

Portada

Propuesta de mejora en el servicio atención de urgencias en los hospitales de nivel básico

Omar Darío Sacristán Vega

ID: 379106

Corporación universitaria Minuto de Dios

Facultad de ciencias administrativa

Programa administración de empresas

Madrid Cundinamarca

x semestre - 2018

Contraportada

Propuesta de mejora en el servicio atención de urgencias en los hospitales de nivel básico

Omar Darío Sacristán Vega

ID: 379106

Trabajo de grado para obtener el título administrador de empresas

Asesor: Katerine Castellanos

Corporación universitaria Minuto de Dios

Facultad de ciencias administrativa

Programa administración de empresas

Madrid Cundinamarca

x semestre - 2018

Agradecimientos

Agradezco a Dios y a mi familia y mis asesoras Katerine Castellanos y María José Hernández Gutiérrez que me fue posible desarrollar este trabajo de grado, con apoyo y colaboración en el desarrollo del trabajo

Índice general

Contenido

Portada	1
Contraportada.....	2
Agradecimientos	3
Índice general.....	4
Resumen.....	7
Introducción	8
Capítulo 1.....	10
Planteamiento y formulación del Problema	10
Objetivo general.....	11
Justificación	12
Alcance	13
Capítulo 2.....	14
Marco teórico	14
Antecedentes.....	14
Bases Teóricas	15
Desarrollo de la herramienta informática	17
Efectividad del diagnóstico medico.....	18
Buen médico para el diagnostico	19

Soluciones con el sistema del Triage	20
Atención primaria del sistema Triage	21
Calidad del servicio Triage	22
Problemas del servicio de Triage	23
Beneficios de sistema del Triage	24
Triage como indicador y control de calidad	25
Importancia del sistema Triage.....	26
Sentido del diagnóstico en urgencias	27
Bases Legales.....	28
Clasificación del Triage	29
Definición de términos.....	32
Sistema de hipótesis investigación cuantitativa	35
Sistema de variables investigación cualitativa	35
Tabla 1:	
<i>Operacionalización de variables Inv. Cualitativa</i>	36
Por cuantos hospitales ha tenido que ser traslado	36
Capítulo 3.....	38
Marco metodológico	38
Tipo o nivel de Investigación	39
Diseño de Investigación.....	40

Población y muestra Investigación cuantitativa	40
Descripción del escenario investigativo.....	40
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
Confiabilidad de los instrumentos enfoque cuantitativo.....	48
Confiabilidad de los instrumentos bajo enfoque cualitativo	48
Técnicas para el análisis e interpretación de datos	49
Tabla 2. Técnicas para el análisis e interpretación de datos cualitativos	56
Capítulo 4.....	57
Presentación de resultados	57
Conclusiones.....	58
Bibliografía	59
Anexos	62

Resumen

Se planea hacer una propuesta de mejora debido a que se identificaron ciertas problemáticas por el mal servicio de atención en urgencias de Colombia. Entre ellos un mal diagnóstico (que consiste en una valoración de signos denominada Triage realizado a los pacientes), donde se encontró un gran número de personas insatisfechas porque no se ofrece un servicio óptimo de calidad, se plantea proponer una propuesta de mejora, realizando un correcto diagnóstico médico especializado que reduzca el tiempo de espera según la gravedad del paciente.

Se encontraron los siguientes resultados, los pacientes no van a ser trasladados a las EPS u otros hospitales, quedando satisfechos con el servicio ofrecido, con más calidad y mejor atención, evitando enfermedades. Con el fin de Buscar el desarrollo social e íntegro de la comunidad.

Introducción

Se identificó como problemática en los hospitales de nivel básico un mal servicio de atención en urgencias de Colombia. El sistema del Triage consiste en una valoración de signos vitales realizada por los enfermeros, donde no se lleva a cabo un diagnóstico médico profundo del estado de salud del paciente, con el respectivo rigor que conlleva desarrollarlo.

Se determina plantear una propuesta de mejora en el servicio de atención de urgencias en los hospitales de nivel básico, identificando que es un servicio de urgencias y sus principales causas de consulta, desarrollando unas encuestas para determinar los principales problemas y determinar las posibles propuestas de solución.

Se justifica este proyecto mediante el desarrollo social y responsabilidad social empresarial que tiene la universidad UNIMINUTO generando impactos positivos sobre el bienestar de las personas y comunidad.

Se implementó una investigación cuantitativa y cualitativa, con el desarrollo de unas encuestas a la población de Madrid Cundinamarca, donde se identifican las principales problemáticas en la atención del servicio de urgencias, también por observación se identificó varias falencias.

En el marco teórico se plantea que es urgencias, sus principales causas de consulta, información del mal servicio en los hospitales de Colombia, se encuentra el estudio del Dephi con problemas en general del mal servicio de urgencias, el correcto diagnóstico médico que se debe realizar a los pacientes, y clasificación del Triage.

Marco metodológico se observan las principales fuentes de información, la investigación cuantitativa que contiene encuestas y estadísticas, por último la investigación cualitativa según se medió de la observación de los pacientes insatisfechos por el mal servicio.

En los resultados se observa el análisis de las encuestas donde los pacientes creen que planteando una propuesta de mejora en el servicio de urgencias mejoraría, también se va obtener como resultado buscar el bien común de la comunidad, innovar la administración del hospital, proponiendo un impacto de innovación social y responsabilidad social.

Capítulo 1

Planteamiento y formulación del Problema

En el servicio de urgencias en los hospitales de nivel básico se implementa el sistema del Triage el cual es un proceso de valoración clínica que ordena a los pacientes en función de su urgencias /gravedad para determinar si es aceptado o no por este servicio

La valoración del Triage no es ejecutada por médicos y adicionalmente, en consecuencia, tampoco es apto para definir un diagnóstico acertado con respecto al rigor que conlleva hacer un diagnóstico médico.

Objetivo general

Plantear una propuesta de mejora en el servicio de atención en urgencias en los hospitales de nivel básico

Objetivos específicos

Identificar que es un servicio de urgencias y cuáles son sus principales causas de consulta.

Desarrollar encuestas para determinar cuáles son los principales problemas.

Determinar cuáles son las posibles propuestas de mejora y solución.

Justificación

Este proyecto cobra importancia desde que los pacientes ingresan al hospital y son mal diagnosticados, donde los mandan para la EPS u otros hospitales, no se hace una correcta atención en el servicio de urgencias.

Como estudiante de la UNIMNUTO creo este tipo de problemáticas desde el marco de administración de empresas para desarrollo de la responsabilidad social empresarial, innovación del proyecto educativo institucional Minuto de Dios, también desde la calidad y compromiso del desarrollo humano, social y productiva con positivos impactos sobre el bienestar de las personas y comunidades, actuando la universidad como agente que representa la región.

Se observa que no hay un correcto sistema de salud en Colombia, que brinde todos los derechos de atención de salud integral, los profesionales tengan un nivel óptimo, halla una accesibilidad y oportunidad a este servicio de atención.

Alcance

Se pretende llegar a que se implemente esta propuesta de mejora en los hospitales de nivel básico para el mejoramiento de su prestación del servicio de atención de urgencias, de esta manera se podrá ver la responsabilidad social empresarial, desde la calidad y compromiso del desarrollo humano, además del bienestar de los pacientes por su salud.

De esta manera la comunidad va a obtener muchos beneficios, con un diagnóstico más completo de la situación del paciente donde pueda mejorar su estado de salud, se brinden mayores beneficios y prioridad a las personas adultas mayores, mujeres embarazadas, niños, que el servicio sea más efectivo, la administración en el área de urgencias sea innovadora, satisfaga las necesidades de los pacientes.

Capítulo 2

Marco teórico

Antecedentes

Según (Soler, Gómez Muñoz , Bragulat, & Álvarez , 2010, pág. 55)

El Triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de Triage (SET) y el sistema de triaje Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de Triage elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinarios basados en motivos y en la urgencia de la consulta pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extra hospitalario.

