuar como consultor o colaborador, siendo la responsabilidad de la atención del paciente, compartida.

Todo el personal de urgencias (médicos, paramédicos, administrativos, apoyo, etc.) depende orgánicamente de su línea jerárquica, pero funcionalmente depende del jefe del servicio de urgencias.

Las características principales de los PO de urgencias serán:

Integralidad: Rápida comunicación y traslado entre las áreas operativas que necesite el paciente, tanto internas como externas (continuidad). Además los PO de Urgencias deben ser parte de los planes estratégicos de la institución y de su política centrada en las necesidades del cliente, y deben también promulgar el autocuidado de la salud y estilos de vida saludables.

Eficiencia: Los recursos disponibles deben producir la mayor rentabilidad social y deben contribuir a lograr las metas en salud pública, por lo tanto continuamente se deben evaluar nuevos esquemas de administración y atención que demuestren la efectividad en la mejor calidad de vida y la contención de los costos.

Universalidad: Se debe ofertar a la población beneficiaria de los servicios, la mejor calidad posible, con la expectativa de satisfacer la gran mayoría de sus necesidades en salud (polivalencia), pero también cada día, especializando con recurso humano y tecnología de punta la organización en las patologías que epidemiológicamente sean las más representativas en la comunidad.

Innovación: La estructura organizativa debe ser lo suficientemente flexible para permitir hacer periódicos análisis del entorno y planear y ejecutar nuevas formas de atención de cara al futuro.

Alta calidad: Los conceptos de calidad en la atención, independiente de la forma en que se presenten a la organización deben impregnar todo el ambiente laboral, y debe ser uno de los principios rectores de la prestación del servicio, tanto para administradores, ejecutores y la comunidad en general, lo cual se debe reflejar en el continuo *accesibilidad-calidad técnico científica-satisfacción del cliente*.

Estructura funcional

Portafolio de servicios: Debe estructurarse basándose en las características de la población atendida, como su estructura económica, su pirámide poblacional, su perfil epidemiológico, los demás prestadores en el área de influencia, etc. En general tiene tres principios generales:

Debe ser proyectada para ofrecer, garantizar y asegurar una atención integral y continua.

Debe responder, con sus limitaciones de nivel, a cualquier evento de salud que se pueda presentar entre los potenciales pacientes, priorizando los críticos y mínimo debe ser apto para responder ante un paro cardiorrespiratorio, estabilización inicial de cualquier paciente y hacer un diagnóstico inicial, así sea sindrómico, y asegurarle al paciente que será atendido en el nivel que necesita.

Debe ser igual de operativo las 24 horas del día, los 365 días del año.

Áreas funcionales: Son circuitos de pacientes diferenciados por el riesgo, posibles recursos a utilizar y estancia prevista. Las áreas funcionales básicas serían:

- **Admisión y recepción:** Para el inicio de trámites administrativos, comprobar derechos, brindar información.
- **Sala de espera de familiares:** Por fuera del área asistencial, debe ser espaciosa, con parlantes, teléfono público, sanitarios y agua potable. De ser posible con algunas amenidades como televisión cultural, música ambiental, revistas de contenido informativo.
- **Triage:** Un consultorio médico dotado, que esté unido a sala de reanimación, donde se debe hacer la clasificación inicial del estado de urgencia del paciente y su tiempo de atención.
- **Consultorios:** Donde, dependiendo de la complejidad, se hará la atención de los pacientes clasificados y en nuestro caso pueden ser nombrados según las patologías de más frecuente consulta por urgencias (Obstetricia, Trauma, Pediatría, etc.)

- **Observación:** En el primer nivel es una sala común, pero dependiendo del volumen y las causas de consulta se puede dividir (Pediatria, Trauma, Obstetricia, Críticos, etc.)
 - **En sillones:** Para procesos agudos donde se espera resolución en menos de 8 horas, con posibilidad de monitoreo cardiaco (con la restricción en nuestro medio impuesta por la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, que en su estándar de dotación habla en sala de observación de camillas rodantes con barandas), pero en todo caso por comodidad de los pacientes y las restricciones de espacio, se debería explorar esta posibilidad en casos de: Pacientes estables hemodinamicamente, pacientes conectados a venoclisis, pacientes en inhaloterapia.
 - **En camilla:** Para procesos que supongan una atención de hasta 48 horas pero deben tener una vigilancia mas estricta que en el área de hospitalización, tiene esta área por objeto la estabilización de los pacientes y su monitoreo por el personal requerido.
- **Apoyo:** Debe prestar apoyo al personal y a los usuarios del servicio. Esta constituida por sala de consulta, sala de descanso, sala de informes (es común que en nuestro medio se reúnan las anteriores en la sala de estar), de cara al usuario están la farmacia, información, cafetería, etc.
- **Flujo de pacientes:** Los pacientes deben ser enrutados por las zonas asistenciales que necesiten, siendo los principales:
- **Flujo de emergencias (Línea roja):** Constituida por triage, sala de reanimación, sala de observación camillas.
- **Flujo ordinario (Línea azul):** Constituida por triage, espera de pacientes, consultorios, observación con sillones.
- **Flujo de atención básica (Triage IV):** Triage, sala de espera de familiares, consulta externa.
- **Flujo de preferentes (Consulta prioritaria):** Si está en el portafolio de servicios.

Atención al paciente

Elementos básicos:

Derechos del paciente y su familia.

Hotelería.

Información protocolizada

Organización de la atención al paciente:

“El tiempo de espera en Urgencias expresa no solamente aspectos organizativos y de capacidad clínica de una unidad sino que, a los ojos del público, representa el compromiso humano de todo un sistema de salud para con el bienestar de su población”.

En el área de urgencias la asistencia al paciente debe empezar desde que llega a la unidad, con el concurso de todo el personal médico, paramédico y de apoyo. El continuo de los puntos de contacto es:

Recepción: Inicia en la portería habilitada para el ingreso de pacientes a urgencias, dependiendo del estado clínico del paciente se orienta a admisiones o a triage.

Admisiones: Por personal administrativo, conectada con Triage y sistematizada para iniciar la gestión del paciente (comprobar derechos, historia clínica, registro). Donde de todos modos se hará una nueva calificación del estado clínico del paciente y si es necesario se enrutará inmediatamente al Triage.

Información: Aunque es responsabilidad de todo el personal brindar a los pacientes y sus acompañantes la información disponible y no sometida a reserva, es deseable entregar a los pacientes y familiares material impreso donde se detalle el funcionamiento de la unidad. Todo lo anterior bajo los preceptos de: Amabilidad, calidez, trato humano y respeto a la confiabilidad.

Triage: Es el punto de partida de la organización asistencial. No es una actividad diagnóstica, sino de valoración, selección, priorización y derivación al lugar que las condiciones clínicas del paciente exijan. Se basa en características de cantidad y gravedad de los síntomas y su relación o no con los signos vitales. Según la gravedad de los síntomas se puede dividir en:

Triage 1 (Emergencia - Atención médica Inmediata) Flujo de emergencias.

