

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICO QUIRURGICO  
COMANDANTE MANUEL FAJARDO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO**

**PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
A LA URGENCIA Y LA EMERGENCIA MÉDICA  
PARA UN HOSPITAL DE EXCELENCIA**

**AUTOR. Dr. Fernando Grondona Torres**

**TUTOR. Profesor Dr. Álvaro Sosa Acosta**

**ASESOR. Profesor Dr. Gilberto Castañeda Pestana**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS  
CIUDAD DE LA HABANA**

**2007**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al colectivo de trabajo del Sistema Integrado de Urgencias Médicas por su cooperación desinteresada, estímulo y apoyo para la realización de este proyecto.**

**A mi entrañable asesor, amigo y profesor Gilberto Castañeda Pestana por su profesionalidad, horas de dedicación y ayuda incondicional.**

**A mi esposa e hijo por su paciencia, comprensión, estímulo y apoyo constante que facilitaron el desarrollo de esta investigación.**

# **DEDICATORIA**

**A mi esposa e hijo**

**A nuestra revolución**

**A mis amigos y colegas profesionales**

**A mis compañeros de trabajo del SIUM**

**A todos aquellos profesionales que en forma abnegada laboran  
en los Servicios de Urgencia y Emergencia.**

<b>INDICE</b>	<b>Pag</b>
I. Resumen .....	1
II. Introducción .....	2
1 Situación actual .....	2
2 Hospital de excelencia en Cuba. antecedentes históricos .....	6
3 Hospital de excelencia en Cuba. fundamentación .....	7
4 Objetivos .....	10
III. Material y métodos .....	11
IV. Desarrollo .....	13
<b>A- Capítulo I: Estructura y funcionamiento del servicio de urgencias</b>	
y emergencias en un hospital de excelencia .....	13
1-) Reordenamiento hospitalario en función de la excelencia.....	13
2-) Organización de la Vicedirección de atención al grave .....	14
3-) Estructura y funcionamiento del servicio como centro de	
excelencia .....	16
3.1 Área de emergencias .....	18
3.2 Área de urgencias .....	22
3.3 Área complementaria .....	24
<b>B Capítulo II : Protocolización de los procesos de atención</b>	
a la urgencia. ....	26
<b>C- Capítulo III : Indicadores de calidad en la urgencia</b> .....	28
V. Conclusiones .....	31
VI. Recomendaciones .....	32
VII. Referencias Bibliográficas .....	33

## RESUMEN

En el año 2003, la dirección de la Revolución Cubana decidió un amplio programa de inversiones dentro de la Batalla de Ideas en el sector de la salud que abarca varios hospitales de la capital. Dentro de los centros escogidos figuran los institutos y hospitales que conforman el complejo hospitalario Cinturón del Príncipe, en el municipio Plaza de la Revolución, que se encuentran ejecutando dichas inversiones e incorporando tecnología de avanzada para ser transformados en centros de excelencia. El presente trabajo se realiza con el objetivo de proponer un modelo de atención integral a la urgencia y la emergencia para un hospital de excelencia exponiendo la aplicación de estos conceptos específicamente en el servicio de urgencias y emergencias del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. Se describen las transformaciones de estructura y funcionamiento de los servicios en función de la urgencia y la emergencia, la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario cumpliendo los protocolos y algoritmos de actuación ante los principales problemas en la atención al paciente grave adaptadas de consenso a la morbilidad del territorio, las condiciones concretas y las misiones asignadas al centro y se proponen los principales indicadores para evaluar la calidad de los resultados en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia.

# **I. INTRODUCCION**

## **1. Situación actual**

Sin dudas, la atención a las urgencias y emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema. Los servicios de urgencias permanecen abierto las 24 horas con dos misiones conflictivas: la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan y la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas. (1)

Por tanto, uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencia a escala mundial es el galopante incremento de las urgencias atendidas a nivel hospitalario que podían ser valoradas y tratadas en el Área Primaria de Salud (APS) de haber acudido a ella. (2-5). Este fenómeno también afecta a las instituciones del sistema de salud cubano pues para finales del Siglo XX, solo el 25% del total de urgencias del nivel secundario podían calificarse como hospitalarias. (6,7)

Los diferentes sistemas de urgencias y emergencias (SUE) a nivel internacional no se limitan a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias sino, que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales y tiene como pilar fundamental la atención de urgencia en el nivel primario, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro sanitario salvo casos emergentes. (8-10)

El Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) en Cuba es un modelo implementado para atender enfermos graves y urgentes y constituye la cadena de supervivencia vital del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cubano aplicando los

principios de detección precoz, acceso precoz, apoyo vital básico precoz, desfibrilación precoz, apoyo vital avanzado precoz y acceso a cuidados intensivos precoz. (10)

El SIUM está conformado por tres subsistemas e integrado al MINSAP. El primer subsistema es a nivel municipal y lo integran los servicios de urgencias de la atención primaria con sus bases de ambulancias municipales. El segundo subsistema es a nivel provincial formado por el Centro Coordinador de Emergencias y las ambulancias intensivas. Este centro controla las camas de graves, regula el flujo de pacientes graves y coordina con los factores extrasalud la atención médica de emergencias en accidentes y desastres. El tercer subsistema es el de la emergencia hospitalaria y sus unidades de atención al grave como destino final de ingreso.

La implementación de este sistema de atención a la urgencia, junto a la reparación capital de todos los policlínicos y la incorporación de equipamiento novedoso para prestar servicios de alta demanda popular ha permitido cambiar favorablemente la demanda de la urgencia de manera progresiva hacia la atención primaria que ya para inicios de este siglo superó el 50% de todas las urgencias. (11)

El desarrollo del sistema ha posibilitado que una mayor cantidad de casos que llegan a los hospitales hayan tenido una clasificación y manejo previo expresado en el hecho del progresivo incremento en los remitidos y la cifra de trasladados por el sistema de urgencias. (12) Como impacto favorable se tiene el progresivo traslado de la demanda de urgencias de la población hacia los SUE de la APS. Antes del SIUM en el nivel secundario se atendía más del 70% de esa demanda y ahora es del 20-30% en dependencia del territorio. (13,14)

Esta sobrecarga es multifactorial y descansa en el grupo de personas que acuden espontáneamente a los hospitales sin constituir urgencias reales, violando los filtros sanitarios, son urgencias sentidas por ellos pero no reales y la disminución

de estas son las que han permitido la optimización progresiva de los servicios de urgencias.