Bases Teóricas

Según (Soler, Gómez Muñoz , Bragulat, & Álvarez , 2010, pág. 56)

Este trabajo de investigación se presenta para evaluar la percepción de los usuarios de los servicios de urgencias Hospitalarios junto con el estudio de variables sociales no modificables, para valorar si la percepción se ve afectada. La muestra estuvo por 860 usuarios de urgencias de Servicio Murciano de Salud durante los años 2008 y 2009. Revelo factores Competencia profesional ($\alpha=0,92$), Organizacional ($\alpha=0,60$) e Infraestructura ($\alpha=0,63$) estas puntuaciones son satisfactorias. El estudio de la influencia de sexo no es un factor de Competencia profesional, mientras que en la valoración de Infraestructura varia el sexo, de la organizacional influyen ambas, su utilización ha mostrado áreas de mejora y planificación estratégica de intervenciones en áreas de Organización e Infraestructura.

(I. Aguinaga², A. Brugos¹, F. Guillén-Grima, C. Fernández-Martinez¹, & I. Perez-Ciordia I, 2011)

Se realizó un estudio para conocer la opinión en los problemas de salud en área de urgencias extra hospitalarias de Navarra. La población utiliza las urgencias para patología banal, como una consulta más, con una puntuación de 297 puntos, con 3 clúster identificados, destaca la necesidad de diseñar un plan estratégico de atención a las urgencias con unos recursos acordes a las necesidades.

El objetivo del estudio es conocer la opinión de expertos sobre los problemas y las recomendaciones de mejora que afecta las urgencias metodológicas y se realizó el estudio de Dephi con la participación de 37 (médicos y enfermeras), se realiza 3

rondas de cuestionarios sucesivos. El último cuestionario identifica el grado de acuerdo con las ideas del grupo y se identifica los 15 problemas y recomendaciones más relevantes, desarrollando las ideas que tenga el 50 %.

(Diez & Martínez , 2010, pág. 128)

Se identificaron 4 clúster de problemas destacando entre ellos la necesidad de diseñar un plan estratégico a las urgencias con los recursos acorde a las necesidades 320 puntos de prioridad, enviar mensajes claros a la población sobre uso correcto de urgencias 192 puntos de prioridad, . El método Delphi identifica problemas y áreas de mejora a través del consenso.

Desarrollo de la herramienta informática

(García, Barquín , Fernández, Mejuto , González, & Hernández , 2013, pág. 72)

El desarrollo del sistema Triage por medios tecnológicos de la información con el fin de facilitar la administración del hospital «El sistema TAP (traje en atención primaria)» se creó una herramienta informática desarrollada en .NET (plataforma de programación para sistemas operativos de Microsoft Windows) que permitiese llevar cabo la clasificación de los pacientes.

La aplicación consta fundamentalmente de una ventana principal donde aparece una relación de los pacientes y 3 ventanas sucesivas que permiten la realización del Triage. En la primera se selecciona la categoría principal de consulta (problemas digestivos, problemas respiratorios, etc.); en la segunda se especifica de modo más preciso el motivo de consulta; y en la tercera se realizan las preguntas que corresponden al algoritmo de decisión elegido y se introducen los signos requeridos (tensión arterial, frecuencia cardiaca, etc.)

Efectividad del diagnóstico medico

(Diez & Martínez , 2010, págs. 128-129)

El objetivo final para el médico es llegar al diagnóstico integral efectivo con el paciente. Ya hemos hablado de los pasos necesarios para el método clínico para llegar a un buen diagnóstico. Sin embargo, el médico siempre está contrastando de su hipótesis diagnóstica y hasta su diagnóstico que pudiéramos llamarle definitivo. Es aquí cuando la validez del procedimiento certifica en un médico o colectivo el ejercicio diario del diagnóstico, cuando ellos han sido capaces de minimizar el error y que sus resultados hayan ostentado la adecuada clasificación del enfermo como enfermo y del sano como sano. Aquí pasamos del análisis del enfermo como singular en el diagnóstico, a la generalización de ellos en cuanto a validez y certeza. Esta sería la visión de la epidemiología clínica para los diagnósticos de un médico o de un colectivo, en donde generalmente hay una contrastación entre dos o más observadores, en donde uno se erige como “patrón de oro” y se comparan un grupo de decisiones finales con el mismo.

Buen médico para el diagnóstico

La historia de la medicina nos ha mostrado a través de los siglos dos paradigmas de la medicina: El médico hipocrático se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención, obtener de manera precisa su historia clínica, examinarlo cuidadosamente e interesarse por él no sólo como paciente, sino como persona. Una vez que ha obtenido información posible no se precipita a establecer el diagnóstico, utiliza sus conocimientos y experiencias para usar la tecnología médica de manera racional, de acuerdo con las posibilidades diagnósticas del paciente. Aunque llega a una conclusión, se caracteriza por tener la necesaria flexibilidad para efectuar un cambio de enfoque clínico, si las evidencias así lo indican y, finalmente si no sabe una cosa lo dice francamente.

(López Alonso & Linares Rodríguez , 2012, págs. 17-19)

Soluciones con el sistema del Triage

Se identificaron ciertas causas, donde se observa la implantación de distintas estrategias que tratan de dar respuesta a la saturación de los servicios de urgencias, entre las que se pueden mencionar: el incremento de personal, la apertura de nuevas unidades de observación, la mejora de los accesos a las camas hospitalarias, las derivaciones de personas con patologías no urgentes, la diversificación del destino de las ambulancias, la medida de los niveles de saturación, entre otros. Sin embargo, nuevamente, las estrategias recomendadas en recientes revisiones apuntan hacia la clasificación de pacientes según su nivel de gravedad, el aumento de la capacidad de respuesta y la mejora de los circuitos (Throughput y Output), al mismo tiempo que desaconseja los intentos de desanimar a las personas con patologías o accidentes banales que acudan a los servicios de urgencias.

(Hernández & Rancaño García , 2013, pág. 2)

Atención primaria del sistema Triage

El objetivo principal que nos marcamos era construir un sistema de Triage estructurado y avanzado, de cinco niveles de gravedad, capaz de utilizarse en el ámbito específico de las urgencias de Atención Primaria, para posteriormente validarlo. Dicha herramienta de clasificación debía de ser de fabricación propia, fiable, fácil de utilizar por distintos profesionales, con ayudas para la clasificación y por supuesto en soporte informático. Pretendemos que este sistema de Triage sea comparable en resultados, a otros sistemas de Triage que ya se aplican con excelentes resultados a nivel hospitalario. Material y métodos: Para el proceso de validación de la herramienta de clasificación, se comenzó con una recogida de documentación y bibliografía, tanto de los distintos sistemas de Triage, como de los motivos de consulta que se pueden tener en Urgencias de Atención Primaria, apoyándonos en la Clasificación de Enfermedades de la CIAP-2. Posteriormente se desarrollaron los algoritmos para cada aparato y motivo de consulta de dicha clasificación, obteniéndose los árboles de decisiones, que posteriormente se fueron clarificando.

(Urcuyo & Ivette , 2015, pág. 1)

Calidad del servicio Triage

La calidad de atención al usuario es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente, considerando que la organización existe porque existe el cliente o paciente que tiene una necesidad en este caso de atención oportuna y de calidad, motivo por el cual se debe prestar la debida atención al proceso para mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes la cual hace que la imagen de la institución se vea respetada y admirada por los usuarios cuando está enfocado en la calidad y mejora continua de sus servicios El servicio de Emergencias del Hospital Antonio Lenín Fonseca está conformado en 4 áreas: demanda espontánea, consultorios, crítico y observación. En 2014 fue creada la Demanda espontánea para satisfacer la demanda de atención de la población que acude por primera vez a este servicio sin referencia. Actualmente se brinda atención del servicio de otorrinolaringología y clasificación de emergencias en esta área.

(Muyulema Muyulema , 2017, pág. 2)

Problemas del servicio de Triage

En el sistema de Triage, en la salud pública es un pilar fundamental porque es importante que mediante su proceso se realice la recepción acogida y clasificación de los pacientes determinándose su prioridad de atención de calidad y calidez. Los sistemas de atención de urgencias a nivel hospitalario se han visto afectados por un aumento en la demanda de sus servicios a nivel mundial; las causas de este problema son variadas, sin embargo, es claro que esa saturación repercute en una menor calidad en el servicio que se presta y también en un aumento en la mortalidad, asociada directamente con los tiempos de espera lo cual redundaría en una menor calidad en el servicio que se presta y también en un aumento en la mortalidad por los tiempos de espera. Se identificó que no se compara la atención aleatoria por llegada y los sistemas estructurados, además de que históricamente son las enfermeras las que no cumplen dicha tarea.