Triage 2 (Urgencia no crítica – Atención médica en menos de 15 minutos) Flujo Ordinario.

Triage 3 (Urgencia diferible – Atención médica en menos de 30 minutos) Flujo Ordinario.

Triage 4 (Urgencia no demostrada – Atención médica en 2 o menos horas) Flujo de atención básica

Ver Anexo 1 sobre patologías en relación con la prioridad.

En algunas instituciones pueden adoptar el método Norteamericano de Triage que divide en 5 las atenciones por urgencias así:

Nivel 1 Resucitación: Requiere intervenciones agresivas. Tiempo hasta el medico: Inmediato – Tiempo a Enfermería: Inmediato.

Nivel 2 Emergencia: Requiere intervenciones rápidas. Tiempo hasta el medico: 15 minutos – Tiempo a Enfermería: Inmediato.

Nivel 3 Urgencia: Atención para evitar complicaciones. Tiempo hasta el medico: <30 minutos – Tiempo a Enfermería: 30 minutos.

Nivel 4 Urgencia menor: Una atención en menos de 2 horas evitaría potenciales deterioros. Tiempo hasta el medico: <60 minutos – Tiempo a Enfermería: < 90 minutos.

Nivel 5 No Urgente: La atención debe referirse a los servicios específicos que necesita el paciente. Tiempo hasta el médico: <120 minutos – Tiempo a Enfermería: 120 minutos.

Atención clínica:

- **Consultorios:** Allí se presta la atención inicial a la mayoría de los que ingresan por urgencias.
- **Observación:** En el Anexo 2 se encuentran los criterios de ingreso para cada una de las observaciones (sillones o camillas).

Historia clínica y documentación

Definición: La Historia Clínica comprende el grupo de documentos que, normalizados en Colombia por la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, muestran los procesos asistenciales recibidos por cada paciente.

Las diferentes IPS deben asegurar la seguridad, conservación y la recuperación de la información cuando sea necesaria, lo cual se logra si esta información esta sistematizada.

Todo paciente tiene derecho a que todos los procesos que se le realicen, sean depositados en su historia clínica.

Equipo Humano

Funciones del personal

El recurso humano que debe estar en el área de urgencias, mínimamente esta constituido por:

Personal Medico: Médicos de planta, contratistas, internos, rurales, etc.

Personal Paramedico: Enfermeros, auxiliares, promotores.

Personal no médico: Administrativos, vigilancia, seguridad, servicios generales.

Todo este personal debe estar funcionalmente bajo la dirección del jefe del área de urgencias y estructuralmente sujetos a la normatividad de la organización y del SGSSS. Algunas funciones se enumeran en el Anexo 3.

Personal médico

- **Jefe de urgencias:** Máxima autoridad del servicio, durante su ausencia debe designar un delegado, dependiendo del volumen de usuarios puede asumir funciones asistenciales.
- **Responsables clínicos:** En los horarios de estancia del Jefe de urgencias, este será el responsable clínico, en el resto de horarios debe dejar un designado.
- **Médicos Internos:** Para todos los casos se consideran adscritos al área de urgencias.

Personal Paramédico

- **Enfermeros jefe:** Realizan actividades en consulta y observación.
- **Auxiliares:** Colaboran en la ejecución de las ordenes médicas y las instrucciones de los jefes de enfermería.

Personal no médico

Realizan actividades de apoyo para que la misión institucional sea cumplida a cabalidad.

Mapa de competencias

Son las características internas de cada persona y que se relaciona con su puesto de trabajo. Básicamente son de tres tipos:

Conocimientos: saber

Habilidades: saber hacer

Actitudes: estar dispuesto a

Enfocada en las anteriores características, se plantea en cada persona y cada área unas fases diferentes: A (selección), B (Experto) y C (Excelente), calificándose también cada competencia como “deseable” o “imprescindible”

Es básico que las competencias del personal, médico y paramédico, de urgencias estén enfocadas en la formación para los cuidados críticos. Los principales están en el Anexo 4. (El Anexo 4 no aparece, favor colocarlo)

Relaciones y coordinación

Se debe tener una relación coordinada con las diferentes áreas del hospital, pero especialmente con:

Servicios propios del hospital: Radiología, laboratorio, hospitalización domiciliaria, admisiones, facturación.

Otros servicios de urgencias del área de influencia del hospital.

Los servicios de atención prehospitalaria: Bomberos, cruz roja, defensa civil, etc.

Las instituciones prestadoras de salud de referencia para el hospital: (Tanto generadores como receptores de remisiones).

Calidad asistencial

Es una característica buscada desde la misma creación de la atención hospitalaria, pero, según definición de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Es la medida en que los servicios de salud mejoren la probabilidad de unos resultados favorables y son pertinentes al conocimiento profesional.

Se habla de un servicio con calidad cuando se evidencia:

Una práctica clínica basada en pruebas y/o en el conocimiento científico actual.

El menor riesgo a los pacientes y su familia.

Altos grados de eficiencia.

Satisfacción para usuarios, tanto externos como internos.

Respeto al medioambiente.

Es necesario entonces someterse continuamente a las evaluaciones y críticas que generen programas de mejora enfocados en dos sentidos:

Conocer, registrar y medir lo que se hace: Básicamente es un “control de calidad”.

Comparar, evaluar y corregir. Haciendo referencia competitiva, ya sea con períodos propios anteriores o con la competencia actual del mismo nivel de atención. Esta corrección hace parte de la “política de calidad” de la institución.

La medición de la calidad utiliza varios instrumentos: Los criterios, los estándares y los indicadores.

El criterio: Es una especificación relevante que debe cumplir un aspecto de la atención y permite elaborar un juicio favorable acerca de esta, ejemplo: monitores por cama de urgencia, tiempo de espera para triage 2, tiempo de atención de las enfermedades diarreicas agudas, etc.

El estándar: Es el grado de cumplimiento exigible en un criterio, por lo tanto es un requisito esencial para la prestación del servicio. Ejemplos: El 100% de los pacientes ingresados como triage 1 de ser atendidos inmediatamente, el 100% de los pacientes que llegan con trauma encefalocraneano debe tener escala de Glasgow al ingreso.

El indicador: Es una herramienta para el monitoreo y sirve para identificar las áreas específicas que necesitan intervención. A su vez los indicadores pueden ser:

De registro de sucesos (centinela): Mide un proceso o resultado grave o indeseable para el normal transcurrir de la atención, a menudo es evitable, su frecuencia de aparición es baja pero con efectos graves en el paciente y su familia, y a menudo ameritara investigación individual de caso.

De índice: Mide eventos para ser después tenidos en cuenta en un acumulado que muestre una tendencia, lo que permite medir el desempeño comparado con otras instituciones o registrar la mejora.

Según el tipo de sucesos, los indicadores pueden ser:

- **De resultados:** Mide lo que ocurre después de una actuación, ejemplo: infección urinaria post sondaje.
- **De proceso:** Miden las actividades realizadas, ejemplo: Porcentaje de toma de signos vitales completos a los pacientes ingresados al servicio de urgencias.