La atención al paciente grave en Cuba funciona como un sistema asistencial que comienza en la APS con una asistencia inicial en los servicios de urgencia de los policlínicos o en alguna de las 121 Áreas Intensivas Municipales (AIM) creadas en los municipios que no cuentan con terapia intensiva hospitalaria donde en la actualidad se solucionan más del 60% de las urgencias con una significativa disminución de las remisiones al nivel secundario y con una supervivencia promedio superior al 90%. (15,16) En los casos de remisiones al nivel secundario, son trasladados en transporte sanitario de Apoyo Vital Intensivo (AVI) o de Apoyo Vital Avanzado (AVA), verdaderas unidades de terapia intensiva móviles, donde se da continuidad al tratamiento camino del hospital hasta su arribo al área de emergencia para su rápida estabilización o por coordinación previa ingresa directamente en las Unidades de Atención al Grave. La existencia de los Centro Coordinadores Provinciales de la Emergencia permite coordinar previamente el arribo del paciente grave desde el momento mismo del rescate y durante su traslado en el transporte sanitario estableciendo comunicación con los SUE hospitalarios derivando hacia los sitios con mayor disponibilidad de recursos y camas de graves en tiempo real. (17,18)

La idea de suficiencia de camas destinadas a la atención al grave puede decirse que se cumple cuando el paciente grave rescatado puede ir desde una ambulancia intensiva directamente al servicio de atención al grave correspondiente, salvo que requiera evaluación en la emergencia hospitalaria como el politrauma para su estabilización rápida en menos de 30 minutos y proceder luego a una conducta quirúrgica de urgencia.

La medicina de emergencia prehospitalaria y hospitalaria lleva implícitas las primeras medidas de la medicina intensiva y nunca todos los cuidados intensivos. (19) Entre los principios del soporte vital para los pacientes graves (20) está el

inicio de la atención intensiva de manera precoz como única vía que garantice ganarle tiempo a la deuda de oxígeno que es un motivo menos para liberar los mediadores de la Respuesta Inflamatoria Sistémica, (21) con lo que se acorta el tiempo de agresión y se reduce la respuesta auto agresiva mejorando supervivencia y calidad de vida al egreso, con estadías más cortas y menos gastos de antibióticos, nutrientes y aminos. En resumen, obtener mayor eficiencia y eficacia. (22) De esta manera la incidencia de la Disfunción Múltiple de Órganos del paciente grave dentro de la terapia intensiva polivalente será menor. (20-23)

Para poder brindar la atención intensiva de manera precoz se hace necesario realizar una rápida evaluación del paciente grave con una clasificación o triage por problemas inmediata, rápida y segura, que permita establecer un orden de prioridades de acuerdo al grado de compromiso vital y de afectación del ABCDE inicial que permita el comienzo precoz de la terapéutica de sostén desde el mismo momento del rescate, que se mantendrá durante el traslado hacia los centros de emergencias. (24)

Una de las formas más difundidas de establecer este triage o clasificación por prioridades según compromiso vital es aquella que lleva implícita la aplicación de un código de colores internacionalmente establecida. En ella se aplica el color rojo cuando hay compromiso vital inmediato por afectación del ABCDE que obliga a un tratamiento reanimador inmediato, es un paciente grave, crítico pero recuperable y constituye la primera prioridad; el color amarillo cuando el compromiso vital no es inmediato pero el posible desarrollo de complicaciones en pocas horas puede llevar a comprometer la vida por lo que se dispone de algunas horas para su tratamiento, es un paciente grave pero estable y constituye la segunda prioridad y el color verde se aplica a pacientes que pueden esperar sin que exista afectación vital constituyendo la tercera prioridad. (10,20,25)

Esta forma de clasificación resulta muy útil cuando nos vemos obligados a enfrentar la asistencia médica a un elevado número de enfermos o lesionados al

mismo tiempo como ocurre en un desastre o fenómeno natural. En estos casos se aplica también el color negro para identificar al paciente fallecido o agónico. Este tipo de triage es universalmente aplicado y ha demostrado su utilidad sobre todo al enfocar el manejo del paciente con traumas especialmente el politrauma, pacientes con traumas vasculares (26) e incluso los traumatismos de partes blandas (27) combinados con otras lesiones, obteniéndose impactos favorables en la disminución de la mortalidad, complicaciones y secuelas invalidantes.

Luego del triage inicial en el sitio del rescate se realiza una segunda evaluación sistemática al arribo al centro de urgencias que mide la efectividad de la conducta y el tratamiento aplicado con un nuevo triage que permita la definitiva estabilización y en correspondencia con la afectación o diagnóstico existente tomar una conducta quirúrgica de urgencias o de ingreso en las unidades de atención al grave hospitalarias.

## **2. Hospital de excelencia en Cuba. Antecedentes históricos.**

La Salud Pública en Cuba ha constituido una prioridad desde los inicios de la lucha de liberación. En la Historia me Absolverá, Fidel refleja la situación política y socioeconómica del país, caracterizada por el cuadro de salud de la población en aquel momento y trazaba los lineamientos generales para modificarla. (28)

La prioridad establecida por la revolución para la salud del pueblo ha determinado que se dediquen recursos humanos y materiales que garanticen el desarrollo de su Sistema Nacional de Salud en respuesta a la creciente demanda de la población y al desarrollo científico técnico contemporáneo.

Como parte de la estrategia para convertir a Cuba en una potencia médica, por orientación del Comandante en Jefe se dan pasos firmes en los planes de desarrollo y capacitación de los recursos humanos y a partir de solo 3000 profesionales de la salud que permanecieron junto a su pueblo al triunfo de la

revolución se ha creado un potencial científico que ha posibilitado no solo cubrir nuestras necesidades sino prestar ayuda solidaria a otros pueblos del mundo.

La creación del programa del médico y la enfermera de la familia en 1984, el surgimiento de numerosos centros de investigaciones, la rápida introducción en la práctica de sus resultados, el desarrollo de la industria médico farmacéutica, con el impacto de nuestros índices de salud junto a la voluntad política y la prioridad al sector de la salud que brinda nuestra revolución constituyen parte de las premisas para que existan en el momento actual las condiciones que permitan lograr un salto cualitativo en el terreno de la Salud Pública de nuestro país. Este salto adquiere su impacto más trascendente en la concepción de una atención médica de excelencia en los diferentes niveles del sistema de salud.