(Montoya Camayo, 2011, pág. 20)

Beneficios de sistema del Triage

En el sistema Triage, se propone una cómoda silla, que permite a los usuarios que se sienta a gusto y relajado, generando un espacio cómodo por sí mismo, sugiriendo trato personalizado y privacidad lo que repercute en la normalización de su estado emocional y por ende sus signos vitales, permitiendo una lectura más veraz. Igualmente, para garantizar datos reales se hace especial énfasis en la postura adecuada para estas mediciones, en especial de la presión arterial, en la que el brazo debe estar al nivel del corazón, grave carencia en las tipologías, que dan demasiada tolerancia en la postura de uso o simplemente no permiten tal postura por el desfase antropométrico. Además, imprimen tickets, lo cual no permite almacenar los datos y se debe cambiar el rollo de papel constantemente.

(Martín García , 2013, págs. 44-45)

Triaje como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de Triaje estructurado en los Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH) es considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia. Se proponen cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de Triaje implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son:

- 1.El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (menor o igual del 2 % de todos los pacientes que acuden a urgencias), incluyendo aquellos que no son clasificados y los que se trían, pero se van antes de ser visitado por el facultativo.
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos)
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de 5 minutos como recomendación)
4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de Triaje.

(Rodríguez Fernández, Santos León , & Jiménez Sosa, 2018, pág. 7)

Importancia del sistema Triage

La causa fundamental de la necesidad del Triage o de la importancia de la clasificación de los pacientes y, en concreto, de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, es el establecimiento de un equilibrio, entre la demanda excesiva de pacientes que quieren o necesitan ser atendidos en el servicio y la disponibilidad de recursos necesarios para atender a los pacientes en un periodo de tiempo razonable, es decir, estableciendo unos límites de tiempo predeterminados para patologías tiempo-dependientes, emergencias y urgencias.

(Martínez, 2015, pág. 3)

Sentido del diagnóstico en urgencias

En general, cuando hablamos de diagnóstico, se entiende que nos referimos al proceso por el que llegamos a la conclusión de que cierta persona sufre una enfermedad o especie morbosa concreta y también, que el hecho diagnóstico precede al terapéutico. En medicina de urgencias raramente es así: las más de ellas no llegamos a hacer un diagnóstico de entidad morbosa específica y la norma es empezar a tratar antes de rematar el proceso diagnóstico; dado que esto se acepta así por todos, sin meternos en profundidades, creo que si se acepta es por ser en esencia lo correcto.

Bases Legales

Según dice (Botero, 2008, pág. 12) La reforma del sector en la década de los noventa, se creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población. En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido, la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, han estado presentes en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción. La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Clasificación del Triage

(Salvador, 2010, pág. 36)

En el sistema de Triage se desarrollan la siguiente clasificación de las víctimas de acuerdo a la OPS y OMS Utilizando el código de colores que revisamos anteriormente, estos organismos han categorizado ciertas patologías dentro de cada grupo para darnos cierta orientación al momento de evaluar y otorgar prioridad a un paciente. De esta manera vamos a distinguir los cuatro grupos mencionados:

Código rojo (primera prioridad)

- Problemas respiratorios no corregibles en el mismo sitio.
- Paro cardíaco (que se haya presenciado en ese momento).
- Pérdida apreciable de sangre (1 litro).
- Pérdida de conciencia.
- Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- Algunas fracturas graves (pelvis, tórax, vértebras).
- Quemaduras complicadas por compromiso a nivel de la vía aérea.

Código amarillo (segunda prioridad):

Requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro. Quemaduras tipo AB con más del 30% de superficie corporal comprometida. Quemaduras tipo B con más del 10% de superficie corporal comprometida. Quemaduras complicadas por lesiones mayores o tejidos blandos o fracturas menores.

- Quemaduras tipo AB con más del 30% de superficie corporal comprometida.

- Quemaduras tipo B con más del 10% de superficie corporal comprometida.

- Quemaduras complicadas por lesiones mayores o tejidos blandos o fracturas menores.

- Quemaduras tipo B que involucran áreas críticas como manos, pies, cara, sin problema de vía aérea.

- Pérdida de sangre moderada (500 cc).

- Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.

- Pacientes conscientes con daño craneoencefálico importante (confusión mental, hematoma subdural).

Código verde (tercera prioridad):

Ésta se puede clasificar en lesiones menores y lesiones mortales. Se incluyen estas últimas en tercera prioridad, porque la posibilidad de sobrevida es baja y requieren demasiada atención médica que va en desmedro de la atención dirigida a pacientes con mejores posibilidades de sobrevida. Lesiones menores: Sin riesgos para su vida

- Fracturas menores

- Abrasiones, contusiones

- Quemaduras menores

- Quemaduras de tipo AB menores del 15% de sup. Corporal

- Quemaduras tipo B menores del 2% de sup. Corporal

- Quemaduras tipo A menores del 20% de sup. Corporal

Código negro: Pacientes fallecidos.

Evacuación de lesionados se considerar como algunos aspectos que nos van a ayudar o perjudicar a la hora que necesitemos transportar a los lesionados que han sido evaluados y categorizados.

- El número elevado de medios de transporte entorpece el traslado y la atención médica.

- La evacuación expedita y adecuada de las víctimas disminuye la morbimortalidad de las mismas.

- Deberá existir un sitio físico designado por el comando de operaciones en el que se ubiquen las ambulancias y otros vehículos de transporte, debiendo existir un tráfico fluido de entrada y salida de vehículos.

- El transporte dentro del área de Triage se debe hacer en sillas, camillas, tablas, etc.

- El coordinador de salud y oficial Triage decidirán el medio de transporte y destino de cada lesionado.

Definición de términos

(Aguadelo, 2009, pág. 7)

Se habla de urgencias porque “es la alternativa de la integridad física, funcional con diversos grados que comprometen la vida física y o psíquica de cualquier grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata del servicio de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas del presente o del futuro”.

(Sánchez Bermejo, 2015, pág. 6)

El Triage es llevado a cabo por enfermeras en la mayoría de los hospitales, aunque casi la mitad de los encuestados creen que esta responsabilidad debe ser compartida con doctores. Las enfermeras tienen una buena opinión de la selección y están en general satisfecho con él (ella/eso), pero hay variación de acuerdo con el sistema implementado en su hospital.

(Manosalva Murillo, 2015, pág. 1)

Se destaca y se define la importancia de Enfermería para liderar y administrar el área de Triage servicios de urgencias del país. En la organización de servicios de urgencias, es necesario contar con un sistema de clasificación inicial de pacientes procurando un acceso rápido, ordenado, dirigido, atendiendo con prioridad a los pacientes de mayor gravedad. Traducciones con tecnología de LEC.

(Ecured, 2013)

Paciente individuo que es examinado medicamente que se le administra un tratamiento. Proviene del verbo latino “pati”, que quiere decir “el que sufre”: el paciente es, pues, una persona que es curada. El término paciente se puede declinar

de varias maneras. Se le llama “sujeto” en las investigaciones. Los anglosajones hablan más a menudo de “clientes”. Una nueva terminología está tomando importancia progresivamente: “actiente”. Esta palabra sería la contracción de “acción” y de “paciente”. Se utiliza para hablar de personas que practican la automedicación.

(Ecured, 2013)

El paciente es una persona que padece algún tipo de dolor o malestar, por lo que precisa recibir servicios de algún médico o profesional de la salud. Y, a partir de esto, se lleva adelante una serie de recomendaciones que le sugiere el especialista, como un examen, algún tratamiento o una intervención

(Teoblado Coronado, 2015, pág. 50)

“Llamamos diagnóstico al arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta. La palabra fue tomada por vía culta del griego *he diagnostike tekhnē* (arte de distinguir o identificar enfermedades), expresión que se formó a partir del verbo *diagignoskein* ‘distinguir’, ‘discernir’, ‘discriminar’, compuesto por el prefijo *dia* ‘a través’ (como en diáfano) y *signoskein* ‘conocer’. Este verbo griego proviene de la raíz indoeuropea *gno*, que también dio origen al latín *cognoscere* (conocer)

Según Laín Entralgo, “Diagnóstico médico es el conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o

mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de esta o intentar curarla”

(Salud, 2014, pág. 1)

La OPS: (es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas) La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

(hospitalarios, 2017, pág. 3)

TRIAJE ESTRUCTURADO: es aquel que se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. Existen 5 sistemas de Triage estructurado en la actualidad.

- **TRIAJE AVANZADO:** contempla, dentro del Triage estructurado, la posibilidad de realizar por enfermería determinadas pruebas complementarias antes de la visita médica.