Los principales indicadores de la unidad de urgencias se establecen en el Anexo 5.

Los principales indicadores utilizados en nuestro medio están orientados a los servicios de 3er nivel, los más importantes son:

INDICADORES DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

PROCESO/RESULTADO	DEFINICIÓN
• Demanda no atendida	Nº pacientes no atendidos / Total demanda de servicios.
• Oportunidad en la atención	Tiempo promedio en minutos de espera para la consulta médica según el nivel de <i>triage</i> .
• Estancia en urgencias	Tiempo promedio en horas de estancia en urgencias.
• Reingresos	Tasa de reingreso.

	Causa de reingreso (persistencia de síntomas, control, patología nueva y complicación).
• Complicaciones	Tasa de complicaciones.
• Incidentes en la atención	Nº de incidentes en la atención. Tipo de incidentes ocurridos.
• Nivel de satisfacción del paciente	Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención médica. Porcentaje de satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de ingreso. Porcentaje de satisfacción del paciente con el trámite de salida.
• Perfil del usuario	Distribución de pacientes atendidos por grupo etáreo y sexo. Distribución de urgencias por diagnóstico de egreso. Distribución de pacientes atendidos según el régimen de afiliación al sistema de salud.
• Rentabilidad económica	Margen de contribución de urgencias. Valor de la glosa. Porcentaje de facturas devueltas.
• Calidad de la historia clínica	Porcentaje de registros con calificación excelente.
• Uso de guías de práctica clínica	Porcentaje de adhesión a las guías de práctica Clínica.

CONCLUSIONES

Toda Institución Prestadora de Servicios, debe implementar métodos de medición y evaluación de acuerdo a la normatividad vigente.

Los Indicadores de gestión son una herramienta importante para la evaluación permanente de la gestión y la calidad de los servicios de salud y sus procesos permitiendo corregir en forma oportuna las desviaciones de los estándares fijados por la Institución.

Los indicadores de gestión son sistemas de información que permiten a todos los integrantes de una organización, evaluar y controlar los procesos existentes y sus resultados.

Los indicadores de gestión nos permiten una visión completa de la institución y la relación entre lo programado y lo ejecutado.

La calidad se constituye en la actualidad como la mayor ventaja competitiva de las instituciones para su sostenimiento en el tiempo siendo los indicadores de gestión una garantía de la misma.

Hoy la gestión está igualmente dirigida por la misión de la empresa teniendo como objetivos la satisfacción de las necesidades, deseos y demandas de los clientes.

Pudiera ser que exista un buen resultado pero una mala gestión, o pudiera ser que exista un mal resultado pero una buena gestión, por ello lo importante es el tránsito para ir de un esquema a otro y su comparación y no los resultados.

Anexo 1

Guía para las patologías en relación con la prioridad

Procesos de nivel 1

- Dolor torácico presente en el momento de la consulta (sobre todo si hace pensar en dolor isquémico), o ausente pero con alguno de estos datos: palidez cutánea, hipotensión o hipertensión arterial, alteración en la frecuencia o en el ritmo cardiaco o incremento en la frecuencia respiratoria.
- Arritmia cardiaca con inestabilidad hemodinámica.
- Disnea en el momento de la consulta o episodio previo de disnea con alguno de los datos que se especifican para el dolor torácico. Fallo respiratorio agudo.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Hemorragia digestiva demostrada por el personal de triage, o con alteración de los signos vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.), o con antecedentes de cirrosis hepática.
- Otras hemorragias con alteración de las constantes vitales
- Cefalea intensa o no, pero acompañada de alguno de los datos siguientes: fiebre, disminución del nivel de conciencia, hipertensión arterial, vómitos, focalización neurológica.
- Déficit neurológico con alteración del nivel de conciencia.
- Ataque cerebrovascular.
- Traumatismo cráneo encefálico con perdida de conciencia.
- Traumatismo penetrante en tórax o abdomen.
- Politraumatismo.
- Síncope.
- Shock.
- Crisis convulsiva actual.
- Grandes quemados.
- Ahogados.
- Bajo nivel de conciencia cualquiera que sea el motivo (intoxicación medicamentosa, fiebre, abuso de drogas, ictus, hipoventilación, etc)
- Dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o hipotension arterial, palidez cutánea, taquicardia ($FC \geq 100$ lpm) o disminución del nivel de conciencia.

- Fiebre con afectación grave del estado general o en pacientes con antecedentes de trasplante de órganos, neoplasia en quimioterapia actual o reciente.
- Parto precipitado.
- Paciente traído de urgencia en ambulancia.

Anexo 2

Criterios generales de ingreso en el área de observación

Área de observación sillones

Patología cardiovascular

- Angina secundaria, asintomática en el momento de la consulta y sin cambios electrocardiográficos agudos, en un enfermo con cardiopatía isquémica conocida.
- Fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular rápida.
- Taquicardias paroxísticas supraventriculares recurrentes, en pacientes por lo demás sanos.
- Insuficiencia cardíaca congestiva crónica, descompensada grado II-III, pudiéndose identificar y controlar el origen de la descompensación.
- Urgencias hipertensivas con cifras de tensión arterial diastólica por encima de 120 mm Hg, pero asintomáticas o con sintomatología leve e intrascendente y que permiten iniciar su corrección con tratamiento oral.

Patología respiratoria

- Crisis asmática sin criterios clínicos de gravedad, que no requiere oxigenoterapia y que no mejora tras tratamiento en el área de consulta en el plazo de una hora.
- Bronconeumopatía crónica reagudizada. Sin criterios clínicos de gravedad, que requiere oxigenoterapia y no mejora tras tratamiento en el área de consultas en el plazo de una hora.

Patología endocrino metabólica

- Hipoglucemias en pacientes en tratamiento con Hipoglicemiantes Orales (HO): sin trastorno del nivel de conciencia y que, teniendo en cuenta la hora del consumo del fármaco y la causa (escasa ingesta de alimento, ejercicio intenso), completará en el esta área un período de observación inferior a la vida media del fármaco en cuestión.
- Hiperglucemias no complicadas y no controladas tras tratamiento en el área de consultas.

Patología nefro urológica

- Hematuria macroscópica con origen urológico no resuelta en el área de consultas tras un lavado vesical y sin trastornos de la coagulación ni antecedentes de traumatismo.
- Cólico nefrítico no complicado que, tras analgesia en el área de consultas, no presenta mejoría en el plazo de una hora o que se muestra rebelde al tratamiento vía oral o intramuscular; realizado en consulta externa.

Patología digestiva

- Cólico biliar no complicado (sin fiebre o sospecha de colecistitis), con persistencia de la sintomatología tras tratamiento intravenoso en el área de consultas en el plazo de una hora o sin respuesta al tratamiento establecido en consulta externa.
- Gastroenteritis aguda, en enfermos sin patología de base, que presentan intolerancia a la rehidratación oral por vómitos persistentes a pesar del tratamiento antiemético correcto o deshidratación leve con afectación del estado general.