### **3. Hospital de excelencia en Cuba. Fundamentación.**

Un hospital de excelencia en Cuba debe caracterizarse por la eficiencia de su gestión y la profesionalidad, consagración y humanidad de su personal, además de la elegancia y confort de sus instalaciones con concepciones revolucionarias en la asistencia dirigida a la integración por procesos debidamente protocolizados y no a la especialización individualizada para que sea capaz de jugar un papel protagónico en la integración de los distintos niveles del sistema en el territorio, con precisión del papel y responsabilidad de cada parte en el proceso y dirigido a trabajar en los factores determinantes de las principales causas de morbimortalidad de la población.

En todas las actividades de la vida, las personas concientes aspiran a lograr la excelencia en su trabajo, nosotros en Salud Pública debemos aspirar a lo mismo. (29) Para lograr esto debemos tener en cuenta que debe coexistir en el trabajador de la salud la competencia y el desempeño adecuado con la motivación, el deseo y un elevado humanismo y espíritu de sacrificio con entrega profesional desde cualquier puesto de trabajo.

La competencia adecuada definiría que el trabajador está adiestrado, entrenado y capacitado para hacer lo correcto, el desempeño se refiere a que haga sus funciones correctamente sin provocar complicaciones ni secuelas en el paciente y al sumar que lo realice con la motivación y el humanismo propio del trabajador del sector es la garantía del éxito de la gestión y la calidad de los procesos de atención que permite lograr la satisfacción de la población y del trabajador. No hay mayor satisfacción personal que la que emana del deber cumplido.

El profesor Selman ha definido la excelencia como " el hacer desde nuestro puesto de trabajo lo que queremos que otro haga si tuviera que realizar ese trabajo para nosotros, obteniendo lo óptimo con el mínimo de gastos posible". (29)

Con vistas a lograr la excelencia en los servicios de salud se han desarrollado procesos políticos y sindicales, como el movimiento de colectivo moral, que junto al fortalecimiento administrativo y una mejor atención a los trabajadores, con un adecuado trabajo político ideológico, van dando sus resultados, que deben consolidarse mediante la cohesión de todas las fuerzas revolucionarias. La solución de los problemas subjetivos existentes permitirá estar en mejores condiciones para asimilar el moderno equipamiento y la tecnología de punta con que están siendo dotados estos centros de excelencia.

Este tipo de hospital debe contar con un servicio de urgencia diseñado orgánica y funcionalmente para esperar al paciente, con garantía de medios diagnósticos de alta precisión y resultados en breve tiempo que permitan al especialista la toma de decisiones oportunas, un servicio que garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia aplicando los sistemas internacionalmente reconocidos como el código de colores según riesgo vital y con el confort requerido para ello. (30) Las dimensiones del servicio de urgencias y de su área de emergencias dependerán de la morbilidad y la demanda asistencial de la población que atienden y basado en esto se debe definir el número de consultas y de unidades pacientes en la emergencia diferenciándose las dedicadas al

politrauma.

El área hospitalaria de atención al grave debe contar con el 10 – 15 % del total de camas hospitalarias estructuradas y organizadas en salas de Cuidados Intensivos Polivalentes o de determinado perfil como las de Coronario e Ictus, adonde tenga accesibilidad todo paciente con peligro de morir independientemente de la cronicidad de su enfermedad, desapareciendo los criterios de cuidados intermedios y siguiendo el criterio de organizar el área de hospitalización en función de problemas de salud con un enfoque integral y multidisciplinario. Debe contar con una Unidad de Ictus para la atención al paciente con Enfermedad Cerebro Vascular Aguda y una Unidad de Coronarios para la atención del paciente con Síndrome Coronario Agudo.

Los diferentes servicios de atención al paciente grave se deben estructurar y organizar funcionalmente lo más cerca posible unos de otro por la estrecha relación que tienen entre sí, siendo factible su estructuración en forma de Centro de Urgencias donde corresponda por las características arquitectónicas del lugar, a la cual pueden agregarse otros servicios para una funcionabilidad más integral como son Unidad Quirúrgica de Urgencia y Sala de Observación de Urgencias para aquellos pacientes que requieren ingresos por esta vía sin necesitar atención de cuidados intensivos. Es posible funcionar como un Centro de Urgencias en el orden conceptual, aunque no exista el edificio. (25)

Esta organización descongestionará de la dinámica de urgencias el resto de los servicios asistenciales del hospital, para una dedicación dirigida a ingresos planificados.

## **OBJETIVO GENERAL**

Mostrar un modelo de atención integral a la urgencia y la emergencia para un hospital de excelencia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 Describir la estructura y funcionamiento del servicio de urgencias y emergencias en un hospital de excelencia.
- 2 Destacar la importancia de la aplicación de protocolos y algoritmos de actuación por problemas en los procesos de atención al paciente grave.
- 3 Exponer los principales indicadores propuestos a monitorear para evaluar la calidad de los resultados en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia.

### **III. MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un proyecto de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) de carácter prospectivo en temática de técnicas y sistemas de dirección en Salud Pública para la atención integral a la urgencia y emergencia médica en un hospital de excelencia que se aplicó en el Servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo situado en el Cinturón del Príncipe, Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de la Habana propuesto para hospital de excelencia y que se fue implementando por etapas de acuerdo al avance del proceso constructivo.

El proyecto se inició en el año 2003 con un proceso de análisis, consulta y discusión con todos los profesionales dedicados a la atención al paciente grave para definir la estructura, organización y flujo de atención a la urgencia y la emergencia del Centro de Urgencias teniendo en cuenta la morbimortalidad y las condiciones concretas del centro.

Este proyecto fue aprobado por el Consejo Científico y por el Consejo de Dirección de la institución así como por la Comisión Provincial de Inversiones creada al efecto en la Dirección Provincial de Salud Pública. La confección de las diferentes tareas técnicas aprobadas tuvo la oportunidad de discutirse en los servicios con sus propios protagonistas y ha llevado un proceso continuo de monitorización en su desarrollo e implementación para garantizar la calidad en su cumplimiento.

Se empleó como método universal, el dialéctico materialista como fuente filosófica general para el conocimiento científico y los métodos lógicos de inducción, deducción, análisis y síntesis en el proceso de revisión y consulta de la amplia bibliografía existente y los lineamientos y documentos rectores del MINSAP.