- **TRIAJE MULTIDISCIPLINAR:** equipo médico y enfermero. Posibilita resolución de determinados pacientes sin necesidad de pasar a otra consulta.

Sistema de hipótesis investigación cuantitativa

El diagnóstico asertivo debe ser hecho por un médico para que haya una buena atención en el servicio de urgencias, los pacientes se puedan sentir satisfechos por este servicio, donde se mejoran de sus complicaciones o enfermedades que presenten.

Sistema de variables investigación cualitativa

En un hospital la atención se caracteriza en niños, adultos mayores, mujeres embarazadas se les da más prioridad en el servicio, los adultos mayores se atienden normal mujeres y hombres.

Tabla 1:
Operacionalización de variables Inv. Cualitativa

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	escala	Valor final
Se ha sentido satisfecho con el servicio de urgencias de los hospitales de nivel básico	Buscar el grado de satisfacción de los pacientes	Definir el grado de atención del hospital	critica operacional	Mal servicio en la atención Mal ejecutado el cargo	Estadístico	Intervalo	Nivel bueno: 9 Nivel malo: 20
Usted cree que Madrid Cundinamarca cuenta con un buen servicio de urgencias	Buscar el indicador del servicio	Buscar fallas en el servicio	Critica Operacional	Mal servicio de atención Mal ejecutado el servicio	Estadístico	Intervalo	Nivel bueno: 9 Malo: 21
Como se ha sentido con el servicio de urgencias	Buscar grado de satisfacción	Buscar indicador más preciso	Critica Operacional	Regular Muy regular el servicio	Estadístico	Intervalo	Regular: 7 Malo: 4 Bueno: 6
Creé que es muy demorado el servicio de urgencia en el hospital	Buscar tiempo de atención del servicio	Mejorar tiempo de espera	Critica operacional	Muy demorado Reducir el tiempo	Estadístico	Intervalo	Más de una hora 24 Menos de una hora 4
Por cuantos hospitales ha tenido que ser traslado	Buscar nivel atención en el hospital	Mejorar el servicio	Critica Operacional	Trasladado por 2 hospitales	Estadístico	Intervalo	Por 2 hospitales han tenido que ser traslado 14 personas
Cree que teniendo un mejor servicio el hospital mejoraría	Buscar una propuesta de mejora	Mejorar el servicio	Critica	Mala atención en el servicio de urgencias	estadístico	intervalo	29 personas dicen que si 1 dice que no
Considera que la atención por parte de los enfermeros para acceder a urgencias es	Buscar problemáticas	Mejorar el servicio	Critica	Mal atención	estadístico	intervalo	12 personas dicen es bueno 17 personas dicen malo

buena									
Como	se	Buscar	Mejorar	el	Critica	Mal	estadístico	inter	Regular 11
siente	atendido	mejoras	Triage			valoración		valo	Malo 9
por	la					clínica			Bien 4
valoración									
crítica	del								
Triage									

Fuente: elaboración propia

Capítulo 3

Marco metodológico

Se realiza una investigación cuantitativa donde se desarrollan unas encuestas para determinar cuáles son las problemáticas del mal servicio de atención en urgencias, donde se determinó que el sistema de salud es ineficiente en el hospital, hay mucha negligencia médica, por falta de un buen servicio de calidad en la atención en urgencias.

Se identifica en la investigación cualitativa ya que se observa que no se ejecuta un buen servicio de atención en urgencias, porque los pacientes se sienten insatisfechos por este servicio, debido a que no los atienden bien, es muy demorado, los trasladan para otros hospitales o ESP.

Tipo o nivel de Investigación

Descriptiva se realizó unas encuestas a las personas de Madrid Cundinamarca describiendo los problemas más comunes en el hospital de nivel básico para realizar una investigación cuantitativa y cualitativa, donde se determina una propuesta de mejora para el desarrollo social y humano, con positivos impactos sobre el bienestar de personas y comunidades.

Exploratoria Se investigó los principales problemas de los hospitales de nivel básico en Colombia que son el mal servicio de atención de urgencias por las siguientes causas:

- El tiempo para la atención a los pacientes es muy demorado.
- No se hace un correcto diagnóstico médico.
- Las personas son trasladadas a otros hospitales o EPS.
- Los enfermeros no saben atender a los pacientes, no son amables.
- No hacen una valoración profunda el estado de salud del paciente.

Diseño de Investigación

Se hizo una investigación por medio de encuestas y búsqueda de información donde se determinó que el mal servicio de atención de urgencias es porque no se hace un correcto diagnóstico médico, donde se hace un Triage que es una valoración de signos y clasificación, también de observación por parte de personas que han sido atendidos por estos hospitales de nivel básico, no se realiza un buen funcionamiento la valoración a profundidad de estado de salud de los pacientes.

Población y muestra Investigación cuantitativa

Se hace un estudio a la población de Madrid Cundinamarca se le hace encuestas a 30 personas adultas, respondiendo los principales problemas en los hospital de nivel básico, que se han identificado, para responder a los estudios hechos y dar soluciones, para buscar el bienestar de todos.

Descripción del escenario investigativo

Se centra en los hospitales de nivel básico de Colombia que solo cuentan con suficiente recurso, donde se planea hacer una propuesta de mejora en el servicio de urgencias, porque se identifica que el sistema de salud en Colombia es inadecuado porque, el Triage que consiste en una valoración preliminar del paciente, está calificado por los paciente que solo se ha basado en signos, en ningún caso se evidencia como un diagnóstico médico, no se hace una correcta administración en el hospital, el servicio es negligente.

Según (Soler, Gómez Muñoz , Bragulat, & Álvarez , 2010, pág. 56)

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Servicio de urgencia en los hospitales

Marque con una x la respuesta

1. ¿Usted se ha sentido satisfecho con el servicio de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?
 - a. Si
 - b. No

2. ¿Cómo ha sido atendido en el servicio de atención de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno

3. ¿Usted considera que el hospital de Madrid Cundinamarca cuenta con un buen servicio de urgencia?
 - a. Si
 - b. No

4. Del uno 1 al 10 enumere su grado de satisfacción con 1 como menor y 10 Como el mayor grado.
¿Cómo se ha sentido con el servicio de urgencia en Madrid Cundinamarca?_____

5. ¿Cree usted que es demorado el servicio de urgencia en los hospitales de Madrid Cundinamarca

- a. Si
- b. No

6. ¿Cuánto tiempo considera que se demora la atención en los servicios de urgencias de hospitales básicos?

7. ¿Por cuantos hospitales ha tenido que ser trasladado para poder obtener un servicio óptimo de urgencias?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4 o mas

8. ¿Cree que teniendo un mejor servido de urgencia en el hospital de Madrid Cundinamarca mejoraría?

- a. Si
- b. No

9. ¿Cómo se siente atendido por la valoración crítica que se la hace del Triage en el hospital de Madrid Cundinamarca?
- a. Si
 - b. No
10. ¿Considera que la atención por parte de los enfermeros para acceder a servicio de urgencias es?
- a. Buena
 - b. malo

Validez de los instrumentos

1. ¿Usted se ha sentido satisfecho con el servicio de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?

c. Si 9 personas

d. No 20 personas

2. ¿Cómo ha sido atendido en el servicio de atención de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?

e. Muy malo 7 personas

f. Malo 13 personas

g. Bueno 10 personas

h. Muy bueno 2 personas

3. ¿Usted considera que el hospital de Madrid Cundinamarca cuenta con un buen servicio de urgencia?

c. Si 9 personas

d. No 21 personas

4. Del uno 1 al 10 enumere su grado de satisfacción con 1 como menor y 10
Cómo el mayor grado.

¿Cómo se ha sentido con el servicio de urgencia en Madrid

Cundinamarca?_____

Dos 4 personas

Tres 4 personas

Cuatro 6 personas

Cinco 5 personas

Seis 2 personas

Siete 2 personas

Ocho 2 personas

Diez 1 persona

5. ¿Cree usted que es demorado el servicio de urgencia en los hospitales de
Madrid Cundinamarca?

c. Si 28 personas

d. No 1 persona

6. ¿Cuánto tiempo considera que se demora la atención en los servicios de urgencias de hospitales básicos?