Patología hematológica

- Anemias crónicas, sin criterio de hospitalización que precisen transfusión y no entrañen un Riesgo debido a la patología de base.

Intoxicaciones

- Intoxicación por monóxido de carbono, en con buen nivel de conciencia cefalea leve y sin sintomatología respiratoria importante.
- Intoxicación por benzodiazepinas, de vida media corta o intermedia, con respuesta adecuada al tratamiento con flumazenil (Lanexat) en el área de consultas y con necesidad de perfusión del antídoto, excepto en caso de sospecha de intoxicación añadida por antidepresivos tricíclicos o antecedentes de epilepsia.

Otras patologías

- Patología ORL u oftalmológica, cuando los especialistas en cuestión y el responsable clínico lo estimen oportuno.

Área de observación de camillas

- Pacientes con patología grave o de alto situación clínica requiera necesariamente el cama para su atención inmediata:
- Situación de coma de cualquier etiología.
- Estados confusionales de causa no psiquiátrica.

- Crisis ictales repetitivas o estado epiléptico.
- Hemorragia cerebral.
- Ictus con importante afectación motora, alteración del nivel de conciencia o en clara progresión
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica agudizada con grave repercusión general o de nivel de conciencia.
- Insuficiencia cardiaca grave.
- Síndrome coronario agudo.
- Disección o rotura aórticas
- Insuficiencia circulatoria arterial aguda o crónica agudizada con grave afectación del estado general
- Shock de cualquier etiología.
- Arritmias, malignas o no, pero con deterioro hemodinámico.
- Neumotórax importante o con insuficiencia respiratoria asociada para su atención.
- Hemorragia digestiva importante o con afectación hemodinámica.
- Peritonitis, obstrucción intestinal o dolor abdominal con grave afectación del estado general o de las constantes vitales.
- Insuficiencia renal aguda, grave o crónica agudizada con deterioro del estado general o alteraciones electrolíticas potencialmente graves.
- Infecciones graves, por el tipo de órgano afectado o por el deterioro general que producen
- Pacientes que precisen ser hospitalizados o remitidos y aun no disponen de cama libre, siempre que el tratamiento deba iniciarse sin demora en una cama, por cumplir alguno de los criterios anteriores.
- Pacientes que precisen tratamiento inmediato en una cama y en los que se prevea que la resolución del cuadro clínico se va a producir en un corto plazo de tiempo (generalmente no superior a 24 horas)
- Pacientes que precisen monitoreo y que no presenten criterios de inclusión en otros programas de atención (sillones, hospitalización domiciliaria)
- Pacientes con dudas diagnósticas, cuya situación requiera de forma imprescindible la utilización de una cama para su atención.

Exclusiones

- Pacientes con patología exclusivamente psiquiátrica.
- Cualquier paciente por motivos sociales o compasivos (altas horas de la noche, domicilio lejano del hospital, etc.)

- Los pacientes ya hospitalizados, para estabilización o mejor control por parte del medico o enfermero (urgencia interna)
- Los pacientes con ingreso desde la consulta de un especialista o del propio área de urgencias a otros hospitales, cuyo proceso o situación clínica no requiera tratamiento inmediato o, si lo requiere, pueda iniciarse sin precisar el uso de una cama, en tanto se gestiona su cama de hospitalización.

Anexo 3

Funciones del personal del área de urgencias

Médicos

Jefe de servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

- Garantizará y velará por el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Ser el interlocutor con la gerencia del hospital para la exposición de los problemas detectados en el servicio, así como de sus posibles soluciones.
- Realizará el informe anual del servicio, que incluirá la actividad asistencial, docente e investigadora.
- Revisará y aprobará las guías de manejo y protocolos de acción que hayan sido socializados en los diferentes servicios implicados.
- Acordará, con los diferentes servicios del hospital, citas preferentes en consultas externas para los pacientes no urgentes.
- Dirigirá los distintos comités del servicio.
- Realizará, junto a la administración, el plan de necesidades anual del servicio.
- Facilitará el desarrollo de la docencia y la investigación en el servicio.
- Contestará las quejas y sugerencias de los usuarios, los requerimientos judiciales y las solicitudes de la gerencia.
- Desarrollará un sistema de gestión de calidad, estableciendo los indicadores y estándares, que permitan analizar el funcionamiento del servicio. En definitiva, participará activamente en el perfeccionamiento continuo de la calidad, favoreciendo el desarrollo de comités, grupos o círculos de calidad.
- Dependiendo del volumen de usuarios, apoyará las tareas asistenciales en observación y consulta.
- Elaborar cuadros de turnos, disponibilidades, vacaciones.
- Elaborar conjuntamente con los jefes de las otras áreas el plan de emergencias externo e interno de la institución.

Responsables clínicos del servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

- Durante las jornadas de mañana o tarde de los días laborables, esta figura será asumida por el jefe del servicio o la persona designada en su ausencia. Durante el horario de atención nocturna o festiva sus funciones recaerán en un médico de planta previamente designado. Dichas funciones serán:

- Prestar asistencia a los pacientes que tenga asignados. Esta actividad asistencial deberá realizarse en todas las áreas de la sección de urgencias, con la rotación que establezca el jefe del servicio, a fin de mantener el conocimiento de la problemática las mismas.
- Ejercer de consultor clínico de toda la sección de Urgencias.
- Ostentar la responsabilidad diaria de cumplimiento de los objetivos asistenciales y docentes fijados.
- Organizar y ejercer de enlace de la labor asistencia todas las áreas funcionales de la sección de urgencias (consultas, observación-sillones y observación-camillas)

Médicos del servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Sus funciones son las siguientes:

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan a la sección de urgencias del servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto del sistema en la atención sanitaria.
- Decidir la derivación a otro hospital o dispositivo cuando la situación del paciente así lo aconseje.
- Decidir sobre el ingreso de los pacientes en el hospital cuando la situación clínica lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- Dar de alta a los pacientes desde el servicio de cuidados críticos y urgencias, una vez atendidos y emitido el informe clínico correspondiente.
- Informar al paciente y, en su caso, a sus familiares del proceso clínico, las exploraciones complementarias, el tratamiento y las actuaciones previstas, así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Decidir y organizar en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen de un hospital a otro con mayor complejidad de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Elaborar los informes establecidos por la normativa legal vigente en los casos que corresponda.
- Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y el mantenimiento de lo sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en El plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.

- Participar en la cooperación y coordinación con el resto de los elementos del sistema integral de urgencias y emergencias.
- Ejecutar todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes e las diferentes áreas

Área de observación

Funciones:

- Prestar asistencia a los pacientes ingresados en el área.
- Responder por los destinos finales de los pacientes de área.
- Tutelar la función asistencial de estudiantes, internos y residentes.
- Colaborar con los médicos del área de consultas en el cumplimiento de los objetivos diarios de la sección de urgencias.