Como miembro del equipo de dirección del Hospital Manuel Fajardo, desde el escenario que constituyó mi desempeño como Vicedirector de Atención al Grave

se propició la propuesta, instrumentación y funcionamiento del proyecto, la síntesis de esa experiencia y mi nueva ubicación en el SIUM, en el nivel central del MINSAP permitió profundizar y seguir de cerca su desarrollo.

El procesamiento de los datos se realizó de forma manual con calculadora. Se empleó una Computadora Pentium III con ambiente de Windows XP. Los datos se procesaron con Word XP. Se utilizó el software Autocad 2000 para la confección, procesamiento y modificación de los planos de las tareas técnicas del Centro de Urgencias por el equipo de proyectistas, arquitectos y dibujantes. Se utilizó también el programa DWG Viewer para visualizar los planos en la computadora.

## **IV. DESARROLLO**

### **A. CAPITULO I: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN UN HOSPITAL DE EXCELENCIA**

#### **1. Reordenamiento hospitalario en función de la excelencia.**

En el año 2003 se tomó la decisión por la dirección del país de incorporar al Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo en el proceso inversionista de la Batalla de Ideas para su transformación en hospital de excelencia junto a un grupo de hospitales e institutos aledaños que en su conjunto forman el Cinturón del Príncipe. Conformando este cinturón están el Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas (INEN), el Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN) y el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) así como el Hospital Ortopédico Fructuoso Rodríguez, el Hospital Pediátrico Pedro Borrás Astorga y el Hospital Manuel Fajardo con una Facultad de Ciencias Médicas que abarcan en su totalidad prácticamente todas las especialidades, llegando a disponerse de más de 1000 camas para ingreso hospitalario.

En su remodelación constructiva y redimensionamiento de sus servicios el hospital contará con un total de 325 camas para ingreso hospitalario distribuidas en 104 camas en los servicios de la Vicedirección Quirúrgica, 173 camas en los servicios de la Vicedirección Clínica y 48 camas en los servicios de la Vicedirección de Urgencias y Atención al Grave. Estas 48 camas representan el 15 % del total de camas hospitalarias en función de la atención al paciente grave. (Ver Tabla No 1)

<b>VICEDIRECCIÓN</b>	<b>CAMAS</b>	<b>%</b>
VICEDIRECCIÓN ATENCION AL GRAVE	48	15 %
VICEDIRECCIÓN CLÍNICA	173	53 %
VICEDIRECCIÓN QUIRÚRGICA	104	32 %
TOTAL	325	-----

Tabla No 1: Distribución de camas para ingresos hospitalarios por vicedirección.

Es importante señalar que de las 325 camas, 100 estarán en cubículos o habitaciones independientes lo que representa el 30 % del total de camas. El resto de las habitaciones serán de 2-3 camas con todo el confort requerido en términos de excelencia.

## **2. Organización de la Vicedirección de Atención al Grave.**

La Vicedirección de Atención al Grave de este hospital de excelencia quedará integrada por los servicios de Terapia Intensiva Polivalente con 16 camas, la Unidad de Coronarios con 16 camas, la Unidad de Ictus con 16 camas y el Servicio de Urgencia y Emergencias que aunque no están estructuralmente en el mismo piso ni la misma edificación están muy cercanos y el acceso vertical expedito por elevadores permite su funcionamiento en la práctica como un Centro para la Urgencia y la Emergencia. (Ver Tabla No 2). Dejaría de existir la actual Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (UCIP) incorporándose sus conceptos funcionales de manera diferenciada en el resto de las unidades de atención al grave. (25,31)

<b>VICEDIRECCIÓN ATENCION AL GRAVE</b>	<b>CAMAS</b>	<b>%</b>
UNIDAD DE ICTUS	16	5 %
UNIDAD DE CORONARIOS	16	5 %
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	16	5 %
TOTAL	48	15%

Tabla No. 2: Distribución de camas en los servicios de atención al grave.

El número de camas y los nuevos servicios que se crean responden a la morbimortalidad de los actuales servicios de atención al grave del hospital y a la morbilidad del municipio Plaza de la Revolución en donde se encuentra situado y rectoriza su asistencia.

La principal causa de ingreso de la actual Unidad de Terapia Intensiva (UTI), que solo cuenta ahora con 7 camas, es la Cardiopatía Isquémica Aguda con más del 50% del total de ingresos de la unidad, con una incidencia solo de Infartos Agudos del Miocardio de más de 120 ingresos anuales por lo que para satisfacer esta demanda se crea una Unidad de Coronarios para ingresar a todos los pacientes con Cardiopatía Isquémica Aguda y poder brindarles una atención especializada, diferenciada y escalonada con una sección para cuidados y tratamiento intensivo y otra para cuidados progresivos de menor vigilancia por donde transitarían los pacientes hasta su traslado a las salas de cuidados mínimos.

La principal causa de ingreso de la actual UCIP, que cuenta ahora con 15 camas y que desaparecerá como servicio independiente, es la Enfermedad Cerebro Vascular aguda con más de 400 ingresos anuales, que representa el 30 % del total de ingresos de la unidad y para satisfacer esta demanda se crea una Unidad de Ictus donde se aplicará el mismo concepto, estructura y funcionalidad que en el servicio de coronarios.

La actual UTI ubicada en el sexto piso, de solo 7 camas, deja de existir y se contará con un nuevo servicio de 16 camas a construir en la segunda planta del hospital con rápido acceso desde el servicio de urgencias y emergencias. Esta estará organizada en una sección para pacientes críticos con seis camas individualizadas y las otras diez camas para el resto de las modalidades de tratamiento, vigilancia y cuidados progresivos, aunque en cualquiera de las 16 camas se pueda realizar cualquier modalidad de manejo intensivo. Este será el único servicio de hospitalización dónde se tendrán pacientes en ventilación mecánica.