5 a 20 minutos	1 persona
30 minutos	1 persona
1 hora	2 personas
Más de una hora	6 personas
2 horas	5 personas
2 a 4 horas	4 personas
3 horas	3 personas
1 a 6 horas	1 persona
5 horas	1 persona
7 horas	1 persona
12 horas	1 persona
24 horas	1 persona

7. ¿Por cuantos hospitales ha tenido que ser trasladado para poder obtener un servicio óptimo de urgencias?

- a. 1 8 personas
- b. 2 14 personas
- c. 3 6 personas
- d. 4 o más 1 persona

8. ¿Cree que teniendo un mejor servicio de urgencia en el hospital de Madrid Cundinamarca mejoraría?

- c. Si 29 personas
- d. No 1 persona

9. ¿Cómo se siente atendido por la valoración crítica que se la hace del Triage en el hospital de Madrid Cundinamarca?

Regular porque se demora lo mandan a sacar	11 personas
Lo atienden bien	4 personas
Falta más personal	1 persona
No saben atender no son pacientes	3 personas
No valoran a profundidad el estado de salud y se basan en patologías	1 persona
Falta más compromiso	1 persona
Mejor atención	1 persona
Insatisfecho	5 personas

10. ¿Considera que la atención por parte de los enfermeros para acceder a servicio de urgencias es?

- 1. Buena 12 personas
- 2. Malo 17 personas

Confiabilidad de los instrumentos enfoque cuantitativo

Según las encuestas que es nuestro instrumento de medición que se ha venido desarrollando se encuentran los mismo problemas que tiene el sistema de salud en Colombia, que es inadecuado, donde solo toman signos no se hace un completo diagnóstico médico por profesionales de medicina, los pacientes se sienten insatisfechos por este servicio, donde se busca proponer una propuesta de mejora, los problemas que tiene el sistema de salud son sin número de identificar, desde la investigación cualitativa y cuantitativa, en este trabajo se basó en uno de los problemas más comunes que tiene cierta población, porque en el hospital se identifica un mal servicio de atención.

Confiabilidad de los instrumentos bajo enfoque cualitativo

Análisis por medio de la observación en los hospitales los pacientes no se encuentran satisfechos por los problemas en el servicio de atención de urgencias, en el sistema del Triage, donde los paciente llegan para ser atendido y no les hace un diagnóstico médico general sino solo una toma de signos vitales, donde lo mandan para una EPS u otro hospital, no le resuelve el estado de gravedad que tenga el paciente, además el servicio para atender a las personas es muy demorado.

Técnicas para el análisis e interpretación de datos

1. ¿Usted se ha sentido satisfecho con el servicio de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?

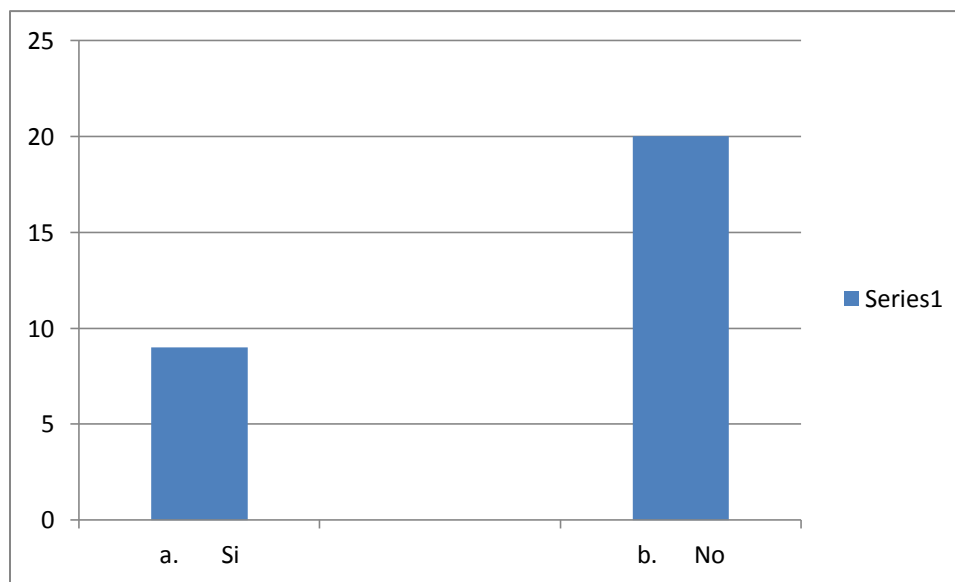


Figura 1. Se observa que la población no está recibiendo un buen servicio de atención de urgencias

2. ¿Cómo ha sido atendido en el servicio de atención de urgencias en el hospital de Madrid Cundinamarca?

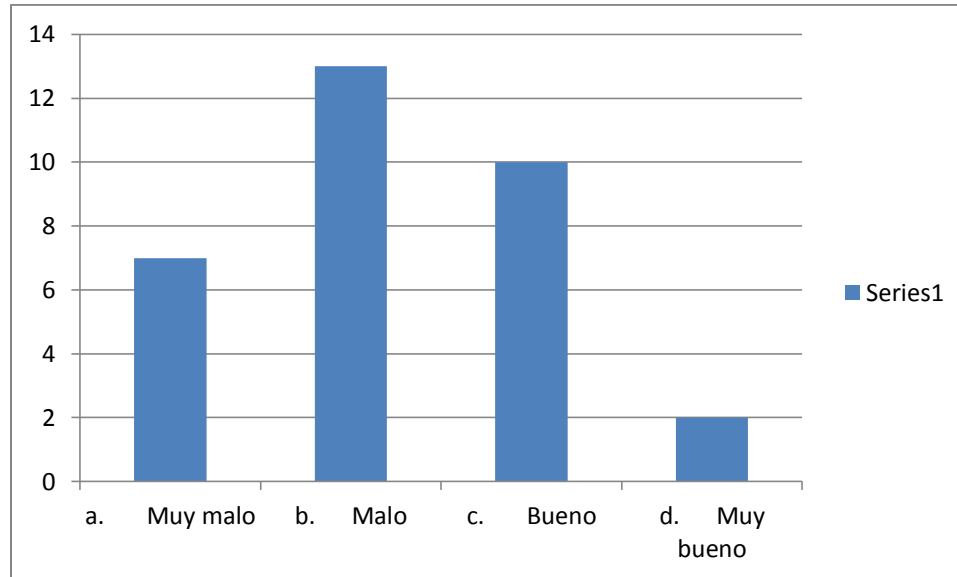


Figura 2. La población no se siente satisfechas con el servició de atención en urgencias

3. ¿Usted considera que el hospital de Madrid Cundinamarca cuenta con un buen servicio de urgencia?