Área de consultas

Funciones:

- Prestar atención inmediata a la emergencia
- Apoyar a Enfermería en la clasificación de pacientes, cuando sea requerido.
- Atender la consulta o circuito de preferentes.
- Tutelar la asistencia, el diagnóstico, el tratamiento y los destinos intermedios y finales de los pacientes,
- Decidir los destinos intermedios y finales de los pacientes asistidos directamente.
- Colaborar con los médicos del área de observación en el cumplimiento de los objetivos diarios de la sección de urgencias.

Médicos internos y residentes en la sección de urgencias

Los médicos internos y residentes (MIR) durante su permanencia en la sección de urgencias, se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente al servicio de Cuidados Crítico y Urgencias. Durante su período de turno en urgencias no tendrán obligaciones asistenciales, ni científicas en sus servicios o áreas de origen, ni sobre los pacientes hospitalizados.

En la sección de Urgencias sus funciones son:

- Prestar asistencia a los pacientes atendidos en la sección.
- Dar apoyo a los médicos de planta en el tratamiento de los pacientes críticos. Atención de consultas.
- Asistir a las sesiones clínicas de la sección de urgencias cuando se celebren durante su horario de adscripción al servicio de cuidados críticos y urgencias.

- Colaborar en la realización de protocolos y guías de práctica clínica cuando se les demande su concurso, observando siempre su cumplimiento
- El MIR consultara las dudas que se le presenten, durante la atención medica, con los médicos de planta o residentes mayores. En cuanto a las decisiones sobre los destinos intermedios o finales de los pacientes, se atenderá a las normas, planes, guías y protocolos de funcionamiento descritas para las distintas áreas de la sección. No podrá decidir, sin supervisión explicita, el ingreso en observación o en piso de hospitalización.

Personal de enfermería

El personal de enfermería esta constituido por Profesionales Universitarios graduados en Enfermería (PE) y Auxiliares de Enfermería (AE). Son funciones comunes para todos ellos las siguientes:

- Asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la sección de urgencias de acuerdo con lo indicado por los coordinadores o el supervisor, en función de las cargas de trabajo, personal supernumerario (festivos, vacaciones, licencias, etc.) y falta de cobertura.
- Colaborar con el mantenimiento del orden, la limpieza y la asepsia del área de urgencias.
- Cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la unidad de urgencias.
- Colaborar con el jefe de la sección y el Coordinador de Enfermería en la elaboración de planes de cuidados, normas, guías y protocolos.
- Colaborar dentro de su marco de competencias, en los planes de docencia, formación continuada, investigación, garantía de la calidad y evaluación de resultados de la unidad de urgencias.

Profesionales Universitarios graduados en Enfermería (PE)

Actividades de los PE en el área de consultas

- El cambio de turno se tomara de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La sala de emergencias se revisará y repondrá al comienzo de cada turno y siempre que sea utilizada, quedando en todo momento en perfecto estado de uso y limpieza.
- El PE responsable de la consulta de clasificación recibirá al paciente que acuda a urgencias y continuara la Historia Clínica que le sea entregada por el puesto administrativo de admisión con los datos del paciente ya impresos. Se anotara el motivo de la consulta (datos subjetivos) y los datos objetivos que se indican en la hoja de historia (Presión Arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Peso y Talla en menores de 2 años). En función de la gravedad, se realizará la clasificación y se asignará al paciente a la consulta que proceda. Se asegurará de que el paciente,

responsable o familiar han recibido la hoja de información que se ha entregado en admisión y se informara acerca del tiempo previsible de estancia en el área de urgencias.

- En las consultas se realizaran Electrocardiogramas, toma de muestras, toma de signos vitales, si no fue posible hacerlas en clasificación. Asimismo, se deberán administrar prescritos por el médico tanto por vía oral como Intramuscular o venosa.

Actividades de los PE en el área de observación:

- El cambio de turno se tomara de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- Se debe recibir al paciente procedente del área de consultas, comunicando al médico responsable la llegada del enfermo. La ubicación del paciente se realizara en función de la gravedad y la necesidad de cuidados debiéndose siempre acordar con el médico que en ese momento sea responsable del área de observación,
- Se tomaran y anotaran como mínimo, los signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Peso y Talla en menores de 2 años) al ingreso del paciente y na vz por turno, salvo que la orden médica indique otra cosa. En casos especiales, derivados de la situación del paciente, la toma de signos vitales se realizará según lo indicado por el médico en la hoja de ordenes (monitoreo, Presión venosa central, Frecuencia de la toma de la Presión Arterial, diuresis horaria, etc)
- Se canalizará una vena periférica o central, según las necesidades del paciente y la indicación del médico, si bien esto no será obligatorio en todos los pacientes que ingresen a observación.
- Se realizará la toma de muestras de laboratorio sanguíneas y de orina para estudios complementarios, cuando han sido solicitados.
- Se administrarán y los tratamientos indicados en la hoja de ordenes de la historia de observación, en la que el médico debe haberse identificado señalando la fecha según la Resolución 1995 de 1999.
- Todas estas actividades deben ser registradas en la Historia Clínica, ya sea en los gráficos de Signos Vitales o en las notas de enfermería cuando se produzcan cambios o incidentes.
- Se realizara la petición de dietas, solo si estas han sido prescritas por el médico, en el marco de los horarios establecidos.
- Se administraran y controlaran los estupefacientes y psicofármacos, diligenciando los formatos establecidos, exigiendo al médico las formulas de medicamentos de control.
- Se colaborara en la higiene de los pacientes que no puedan valerse por sí mismos.

- El carro de paros siempre deberá revisarse al comienzo de la jornada laboral y cada vez que se utilice. Esta función compete al PE responsable de la unidad en la que se ubica el carro (Unidad de críticos – Sala de reanimación). Se comprobará igualmente el buen funcionamiento de los aparatos (monitores, desfibriladores, respiradores, etc.), comunicando el deterioro, la avería, la pérdida o los préstamos a otros servicios a los PE responsables (coordinadores y supervisores) en el formato respectivo.
- La distribución de los PE adscritos al área de observación se realizara en forma lógica y proporcionada, dependiendo de la demanda de actividades.

Auxiliares de enfermería (AE)

Actividades de los AE en el área de consultas

- El cambio de turno se tomara de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- En la toma de muestras de laboratorio se identificarán las muestras, remitiéndolas a los laboratorios correspondientes, ya sea en forma personal o con el patinador de turno, al igual que con el carro de paros, se repondrá el material médicoquirúrgico y de papelería al finalizar cada turno y cada vez que sea necesario.
- En consultas, se atenderán las necesidades de los pacientes durante el examen médico, se repondrá el material médicoquirúrgico y de papelería cuando sea necesario, y se hará el trámite de los paraclínicos ordenados, adjuntando los resultados en la respectiva historia clínica. Cuando la historia clínica se haya completado está se colocara en el casillero que se dispondrá para tal fin, Se realizaran labores de limpieza del sifones y vertederos, sala de reanimación, carro de medicamentos, instrumental médico de consulta, cuando sean utilizados. Se avisara a servicios generales de aseo, cuando sea necesario, encargándose de arreglar y cambiar las sábanas de las camillas de atención cuando corresponda o retirar y reubicar el papel sintético de camilla. Las bolsas de ropa sucia se depositan en la sala que se haya dispuesto, Asegurando que siempre estará bajo llave. En caso de necesidad, realizaran la higiene completa de los pacientes que lo requieran.