En todas estas unidades quedan incorporados los actuales cuidados intermedios que se brindan a los pacientes graves en unidades independientes integrándose en un único servicio de atención especializada, diferenciada y escalonada que ha demostrado en el mundo y en Cuba que disminuye complicaciones, mejora el pronóstico y decrece la mortalidad de las patologías con riesgo vital en que es enfocada su asistencia de esta manera. (31-33)

### **3. Estructura y funcionamiento del servicio de urgencias y emergencias como centro de excelencia.**

Dado que el cuerpo de guardia del Hospital Manuel Fajardo existente no cumplía las condiciones estructurales y carecía del espacio necesario para su correcta organización y funcionabilidad, éste fue rediseñado como un Centro para la Urgencia y la Emergencia creciendo en espacio hacia una construcción aledaña de dos plantas a acometerse por el actual proceso inversionista proyectado de manera tal que satisficiera las exigencias actuales, permitiera el despliegue de la tecnología de punta y cumpliera los requisitos de organización estructural y flujograma adecuado para brindar una atención especializada a la urgencia en términos de excelencia. (34)

Estará dividido en dos áreas básicas y tres áreas complementarias. Las dos áreas básicas son la de emergencias para atender pacientes con compromiso vital

inmediato y la de urgencias para aquellos sin riesgo vital inmediato. Las tres áreas complementarias son la de medios diagnósticos, la administrativa y de servicios y el dormitorio de la guardia médica.

El servicio se localizará en la planta baja del actual edificio hospitalario y del bloque de urgencias en construcción, quedando en la segunda planta de dicho bloque el dormitorio de la guardia médica. En la misma planta baja muy cercana al área de emergencias estará la Unidad Quirúrgica de Urgencias mientras que la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente se ubicará en la segunda planta del edificio hospital con rápido acceso por ascensor.

Aunque la Unidad de Coronarios y la Unidad de Ictus estarán ubicadas en el séptimo piso, el contar con fácil y rápido acceso desde la emergencia por ascensor permite que conceptualmente se integren y funcionen como un Centro de Urgencias. El hospital no contará con Unidad de Quemados ni Servicio de Hemodiálisis.

Todo el servicio estará debidamente señalizado, de forma tal que garantice la orientación y el flujograma adecuado con la calidad y rapidez que exige la atención al paciente grave. Estas señalizaciones indicativas llevarán aplicado el código de colores de prioridades internacionalmente usado con color rojo para las áreas destinadas a pacientes con compromiso vital inmediato, con color amarillo para las áreas con riesgo no inmediato y el color verde para las áreas sin riesgo.

En este Centro de Urgencias estará también el local para la guardia administrativa, contigua al área de estar de la guardia médica, que ejercerá las funciones de un Puesto de Dirección permanente y que será realizada siempre por un Vicedirector o Jefe de Servicio en función de director, libre de responsabilidad asistencial ese día, que controlará el funcionamiento de los procesos de atención y el cumplimiento de los protocolos de actuación y las Guías de Buenas Prácticas implementadas en la institución. Este Puesto de Dirección localizará las guardias

de especialidades y coordinará y tramitará los traslados a otros centros asistenciales a través del Centro Coordinador Provincial del SIUM, así como activará los planes de aviso y localización inmediato del personal para dar cumplimiento a los planes de recepción masiva de pacientes por diferentes contingencias ante desastres naturales, accidentes masivos, heridos, intoxicados y cualquier otra eventualidad.

A pocos metros del local para la guardia administrativa estará situada la oficina del Vicedirector de Urgencias y Atención al Grave como garantía de supervisión y fiscalización del correcto funcionamiento de los procesos de manera permanente y continuada en el horario diurno.

### **3.1 Área de emergencias.**

El área de emergencias contará con plazoleta exterior de recepción y acceso, marquesina con privacidad para vehículos que llegan y área de parqueo de camillas, área de descontaminación de piel y mucosas, área de recepción de pacientes en camilla, local para el oficial de la policía, local para la recepcionista, área para la resucitación cardiopulmonar, área para la resucitación de trauma, área de unidades paciente de emergencia médica, servicio de transfusiones, área de estar de la guardia, estación de enfermería, salón de operaciones de emergencia, oficinas de las jefaturas, salón de reuniones y discusión de casos.

La plazoleta exterior de recepción será lo suficientemente amplia para que sirva para la recepción masiva de enfermos, heridos o intoxicados en cumplimiento de los planes hospitalarios para la recepción masiva en casos de desastres naturales o artificiales y contará con un área de descontaminación de piel y mucosas con toma de agua con manguera de flujo regulable sin tener aceras el acceso a la emergencia, servicios telefónicos ni bancos exteriores que interfieran con el flujograma o constituyan barreras arquitectónicas y con acceso vial diferenciado e independiente para la urgencia y la emergencia. (35-36)

La marquesina para los vehículos que llegan y el área de parqueo de camillas tendrán la privacidad necesaria con un área verde perimetral de plantas con espinas para que ayude a que la arquitectura proteja de intrusos.

Entrando ya al inmueble vamos a tener un área para la recepción de pacientes en camilla con un área de descontaminación de piel y mucosas para casos aislados de intoxicación con manguera de flujo regulable y tragante situado a un nivel inferior del piso del resto del área de emergencia y situado en lugar aislado que permita desnudar al paciente para el tratamiento descontaminante y baño conservando su privacidad.

Inmediata a esta área de recepción estará la destinada a la resucitación cardiopulmonar con cortina que facilite el acceso y conserve la privacidad y protección contra intrusos en un espacio de 16 metros cuadrados, con el equipamiento óptimo y a donde acude el personal especializado en la emergencia que aguarda en el local de la guardia médica aledaño. Dispondrá de monitor-desfibrilador, marcapaso externo, monitor multipropósito que permita el monitoreo del ritmo cardíaco, tensión arterial no invasiva, oximetría de pulso y capnografía, carro de parada cardíaca estándar equipado para instrumentar vías aéreas, ventilador volumétrico o presiométrico, electrocardiógrafo, y toma doble de oxígeno y vacío de pared. Se contará con lavamanos y vitrinas transparentes con seguridad y fácil acceso al material desechable y los sets para los procedimientos necesarios.

El área para la resucitación del paciente traumatizado, que debe tener un área entre 20 y 50 metros cuadrados que posibilite disponer de dos a seis unidades paciente en dependencia a si la institución es centro de trauma o no, tendrá dos unidades paciente. A estas unidades paciente, que no disponen de cama, es llevado el paciente en la camilla en que fue recepcionado y allí se dispondrá de todo lo necesario para la reanimación del paciente politraumatizado con fluidoterapia, realizar el control de las hemorragias y las inmovilizaciones

requeridas, realizar los complementarios indispensables con una rápida estabilización para su traslado al Salón de Operaciones de Urgencias o la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes según requiera.