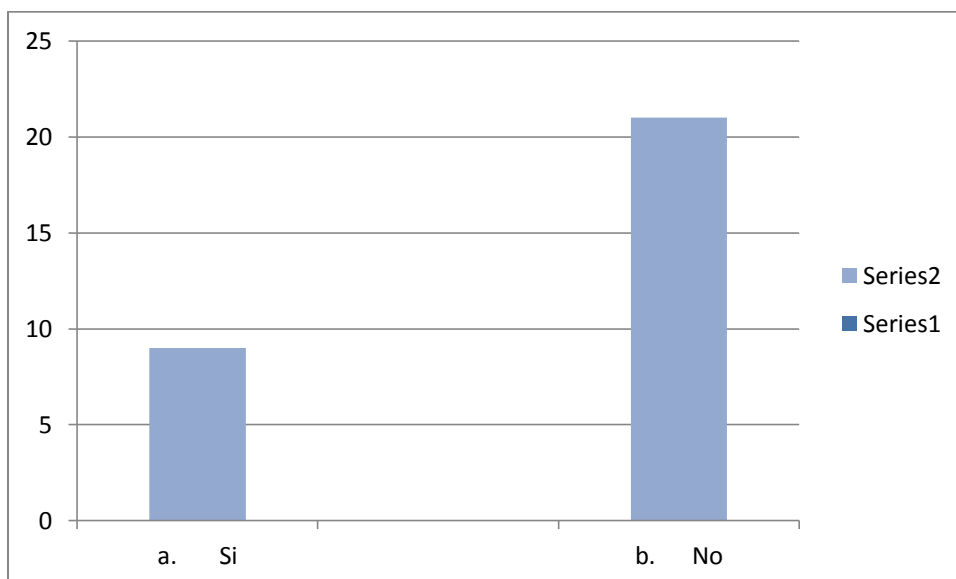


Figura 3. La población observa un mal servicio en la atención de urgencias

4. Del uno 1 al 10 enumere su grado de satisfacción con 1 como menor y 10
Cómo el mayor grado.

¿Cómo se ha sentido con el servicio de urgencia en Madrid

Cundinamarca?_____

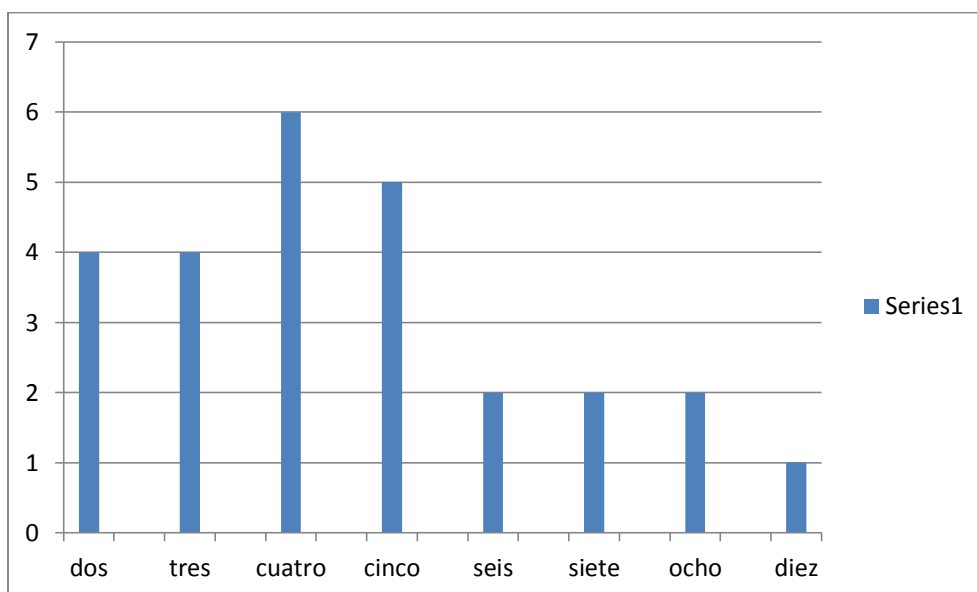


Figura 4. Se observa un grado medio de insatisfacción en el servicio de atención de urgencias y tiende a bajar

5. ¿Cree usted que es demorado el servicio de urgencia en los hospitales de Madrid Cundinamarca?

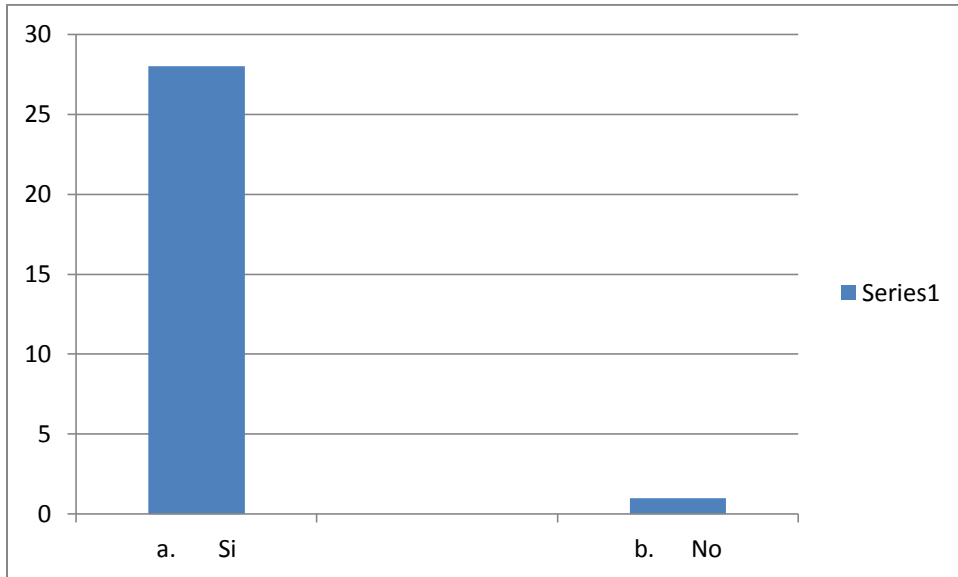


Figura 5. Se determina que es muy demorado el servicio de atención de urgencias

6. ¿Cuánto tiempo considera que se demora la atención en los servicios de urgencias de hospitales básicos?

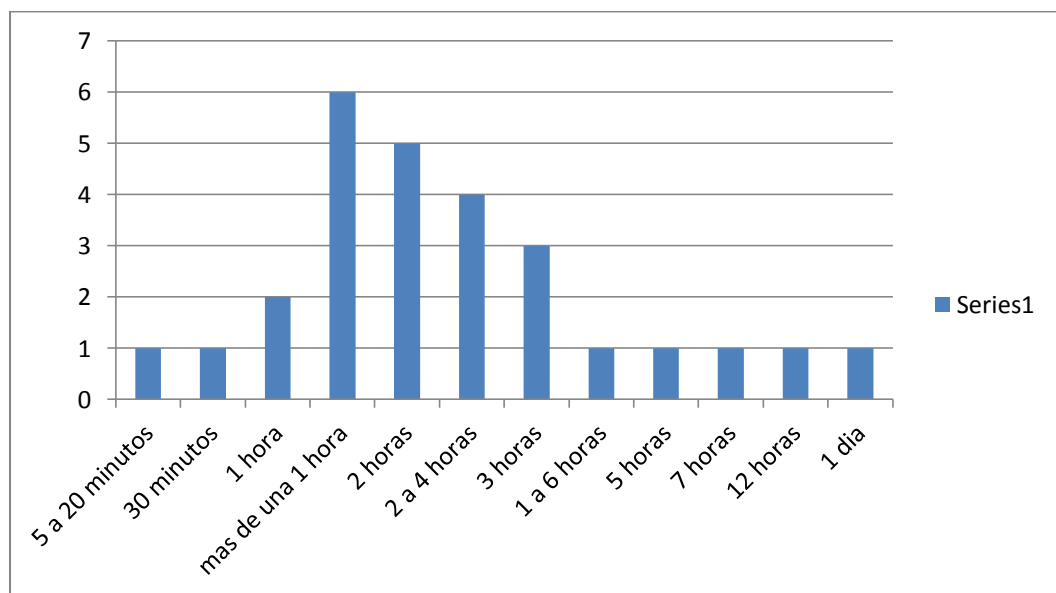


Figura 6. Se determina el servicio es muy demorado para atención de urgencias

7. ¿Por cuantos hospitales ha tenido que ser trasladado para poder obtener un servicio óptimo de urgencias?

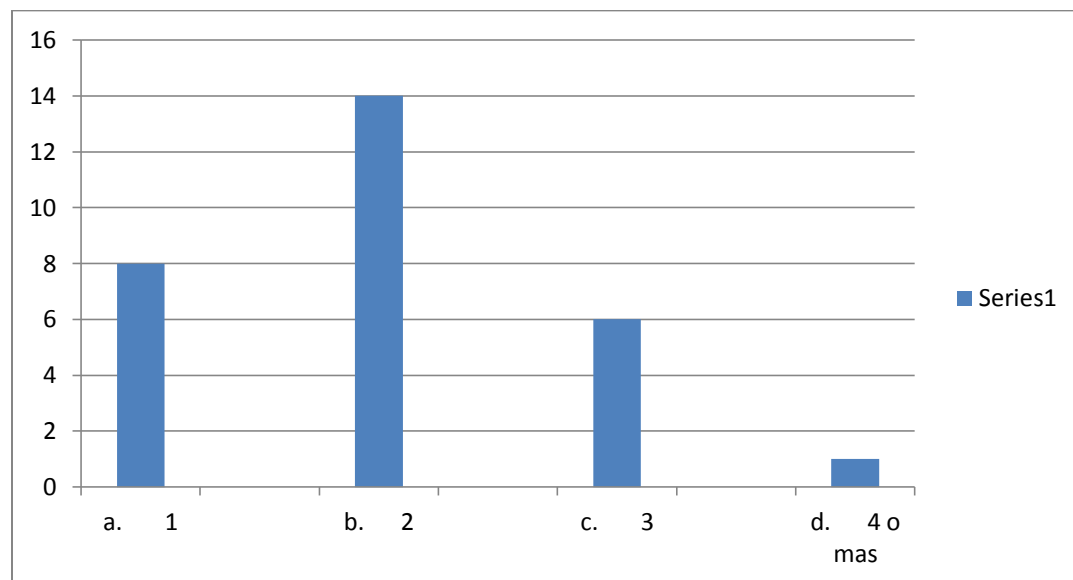


Figura 7. Se observa que los pacientes han tenido que ser trasladado a más de 2 hospitales

8. ¿Cree que teniendo un mejor servicio de urgencia en el hospital de Madrid

Cundinamarca mejoraría?