Actividades de los AE en el área de observación:

- El cambio de turno se tomara de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La distribución de los AE adscritos al área de observación se realizara en forma rotatoria, lógica y proporcionada, dependiendo de la demanda de actividades y del personal disponible. Cada AE será responsable de los enfermos de su unidad.
- Al ingreso del paciente se le facilitará la bata de paciente (salvo en los casos que no presupuesten estancia prolongada o que este en sillones) y se le ayudara, si es preciso a desvestirse, La ropa se guardará en una bolsa

perfectamente identificada con una etiqueta donde conste el nombre del paciente, la unidad y el número de cama. Los objetos personales (cartera, reloj, gafas, etc) se recogerán igualmente, entregándose al familiar que deberá firmar el recibo en el que se haga constar los objetos entregados. Dicho recibo debe guardarse en el área administrativa de la institución.

- Se rellenará una hoja de identificación del paciente que se colocara en el pie de la cama, en la que conste nombre y apellidos, número de cama, dieta, fecha y hora de ingreso.
- Se tomara la temperatura corporal del paciente a su ingreso y una vez por turno, anotándose en la hoja de gráficos con tinta roja cuando este por fuera de los límites establecidos institucionalmente.
- Se anotarán en la hoja de registro de enfermería todas las incidencias que se produzcan (diuresis, deposiciones, vómitos, etc.).
- Se prepararán los sistemas de oxigenoterapia o aspiración si se precisan, comprobando su correcto funcionamiento.
- Se revisarán las mesas auxiliares de cada paciente constatando que no quede ningún objeto personal no entregado a la familia y reponiendo si es preciso, el material que deba estar presente en ellas, como bolsas pequeñas, mangueras de oxígeno y venturis.
- Se enviarán las muestras de paraclínicos a los distintos laboratorios, recogiendo los resultados y distribuyéndolos en sus respectivas Historias clínicas.
- Se repartirán las comidas y se asistirá al paciente siempre que sea necesario (ayudar a la hora de la comida, movilizar al paciente, realizar el aseo personal, etc.).
- Se dará ayuda a los PE en la realización de las técnicas (sonda vesical, nasogastrica, lavado gástrico, punciones, canalización de venas, etc.).
- Se hará la limpieza de instrumental médico de examen (equipos de órganos, fonendoscopios, tensiómetros, siempre que sean utilizados. De igual manera se limpiara el instrumental (pinzas, tijeras, portas, etc.) utilizado, dejándolos listos para su esterilización y entregándose, según la frecuencia necesaria, al personal responsable de esterilización.
- Cuando el paciente salga de la unidad (alta para su domicilio, traslado a piso hospitalario o a otro hospital, etc.), deberá ir en perfecto estado de limpieza, asegurándose de que no queda ningún objeto personal de este en su mesa auxiliar. La cama que queda libre deberá ser rápidamente alistada para el próximo paciente que vaya a hacer uso de ella, y la mesa auxiliar repuesta del material necesario.

Personal camillero y patinadores

Las actividades de los Camilleros y Patinadores de la sección de urgencias serán las siguientes:

- Tramitarán, sin demora el traslado de documentos, historias, material de pruebas diagnosticas o aparatos que le sean encomendados, asegurándose de la adecuada recepción de los mismos por el personal competente.
- Trasladarán a los pacientes a las dependencias que le sean indicadas por el personal facultativo o de enfermería, asegurándose de las condiciones correctas para su traslado y devolviendo a la sección de urgencias los medios empleados para el mismo.
- Realizarán sin demora, el traslado de muestras biológicas e interconsultas, efectuando la recogida de los resultados cuando así sea requerido.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los pacientes y sus familiares no hagan un uso indebido de los materiales, enseres e instalaciones de la sección de urgencias.
- Asumirán las indicaciones del jefe de sección y del coordinador de Enfermería.
- Realizarán todas las funciones delegadas por sus superiores, siempre que no contravengan las normas establecidas en el ordenamiento vigente.
- Se asegurarán, al comienzo del turno de trabajo, de que los medios de transporte de los pacientes estén en condiciones adecuadas para su uso. Las anomalías que se detecten se comunicaran de inmediato al encargado de turno para su reparación.
- Prestarán apoyo a otras áreas de la sección de urgencias distintas a las que estén adscritos funcionalmente (consultas u observación), cuando las necesidades del servicio lo requieran.
- Cuidarán de que no permanezcan en el área de urgencias las personas que no estén autorizadas y que los pacientes y familiares permanezcan en las zonas habilitadas para ellos.

Personal de seguridad

- Velarán por la seguridad de las personas (pacientes, familiares y personal de urgencias) y sus bienes personales, así como los del área de urgencias.
- Colaborarán con los Camilleros y Patinadores con el control de acceso a la sección de urgencias, manteniendo a pacientes y familiares en los lugares habilitados para ellos cuidando además de que no permanezcan en dicha área las personas que no estén autorizadas.
- Acudirán con rapidez, dentro del área de urgencias a la zona donde sean requeridos para mantener el orden y la seguridad según la normatividad establecida y solicitando la ayuda de las fuerzas de orden público y seguridad, cuando las circunstancias así lo exijan.

- De cuantos incidentes ocurran en la sección de urgencias, se elaborará un informe conciso, pero detallado, de los hechos, con copias para ser entregados al jefe de la sección de urgencias y a la subdirección científica del hospital.

Anexo 4

Formación y mapa de competencias del personal de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias

Médicos

Actividades formativas

- Introducción a las urgencias. Documentación clínica.
- Soporte vital avanzado (SVA)
- SVA pediátrico.
- Atención inicial a trauma grave.
- Proceso: dolor torácico.
- Proceso: ataque cerebrovascular.
- Proceso: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Proceso: insuficiencia cardiaca.
- Proceso: atención al paciente pluripatológico.
- Proceso: politraumatismo.
- Proceso: fractura de cadera en el anciano.
- Emergencias médicas.
- Urgencias y emergencias pediátricas
- Urgencias médicas.
- Urgencias quirúrgicas
- Urgencias traumatológicas (clínica y radiología)
- Urgencias obstétricas-ginecológicas-oftalmológicas y otorrinolaringológicas.
- Urgencias y emergencias psiquiátricas.
- Talleres prácticos de urgencias y emergencias.
- Electrocardiografía básica para urgencias.
- Radiología de tórax y abdomen.
- Técnicas en radiología (supervisión de instalaciones)
- Semiología bioquímica.
- Urgencias médicas (II).
- Ventilación mecánica.
- Urgencias y Medicina Légal.
- Traslado y movilización de pacientes.