Aledaña al área anterior estará el área de emergencia médica con tres unidades pacientes con un área de 12 metros cuadrados por cada unidad hacia donde es llevado el enfermo en camilla dura, acolchonada y con barandas plegables, para su estabilización en el menor tiempo posible y posterior traslado a la unidad de atención al grave definitiva de ingreso según corresponda en cumplimiento de los protocolos de actuación y las Guías de Buenas Prácticas vigentes en la institución.

Todas estas unidades pacientes deben disponer de tomas dobles de oxígeno y de vacío que identifica la propia unidad paciente hacia la cual se llevaría todo lo necesario como el ventilador presiométrico o volumétrico, monitor cardíaco multipropósito no invasivo, carros de parada cardíaca estándar, monitor desfibrilador, carros cerrados con medicamentos y gastables, ultrasonido y rayos X portátil, electrocardiógrafo y en el lugar varios negatoscopios fijos y vitrinas con llave de forma tal que se disponga de todo lo necesario a la cabecera del enfermo. Todo este equipamiento aguarda listo para ser empleado en la estación de enfermería de la emergencia situada frente a estas unidades pacientes.

Todas las pequeñas unidades pacientes descritas conforman la Unidad de Emergencias dentro del Servicio de Urgencias debiendo tener el personal médico y de enfermería ropa funcional de color diferente al Salón de Operaciones de Urgencias y un entrenamiento, capacitación y especialización debidamente certificado y avalado que le permita desempeñar sus funciones con la excelencia requerida.

Esta área de emergencias tendrá un acceso independiente al de la urgencia y además comunicación interna doble con ella dado que un paciente que llegue por la emergencia puede no tener compromiso vital y pasará a la urgencia y

viceversa, un paciente puede llegar a la urgencia por sus propios pies y detectarse un compromiso vital obligando a su traslado al área de emergencia, o sea, deben existir vías de acceso entre la emergencia y la urgencia que garanticen un flujograma adecuado con celeridad y eficiencia sin crearse cuellos de botella que demoren la asistencia médica. Existirá también flujo directo hacia el salón de operaciones de urgencias, la sala de observaciones, la Tomografía Axial Computarizada (TAC) de urgencias y otros estudios imaginológicos y sobre todo hacia las unidades de atención al grave con un rápido acceso.

Se dispondrá de intercomunicador multicanal y timbre que alerte y active a las diferentes especialidades de guardia que se requieran así como los medios diagnósticos de imaginología incluyendo TAC de urgencias, laboratorio clínico y servicio de transfusiones.

Existirán camillas de traslado equipadas con monitores cardíacos y equipos de ventilación pulmonar que permitan con independencia y seguridad el traslado de los pacientes cumpliendo el principio de trasladar tratando hasta llegar al servicio de atención al grave final de ingreso.

Las áreas de oficinas estarán situadas entre el área de emergencia y la urgencia, con privacidad al público, la Jefatura de Enfermería tendrá nueve metros cuadrados y la del Jefe de Servicio Médico doce, con el mobiliario adecuado y computadora en conexión con la red hospitalaria así como con un salón de reuniones y discusión de casos con mesa para doce personas.

Para garantizar un mejor acceso, funcionabilidad y flujograma se ha concebido un área grande sin divisiones ni camas fowler, donde las unidades pacientes estarán identificadas por las tomas de gases, aunque al correr las cortinas se garantice la individualidad de la unidad paciente con privacidad y protección, y en esa área grande estarán las de reanimación cardiopulmonar cerca de la entrada y las de resucitación del politraumatizado y la de emergencia médica con

una estación de enfermería virtual frente a dichas unidades pacientes y en locales contiguos el área de descontaminación individual, la de espera de la guardia médica y accesos amplios hacia el resto de los servicios requeridos ya descritos.

Esta descripción puede verse en el plano de la tarea técnica reflejado en el Esquema 1 con la correspondiente leyenda del mobiliario y equipamiento en el Esquema 4 y la leyenda de la distribución de locales en el Esquema 5.

### **3.2 Área de urgencias.**

El área de urgencias contará con recepción y clasificación, salón de espera para atención con local de espera para irse, estación de enfermería para pacientes ambulatorios con locales para vía endovenosa, vía intramuscular, aerosol terapia, curaciones y cirugía menor, local para cirugía menor séptica, área de consultas de urgencia por especialidades, sala de observación para urgencias, local para electrocardiogramas, local para jefe de turno y baños diferenciados por sexo para pacientes y acompañantes.

La recepción contará con buró para el clasificador y para recepcionista con espacio para el acceso de pacientes en sillones de ruedas. La función de clasificador en un servicio de urgencias es vital y la debe realizar un personal entrenado al efecto con experiencia, conocimiento y agilidad que le facilite la pronta toma de decisiones y establecer un nivel de prioridad de la atención médica a la urgencia certero y eficaz.

Se dispondrá de un salón de espera para atención con asientos cómodos pero, que no permita acostarse, con varios televisores que proyecten videos educativos de salud, reloj de pared, información y señalizaciones con baños para ambos sexos y para discapacitados. En zona contigua existirá un área de espera para irse, donde aguardarán los pacientes ya atendidos pero, que esperan por transporte para el retorno a sus hogares.

La estación de enfermería estará a uno de los lados del pasillo frente a las consultas de urgencias por especialidades en un local amplio, funcional y confortable con varias áreas para tratamiento diferenciado. Estas áreas son la de aerosol terapia con seis tomas de oxígeno, asientos cómodos con posibilidad simultánea de administración endovenosa de broncodilatadores en los pacientes asmáticos y escupidoras con flujo continuo de agua. Contigua estará el área de administración endovenosa con varios asientos con paleta y el área de pacientes pendientes de reevaluación luego de ser tratados. Estas tres áreas tienen comunicación visual a través de cristal. Además se dispone del área para administrar la vía intramuscular. En local aparte existirá un área para curaciones y sutura de heridas menores con entrada independiente desde el pasillo con tres plazas individualizadas con privacidad estructural y camillas metálicas acanaladas, lavamanos, vitrinas de seguridad y estantería metálica de pared donde se tendría el material estéril de cura y sutura necesario, meseta con fregadero y mesitas auxiliares de ruedas para sutura, todo lavable. Se contará con local independiente con puerta al pasillo para cirugía menor séptica con lugar para una plaza y sin vitrina pues el material necesario se lleva para cada caso con vistas a evitar los riesgos de contaminación.