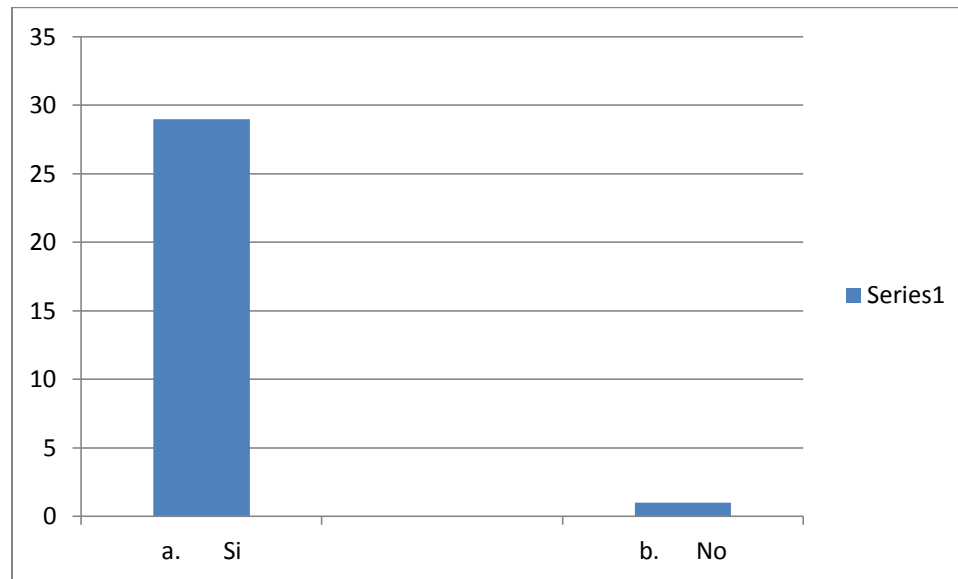


Figura 8. Se determina que haciendo una propuesta de mejora se innovaría el servicio de atención en urgencias

9. ¿Cómo se siente atendido por la valoración crítica que se la hace del

Triage en el hospital de Madrid Cundinamarca?

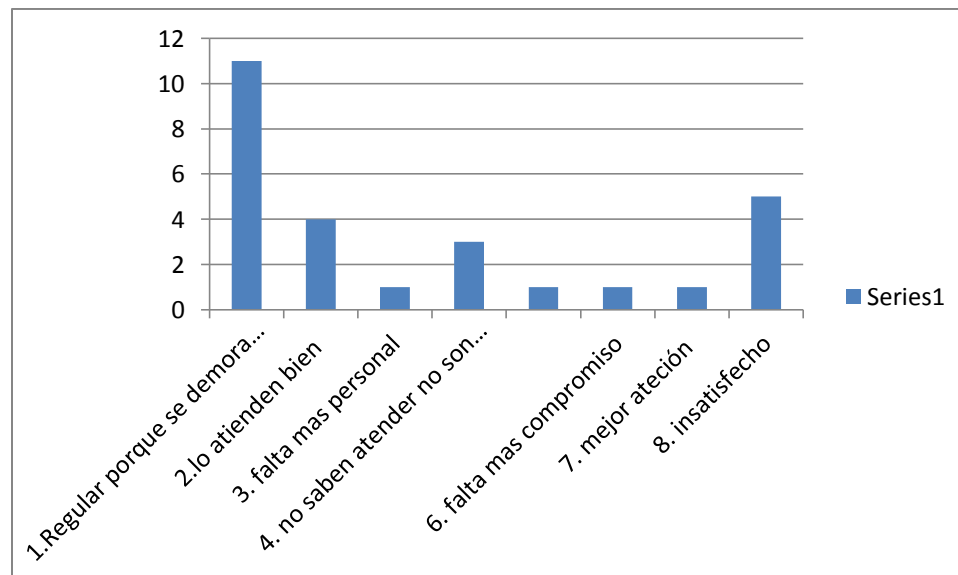


Figura 9. Se observa que el Triage es muy regular, seguido de la insatisfacción y mal servicio

10. ¿Considera que la atención por parte de los enfermeros para acceder a servicio de urgencias es?

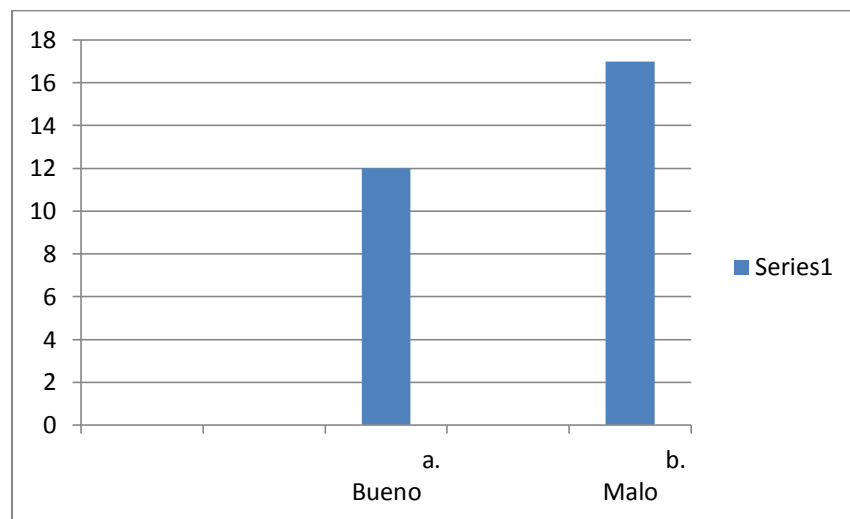


Figura 10. Se determinó que los enfermeros nos prestan un buen servicio de atención en urgencias

Tabla 2. Técnicas para el análisis e interpretación de datos cualitativos

Observación de los hospitales de nivel básico
Es muy demorado el servicio de atención
Las personas tienen que ser trasladadas a otros hospitales o EPS
Las personas que hacen el Triage son enfermeros y solo toman signos
No se hace un correcto diagnóstico médico
Las personas no saben que es significado de urgencias
No saben atender a los pacientes
No valoran a profundidad el estado de salud se basan solo en patologías
Fuente: elaboración propia

Capítulo 4

Presentación de resultados

8. ¿Cree que teniendo un mejor servicio de urgencia en el hospital de Madrid Cundinamarca mejoraría?

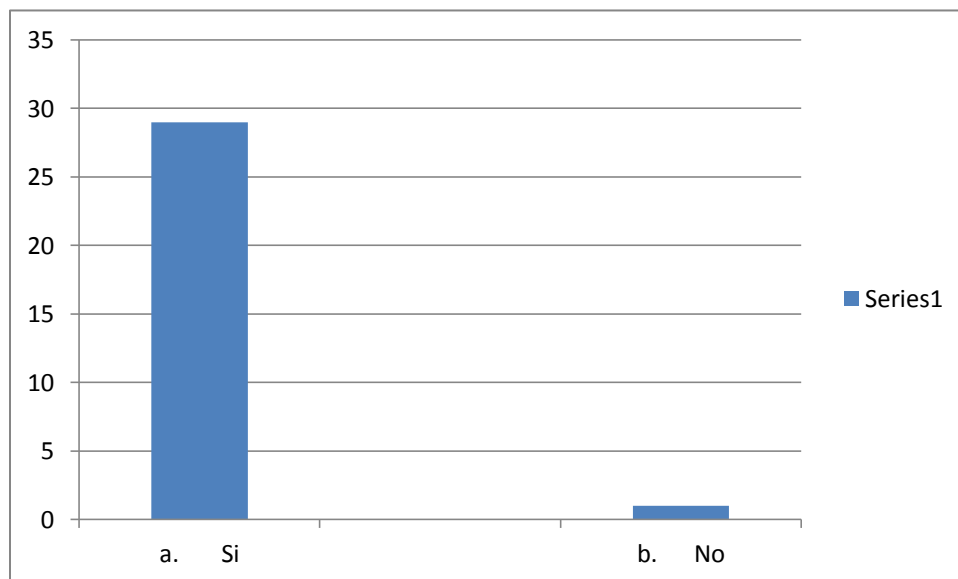


Figura 11. Se determinó que con una propuesta de mejora, el servicio de urgencias mejoraría