- Traslado de críticos.
- Informática: aplicaciones para urgencias.
- Epidemiología.
- Estadística.
- Metodología de la investigación.
- Mejora y evaluación de la calidad.
- Soporte fundamental en cuidados críticos (FCCS)
- Ecografía a básica para urgencias.
- Control avanzado de la vía aérea.
- Procesos.
- Gestión.
- Catástrofes.
- Bioética.
- Telemedicina.
- Formación de formadores.

Enfermeros

Actividades formativas

- Introducción a las urgencias. Documentación clínica.
- Soporte vital avanzado (SVA)
- SVA pediátrico.
- Atención inicial a trauma grave.
- Proceso: dolor torácico.
- Proceso: ataque cerebrovascular.
- Proceso: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Proceso: insuficiencia cardiaca.
- Proceso: atención al paciente pluripatológico.
- Proceso: politraumatismo.
- Proceso: fractura de cadera en el anciano.
- Emergencias médicas.
- Urgencias y emergencias pediátricas.
- Otras urgencias.
- Talleres prácticos de urgencias y emergencias.
- Técnicas en radiología (supervisión de instalaciones)

- Ventilación mecánica no invasiva.
- Urgencias y Medicina Legal.
- Traslado y movilización de pacientes.
- Traslado de críticos.
- Informática: aplicaciones para urgencias.
- Epidemiología.
- Estadística.
- Metodología de la investigación.
- Mejora y evaluación de la calidad.
- Procesos.
- Gestión.
- Catástrofes.
- Bioética.
- Telemedicina.
- Formación de formadores.

Personal no sanitario

- Actividades formativas
- Introducción a las urgencias. Documentación clínica.
- Soporte vital básico (SVB)
- SVB con equipo (DEA)
- Atención inicial al trauma grave.
- Proceso: dolor torácico.
- Proceso: ataque cerebrovascular.
- Proceso: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Proceso: insuficiencia cardiaca.
- Proceso: atención al paciente pluripatológico.
- Proceso: politraumatismo.
- Proceso: fractura de cadera en el anciano.
- Técnico de emergencias sanitarias.
- Urgencias y Medicina legal.
- Mejora y evaluación de la calidad.
- Procesos.
- Catástrofes.

NIVEL DE COMPETENCIA

Actividades formativas

Básico

- Introducción a las urgencias. Documentación clínica.
- Soporte vital básico (SVB)
- SVA pediátrico.
- Atención inicial a trauma grave.
- Procesos.
- Emergencias médicas.
- Urgencias y emergencias pediátricas.
- Urgencias médicas.
- Urgencias quirúrgicas
- Urgencias traumatológicas (clínica y radiología)
- Urgencias obstétricas-ginecológicas-oftalmológicas y otorrinolaringológicas.
- Urgencias y emergencias psiquiátricas.
- Traslado y movilización de pacientes.
- Electrocardiografía básica para urgencias.
- Radiología de tórax y abdomen.
- Técnicas en radiología (supervisión de instalaciones)
- Semiología bioquímica.

Intermedio

- Urgencias médicas (II).
- Ventilación mecánica..
- Urgencias y Medicina Legal.
- Informática: aplicaciones para urgencias.
- Epidemiología.
- Estadística.
- Metodología de la investigación.
- Telemedicina.

Avanzado

- Traslado de críticos.
- Catástrofes.
- Mejora y evaluación de la calidad.
- Soporte fundamental en cuidados críticos (FCCS)
- Ecografía a básica para urgencias.
- Control avanzado de la vía aérea.
- Gestión.
- Bioética.

Opcional

- Formación de Formadores

Anexo 5

Indicadores básicos de la unidad de urgencias

Tiempo de clasificación

Descripción: Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a urgencias y el momento en que se produce el primer contacto con un profesional de salud para asignarle el nivel de gravedad que corresponda al proceso que presenta.

Fuente de datos y fórmula: Es la diferencia entre la hora de llegada a urgencias y el momento de entrada al área de clasificación. Puede obtenerse comparando la hora de registro en la hora de admisión, con la hora de entrada en el área de clasificación.

Estándar: La diferencia en tiempo no debe ser superior a los 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.

Tiempo de primera respuesta médica.

Descripción: Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a urgencias y el momento en que es atendido por un médico que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportunos, según la patología subyacente.

Fuente de datos y fórmula: Contabiliza el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a urgencias, que consta en la hoja de admisión, y su entrada en la consulta correspondiente atendida por un médico.

Estándar: La espera máxima para la consulta inicial esta en función de la clasificación que se ha efectuado según el nivel de gravedad del paciente:

Triage 1:	Asistencia inmediata.
Triage 2:	< 15 minutos.
Triage 3	< 30 minutos.
Triage 4	< 120 minutos

Tiempo de resolución en el área de consultas

Descripción: Mide el tiempo total transcurrido entre la hora de llegada de un paciente a urgencias y el momento en que el facultativo del área de consultas efectúa el alta definitiva o la orden de ingreso en observación o en planta,

contabilizando todos los procedimientos necesarios en el área de consultas (anamnesis, exploración, llegada de resultados de paraclínicos, etc.).

Fuente de datos y fórmula: Se obtiene como diferencia entre la hora de llegada y la hora que el médico del área de consultas efectúa el alta definitiva o la transferencia del paciente a otra área asistencial.

Estándar: Se deben ordenar las actuaciones para que en ningún caso se sobrepasen las 8 horas de resolución en el área de consulta.

Tiempo en el área de observación-sillones

Descripción: Mide el tiempo que transcurre desde la llegada de un paciente a esta área hasta que se produce la salida de la misma por alta definitiva o traslado a otra unidad.

Fuente de datos y fórmula: Se obtiene mediante la diferencia entre la hora de su entrada y la salida de esta sala, anotado por el personal de enfermería en el correspondiente registro.

Estándar: El tiempo de estancia en esta sala no debe sobrepasar las 12 horas en el 100% de los pacientes.

Tiempo en el área de observación-camillas

Descripción: Mide el tiempo de permanencia de un paciente en una camilla de observación.

Fuente de datos y fórmula: Se contabiliza desde la llegada de un paciente a observación hasta la salida de la misma, anotando ambos tiempos en el correspondiente registro por el personal de enfermería.

Estándar: El tiempo de ocupación de una camilla de observación por un mismo paciente no debe sobrepasar las 24 horas en el 100% de los pacientes.

Porcentaje de ingresos en observación (sillones y camillas)

Descripción: Mide la cantidad de pacientes atendidos en las áreas de sillones y camillas de observación en relación con el total de pacientes atendidos en urgencias.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de Enfermos atendidos en observación (camillas + sillones)} \times 100] / N^{\circ} \text{ total de enfermos atendidos en urgencias.}$

Estándar: Se considera que, dada la distribución en la frecuencia de uso de los diferentes niveles de gravedad, la unidad de urgencias debe estar preparada para atender en área de observación (camillas y sillones) hasta a un 15% del total de los pacientes que acuden a urgencias, repartidos en un tercio para camillas y dos tercios para sillones.