Frente a estas áreas descritas, estarán situadas las cuatro consultas de urgencias por especialidades de seis metros cuadrados cada una con buró y sillas para médico y paciente, lavamanos, negatoscopio y camilla de examen físico. El área de consulta para ortopedia dispondrá de un local para reducción e inmovilización aledaño a la consulta con dos unidades pacientes, meseta amplia con fregadero y trampa de yeso con un área de espera amplia enfrente para evitar congestión de pacientes en el pasillo con espacio para camilla, sillón de ruedas y varios asientos.

Aunque el local para electrocardiograma se considera opcional dado que en la urgencia estos se deben realizar en la Sala de Observación para Urgencias o en el área de emergencias se dispondrá de un local para esta conducta

complementaria.

A unos diez metros de las áreas de enfermería y consultas de urgencias descritas, con acceso directo también desde el área de emergencias estará situada la Sala de Observación para Urgencias con capacidad para diez camas con subdivisión de hasta un metro de altura entre camas, con un área de nueve metros cuadrados por cama y con privacidad individual. Contará con toma de oxígeno y vacío cada dos camas, varios lavamanos y negatoscopios dobles de pared y baños para ambos sexos. Tendrá una estación de enfermería propia con vitrinas de seguridad y estantería metálica de pared lavable donde se pueda tener todo el material e instrumental estéril necesario, carro de paro móvil, mesas auxiliares con ruedas y los demás componentes del mobiliario médico y no médico necesario. Dispondrá de equipamiento médico independiente como desfibrilador-monitor, monitor multipropósito para vigilancia cardiovascular con medición de parámetros no invasivo y ventiladores presiométricos entre otros. Esta sala contará con el recurso humano técnico profesional y auxiliar propio y funcionará como cualquier otra sala de la institución con jefatura médica y de enfermería.

Esta descripción puede verse en el plano de la tarea técnica reflejado en el Esquema 2 con la correspondiente leyenda del mobiliario y equipamiento en el Esquema 4 y la leyenda de la distribución de locales en el Esquema 5.

### **3.3 Áreas complementarias**

Las áreas complementarias serían el área administrativa y de servicios, el área de medios diagnósticos y el dormitorio del personal de guardia.

El área administrativa y de servicios contará con la oficina del Jefe del Servicio de Urgencias y Emergencias, la oficina de la Jefatura de Enfermería, la oficina de la administración, área de taquillas y baños para el personal de plantilla, comedor del personal de plantilla, ropería de servicio 24 horas para la urgencia y el grave,

local de camillas y sillones de ruedas de reserva, local de equipos de limpieza, depósitos de desechos sólidos con riesgo biológico, grupos electrógenos alternativos y abasto de agua independiente. En esta sección también estará situada la oficina del Vicedirector de Atención al Grave.

En el área de medios diagnósticos se contará con laboratorio clínico, laboratorio de microbiología y departamento de imaginología con radiografía simple, ultrasonido diagnóstico y TAC con funcionamiento las 24 horas.

Como principio general, las investigaciones complementarias se llevarán al paciente, realizándose en la cabecera de los pacientes del área de emergencia y los pacientes urgentes de la sala de observación, exceptuando la TAC. Los pacientes de urgencia ambulatorios irán al laboratorio clínico y a imaginología del servicio de urgencia que tendrá un área de espera conjunta con asientos y baños donde también recibirán los resultados.

Esta descripción puede verse en el plano de la tarea técnica reflejado en el Esquema 3 con la correspondiente leyenda del mobiliario y equipamiento en el Esquema 4 y la leyenda de la distribución de locales en el Esquema 5.

El área de descanso de la guardia médica estará en el piso superior con acceso por escalera situada entre las áreas de urgencias y emergencia. Aquí se localizan los dormitorios que serán ocho habitaciones dobles con taquillas individuales, climatización y baño interior para dar atención diferenciada a los jefes de guardia, especialistas y residentes. Dispondrá de una sala de estar con televisor, refrigerador, caja de agua fría o bebedero y teléfono para comunicación interna y localización inmediata del personal. Tendrá un pantry comedor confortable donde en horarios diurnos también dará atención al personal del servicio de urgencias que se encuentra laborando. Existirá un personal designado a atender el lugar que contará con buró para recepción y control con acceso al closet de la lencería a entregar al personal de guardia. En las áreas de estar y pasillos existirán teléfonos

públicos para ser usados por el personal de guardia y garantizar que los números de urgencia estén siempre disponibles. Una opción disponible será la posibilidad de acceder a la biblioteca del hospital situada a pocos metros que ofertará sus servicios 24 horas con lo que puede realizarse una rápida consulta de ser necesario.

## **B. CAPITULO II**

### **PROTOCOLIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCION A LA URGENCIA**

Un factor de extraordinaria importancia en la atención a la urgencia y la emergencia es la disponibilidad de personal entrenado y capacitado listo en espera de la llegada del paciente grave en un lugar cercano al sitio de arribo al área de emergencia, lo cual garantiza una actuación médica inmediata en equipo multidisciplinario.

Las acciones de este equipo multidisciplinario en el enfrentamiento a las situaciones de emergencias deben de hacerse de manera unificada y enfocada a la solución de los problemas con una clasificación o triage temprana, rápida, completa, precisa y segura que lleve a tomar conductas y decisiones en órdenes de prioridades según el compromiso vital dando cumplimiento a los protocolos y algoritmos de actuación vigentes en la institución. (37)

La existencia de protocolos y algoritmos aceptados por todos los profesionales, adaptados a la morbilidad, condiciones, recursos y misiones del centro, resulta imprescindible para que las conductas sean similares ante un mismo problema, independientemente al miembro del equipo médico, cada profesional debe hacer suya las pautas terapéuticas del servicio y no deben ser modificadas innecesariamente.

El trabajo en equipo con cumplimiento disciplinado y científico de estos algoritmos y protocolos organizan, estandarizan y ordenan los procesos de atención al

paciente grave, permitiendo trabajar de consenso. Este método de trabajo de consenso que enfrenta la atención al paciente grave por problemas y prioridades ha demostrado disminución en la mortalidad, las complicaciones y los fallos y errores médicos en los servicios de urgencias. (38-39)

La aplicación de los protocolos y algoritmos por consensos aplicando los conocimientos y experiencia de la Medicina Basada en la Evidencia (40-41) constituye un paso indispensable para garantizar la calidad en la atención a la urgencia y la emergencia y una herramienta de inestimable valor para la evaluación de la asistencia por los diferentes comités de calidad que conforman el consejo de la calidad hospitalaria facilitando la comprobación del cumplimiento y efectividad de todos los procesos de atención para su constante perfeccionamiento en aras de lograr la excelencia en los servicios prestados con una elevada satisfacción de la población.