Tabla 3. Presentación de los resultados

Buscar mejoramiento del servicio de atención de urgencias en los hospitales de nivel básico
Buscar el bien común de todas las personas donde puedan acceder al sistema de salud
Satisfacer las necesidades de las personas ofreciendo un servicio de atención mejorado e innovador
Mejorar índices de mortalidad y enfermedades de los pacientes
Mejoramiento la administración del hospital
Las personas puedan ser atendidas en el hospital sin tener que ser trasladadas a otros hospitales o EPS
Proponer un impacto de innovación social y responsabilidad social en el hospital ofreciendo un servicio de calidad

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

Se concluyó que en algunos hospitales de Colombia no se presta un servicio de atención en urgencias de calidad, no se hace nada, donde se implementa un sistema de Triage solo hacen una valoración de signos no se hace un diagnóstico médico especializado, que determinen el estado de salud del paciente y se califique y prevenga, donde el tiempo de atención es muy demorado.

Se dedujo que sistema de salud para los paciente mejore realizando un diagnóstico médico más a profundidad , que se conozcan los principales causas de malestar, se desarrolle el debido procedimiento inmediato al paciente previniéndole una enfermedad y salvándole la vida, el tiempo de espera sea corto según complejidad del paciente, teniendo prioridad a las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores.

Se dedujo que implementando este propuesta de mejoraría el servicio de atención de urgencias en los hospitales de nivel básico.

Se deduce que se va a innovar el servicio con positivos impactos sobre el bienestar de las personas y comunidades, desarrollo y responsabilidad social, mejorando el servicio ayudando a las personas tengan una mejor calidad de vida y salud.

Se concluyó que el sistema de salud en Colombia, que brinde todos los derechos de atención de salud integral, los profesionales tengan un nivel óptimo, halla una accesibilidad y oportunidad a este servicio de atención.

Bibliografía

Aguadelo, R. e. (2009).

file:///C:/Users/internet/Desktop/administraci%C3%B3n%20de%20empresas/10%20semestre/opci%C3%B3n%20de%20grado/Fichas%20del%20significado/Ficha%201.pdf.

Botero, C. A. (marzo de 2008).

https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf.

Diez, E., & Martínez, d. (2010). *http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098022.pdf.*

Ecured. (13 de noviembre de 2013). *https://www.ecured.cu/Paciente.*

García, R., Barquín, C., Fernández, C., Mejuto, N., González, D., & Hernández, M. (Marzo de 2013). *http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-triaje-los-servicios-urgencia-atencion-S1138359312001621.*

Hernández, M., & Rancaño García, Í. (2013).

https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=78487.

hospitalarios, E. t. (2017).

http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf.

I. Aguinaga², A. B.-G.-M.-C., A. Brugos¹, F. Guillén-Grima, C. Fernández-Martínez¹, & I.

Perez-Ciordia I. (2011). *http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300006.*

José Díaz Novás, 1. (s.f.). *http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.pdf.*

López Alonso, S., & Linares Rodríguez, C. (junio de 2012). Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100001.

Manosalva Murillo, J. (2015).

<https://ezproxy.uniagraria.edu.co:2079/docview/1679234644/4EDDDFD4272AE451BPQ/1?accountid=136733>.

Martín García , M. (2013).

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/91/69>.

Martínez, B. (2015). <http://www.enferurg.com/articulo.php?ID=12>.

Montoya Camayo, L. (2011).

<http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/859/1/completo.pdf>.

Muyulema Muyulema , C. (junio de 2017).

<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6033>.

Rodríguez Fernández, S., Santos León , J., & Jiménez Sosa, A. (junio de 2018).

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9185/Estudio%20comparativo%20Sistema%20de%20triaje%20del%20servicio%20de%20urgencias%20del%20Complejo%20Hospitalario%20Universitario%20de%20Canarias%20y%20el%20Sistema%20de%20Triaje%20Manchester..pdf?sequenc>.

Rosa M, B., Hidalgo, M., Mas, A., Parra, P., & Gomis , R. (2012).

<https://ezproxy.uniagraria.edu.co:2079/docview/1030270371/E331A45FFCA4F06PQ/5?accountid=136733>.

Salud, O. R. (2014).

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es.

Salvador, M. M. (marzo de 2010). <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101m.pdf>.

Sánchez Bermejo, R. (abril de 2015).

<https://ezproxy.uniagraria.edu.co:2079/docview/1957472474/4EDDFD4272AE451BPQ/5?accountid=136733#center>.

Soler, W., Gómez Muñoz , M., Bragulat, E., & Álvarez , A. (2010).

<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>.

Teoblado Coronado, H. (30 de octubre de 2015). <file:///C:/Users/internet/Downloads/Dialnet-DiagnosticoMedico-5646110.pdf>.

Urcuyo, D., & Ivette , A. (octubre de 2015). <http://repositorio.unan.edu.ni/3000/>.

Anexos

Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%, que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costes asistenciales.

Se hizo un estudio donde se identificaron las problemáticas que se presentan el inadecuado servicio de urgencias que son según: (I. Aguinaga², A. Brugos¹, F. Guillén-Grima, C. Fernández-Martínez¹, & I. Pérez-Ciordia I, 2011, pág. 401)

Escasa utilización de las consultas de enfermería en la atención de urgencias con limitaciones para asumir una mayor responsabilidad, el personal de urgencias no pertenece a ninguna Dirección/servicio específico, no se cuenta con la participación y experiencia de sociedades científicas y del personal de urgencias en la planificación y gestión de los servicios de urgencias, , los centros de salud utilizan el servicio de urgencias como una consulta de “rebosamiento”, para minimizar la presión asistencial sobre el Equipo de Atención Primaria, ausencia de una dirección profesional de los servicios de urgencias.

Determinando que el servicio de atención es inadecuado se proponer mejorar el servicio de Triage, donde se haga un diagnóstico médico más complejo y específico de los pacientes identificando los tipos de enfermedades y sectorizando cual es el tipo de complicación, donde la atención sea rápida y eficaz, el paciente se pueda ver satisfecho, garantizándole el derecho a la salud y a un buen servicio de salud.

Tabla 5 propuestas de solución (I. Aguinaga², A. Brugos¹, F. Guillén-Grima, C. Fernández-Martínez¹, & I. Pérez-Ciordia I, 2011)

Es necesario diseñar un plan estratégico para la atención de las urgencias en medio rural y urbana con una definición de recursos acorde con las necesidades.

Es necesario enviar mensajes claros a la población indicando que la atención en los PAC es para urgencias y que son una continuación de las consultas normales de su centro de salud.

El sistema sanitario debe establecer acciones sistemáticas y educación a la población sobre el uso correcto de los servicios.

Habría que crear una mesa de profesionales para analizar necesidades de las urgencias y recoger sus propuestas.

Hay que analizar las experiencias de los otros países y otras comunidades autónomas en la planificación de urgencias.

Hay que desarrollar un plan de formación específica y práctica en los problemas de salud más relevantes y prevalentes, orientados a aumentar la capacidad de resolución de los profesionales en los EAP y servicios de urgencias extra hospitalarias.

En algunas zonas alejadas o dispersas habrá que considerar situaciones especiales y dotar de recursos para la urgencia aunque por razones de número de urgencias esperadas o población no se justifiquen.

Se deben desarrollar medidas de educación a la población orientada a mejorar su autocuidado en cuadros agudos auto limitados y reagudizaciones crónicas.

Hay que mejorar la formación en las urgencias derivadas de problemas de salud mental.

Es necesario poner en marcha protocolos de actuación de las principales patologías urgentes.

Es necesario homogeneizar los medios técnicos y funcionales de los distintos centros.

(I. Aguinaga², A. Brugos¹, F. Guillén-Grima, C. Fernández-Martínez¹, & I. Pérez-Ciordia I, 2011, pág. 402) “desarrollar un plan estratégico, enviar mensajes claros a la población, establecer acciones sistemáticas de información, crear una mesa de profesionales para analizar necesidades, medidas de educación a la población, mejorar la formación de urgencias, marcar protocolos, homogeneizar los medios técnicos”