Porcentaje de pacientes hospitalizados desde camas de observación

Descripción: Mide la cantidad de pacientes ingresados después de haber sido atendidos en camas de observación.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de enfermos ingresados en piso de hospitalización desde camillas de observación} \times 100) / N^{\circ} \text{ total de enfermos atendidos en camillas de observación}$.

Estándar: Se considera que, si el nivel de gravedad de los pacientes que se pasan a camilla de observación es el adecuado, un 50% de los pacientes pueden ser dados de alta después de solucionar o estabilizar su proceso, y otro 50% necesitará ingreso en el hospital para continuar con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Porcentaje de ingresos directos desde el área de consultas

Descripción: Mide el número de pacientes que ingresan en el hospital directamente desde el área de consultas, sin pasar por observación (ni por sillones ni por camillas), por estar claro que precisan utilización de cama en un servicio especializado, para la correcta asistencia de su proceso. Incluye los ingresos urgentes derivados a otros hospitales, o los enviados desde otros hospitales, directamente a una especialidad determinada,

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados desde consultas} + \text{derivados a otros hospitales} \times 100) / N^{\circ} \text{ total de pacientes asistidos en urgencias}$.

Estándar: Se considera que puede reunir la condición de ingreso claro hasta un 7,5% de los pacientes que acuden urgencias.

Porcentaje de ingresos urgentes

Descripción: Mide el total de pacientes que ingresan en el hospital con la consideración de «urgente», incluyendo los pacientes que son enviados desde otros hospitales con esta consideración, o derivados a otros hospitales para su ingreso.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de ingresos urgentes} + \text{derivados para ingreso a otros hospitales} \times 100) / N^{\circ} \text{ total de pacientes asistidos en urgencias}$.

Estándar: Se considera que el número total de ingresos urgentes no debería superar el 15% del total de pacientes asistidos en una unidad de urgencias hospitalarias, contabilizando también los ingresos remitidos a otros hospitales

Proporción del uso de urgencias

Descripción: Mide la relación entre ingresos y el total de los ingresos hospitalarios.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de ingresos urgentes} \times 100) / \text{total de ingresos en el hospital}$.

Estándar: Se considera que no debe superar el 55% para procurar una disponibilidad adecuada en cuanto a la actividad programada del hospital.

Porcentaje de reingresos a las 72 horas

Descripción: Mide el número de pacientes que solicitan nueva asistencia en urgencias, por el mismo proceso en las 72 horas siguientes a la primera atención.

Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de pacientes reingresados en 72 horas} \times 100) / \text{media de pacientes asistidos en 24 horas}$.

Estándar: Se considera que no debería sobrepasar el 5% de los pacientes.

Eventos graves en la sala de espera

Descripción: Mide el número de pacientes que estando en la sala de espera general o de pacientes, presentan inestabilización por la que requieren una asistencia inmediata.

Fórmula: Se llevará un libro de registro de pacientes asistidos en la sala de emergencias, con anotación de la procedencia, para poder determinar el número de casos que requirieron una asistencia inmediata procedentes de la sala de espera.

Estándar: Se considera que estos eventos no deberían producirse en una proporción superior a 1 por cada 10000 pacientes asistidos en urgencias.

Junto a estos indicadores, existen otros con sus correspondientes estándares, que se definen en los mapas de procesos asistenciales y que se tendrán que ir implantando en urgencias a medida que se vayan desarrollando dichos procesos. Así, por ejemplo, el tiempo de demora en la realización del primer ECG en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), administración de AAS en el SCA, tiempo puerta-aguja en el IAM, valoración del peak-flow en asmáticos, demora en el inicio del tratamiento antibiótico, radiología cervical en traumatismos cervicales, demora en la realización de ecografía abdominal, punción con lavado peritoneal en traumatismos abdominales, etc.

BIBLIOGRAFIA

Normatividad:

- **Ministerio de Salud Pública.** Decreto 412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
- **Ministerio de Salud.** Ley 100 de 1993, sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ministerio de Salud.** Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ministerio de la Protección Social.** Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
- **Ministerio de Salud.** Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Artículos de revistas y periódicos:

- **Urgencias en Colombia.** Un marco normativo muy recalado. Arroyave Zuluaga, Iván Darío. Periódico El Pulso, Año 10, No. 107, agosto de 2007. ISSN 0124-4388.
- **Urgencias: una verdadera encrucijada,** Ana María De Brigard Pérez,- Revista Hospitalaria. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Noviembre – Diciembre 2001. Año 4 No. 20.

Artículos de la intranet:

- CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines, CJEM Oct 1999. Special Supplement.
<http://www.emlondon.ca/pdf/CanadianTriageandAcuityScaleCodesandDefinitions.pdf>
- Setting up Healthcare Services Information Systems: A Guide for Requirement Analysis, Application Specification, and Procurement. PAHO Library Cataloguing in Publication Data. Pan American Health Organization. Washington, D.C.: PAHO, © 1999.624 p. Parte E – Sección 4. Numeral 3. Sistemas de información hospitalaria.
<http://www.virtual.epm.br/material/healthcare/spanish/frame1.htm>

- **Capítulo VIII. Gerencia de la atención del paciente en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.** Martha Lucena Velandia. Enfermera Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud. Gerente, Clínica de Urgencias M. y T. Gutt .Fundación Santa Fé de Bogotá.
[http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Gerencia de la atencion del paciente en servicio de urgencias.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Gerencia_de_la_atencion_del_paciente_en_servicio_de_urgencias.pdf)
- **Índice de Organización en el Servicio de Urgencias.** Indicador de Tiempo de Espera en Urgencias Instructivo de manejo. Formatos F1-TE/02 - F2-TE/02.
http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/linea_oper/fasc_26.pdf
- **Integración de sistemas de información hospitalarios:** utilización de estándar de arquitectura de historia clínica electrónica en V13606 del CEN/TC251. José A. Maldonado, Montserrat Robles, César Cano, Pere Crespo. Grupo de Informática Médica del BET. Universidad Politécnica de Valencia.
<http://www.ibime.upv.es/bie/docs/revista%20seis.pdf>
- **Modelo de Atención Integral a las Urgencias.** L. García-Castrillo Riesgo y F. Del Busto de Prado. Sociedad Española de medicina de Urgencia y Emergencias. Revista Emergencias. Volumen 13, Número 3, Junio 2001. Pag. 153-154.
http://www.semes.org/revista/vol13_3/153-154.pdf
- **Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario.** J. Sánchez López, A. Bueno Cavanillas. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 17, N°. 3, 2005, pags. 138-144.

Libros:

- **Temes Montes, José Luís. Gestión hospitalaria. McGraw-Hill/interamericana de España, S.A.U.,** 470 páginas, Idioma: español, ISBN: 8448604350 ISBN-13: 9788448604356, 3 edición (21/05/2002), pag. 255-284.