Estos algoritmos de actuación constituyen las Guías de Buenas Prácticas (GBP) y deben ser de amplia divulgación y conocimiento entre todo el personal y estar visibles en las áreas correspondientes de la emergencia médica y la sala de observaciones. Se debe disponer de los algoritmos que pauten la conducta a seguir ante los problemas más emergentes como el politraumatizado, el trauma craneoencefálico, la pérdida del conocimiento, el dolor torácico, el paro cardiorrespiratorio y las arritmias cardíacas así como para las enfermedades más frecuentes de acuerdo a la morbilidad del centro entre las que no deben faltar la Cardiopatía Isquémica y la Enfermedad Cerebro Vascolar. (42-43)

En Cuba, la mayoría de las GBP se han elaborado por grupos de expertos, que siguiendo los cánones de la Medicina Basada en la Evidencia Científica, en comisiones de trabajo bajo la responsabilidad de los Grupos Nacionales de las diferentes especialidades y otras organizaciones médicas nacionales que se ocupan de enfermedades particulares como Epilepsia, Enfermedad Cerebro Vascolar y Cardiopatía Isquémica. No todos los grupos de trabajo han concluido

su trabajo y algunas simplemente reproducen las adoptadas por otras sociedades internacionales con poca o ninguna adaptación a nuestro medio.

En nuestro centro las GBP y protocolos de actuación correspondientes al área de atención a la urgencia y la emergencia ya están listas. Estas fueron confeccionadas previa consulta y discusión con los profesionales y adoptados de consenso. Ahora queda implementarlos, aplicarlos y monitorear su cumplimiento.

### **C. CAPITULO III**

#### **INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCION A LA URGENCIA Y LA EMERGENCIA**

Siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, no existiendo aún un consenso para una definición universal de la categoría calidad. La calidad debe ser valorada como el producto o resultado de un proceso, donde los resultados son los indicadores o características de calidad y el proceso las normas de actuación y verificación. (44)

Para Gilmore y Moraes la calidad aplicada a la salud comprende un alto nivel de excelencia profesional con un uso eficiente de los recursos humanos y materiales con un mínimo de riesgo para el paciente obteniendo un alto grado de satisfacción en pacientes y familiares con un impacto positivo final en la salud. (45)

La aplicación de este concepto en los servicios de urgencias lleva implícito hacer lo correcto correctamente, sin complicaciones, cuando está indicado y en el momento preciso en todos los procesos de atención al paciente grave en la urgencia y la emergencia.

Para poder evaluar posteriormente la calidad de estos procesos se debe disponer de las GBP con los correspondientes algoritmos de actuación que normen y estandaricen las conductas a seguir por cualquier miembro del equipo de

actuación ante los problemas y enfermedades propias que puedan llevar al compromiso vital de los pacientes.

Otro elemento importante son los tiempos de espera y de respuesta de los servicios de urgencias y emergencias para un centro de excelencia pues su cumplimiento es expresión de eficiencia en los servicios y capacidad de respuesta. (46,47) Los tiempos de espera y respuesta de los servicios que se prestan son:

- para la atención de emergencia, cero.
- para la atención de consulta, hasta 20 minutos.
- para investigaciones de radiología, hasta 30 minutos.
- para el laboratorio clínico, entre 15 y 20 minutos.
- para ingreso en unidades intensivas, menos de 1 hora.
- para ingresos desde la sala de observación un tiempo de hasta 6 horas.
- para el quirófano, diferenciado por problemas y patologías.

De igual manera el seguimiento del reporte de eventos adversos, la mortalidad en el servicio y la existencia de quejas e insatisfacciones de la población serían elementos a evaluar por los diferentes comités de calidad hospitalarios en el cumplimiento del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad. (46-49)

Por tanto, existirá calidad en la atención de salud de la urgencia y la emergencia cuando los resultados o efectos de los procesos satisfagan los requisitos de los clientes externos e internos y además se cumplan las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema. Es decir, que se logre la calidad con eficiencia, eficacia y efectividad. (50,51)

Los indicadores al medir las variables son esenciales para resumir y medir los resultados del desempeño de los servicios de salud y al obtenerlos pueden ser comparados con los parámetros establecidos. Los indicadores deben cumplir los requisitos de validez, confiabilidad, sensibilidad, especificidad y ser exactos,

precisos y fáciles de obtener. (52)

Los indicadores que proponemos serían los tiempos de espera y respuesta ya descritos, la existencia de eventos adversos, complicaciones por impericia, errores médicos y quejas e insatisfacciones. Los sistemas de costos no se han podido implementar en el sector adecuadamente razón por la que no pueden aplicarse como medidor de calidad.

## V. CONCLUSIONES

- La participación activa de todos los profesionales de la urgencia mediante un amplio proceso de análisis y discusión permitió la realización e implementación de este proyecto de consenso y con un elevado sentido de pertenencia por parte de los trabajadores.
- Cumplimiento adecuado de lo previsto en la tarea técnica en cuanto a la estructura del Centro de Urgencias, lo que permitirá aplicar el flujo correspondiente para su funcionamiento en términos de excelencia.
- Retraso significativo en el cronograma de ejecución del proceso inversionista del Centro de Urgencias con varias postergaciones en su fecha de terminación.
- La designación de un profesional responsable de verificar la calidad en la ejecución de la obra y el cumplimiento de lo planificado ha sido un elemento con impacto positivo.
- Los protocolos y algoritmos de actuación de las Guías de Buenas Prácticas de las patologías propias del paciente grave fueron confeccionadas, discutidas y aprobadas de consenso, adaptadas a las características propias del centro y están en vías de implementación.
- Se establecieron los principales indicadores de calidad en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia, cuyo monitoreo constante permitirá la implementación del programa de perfeccionamiento continuo de la calidad en aras de brindar un servicio de excelencia.
- Se logró un ambiente de cambio en la conducta de los profesionales de la urgencia con una mayor conciencia de la importancia del trabajo en equipo y de la necesidad de la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas como consenso.

## VI. RECOMENDACIONES

- Acelerar el proceso constructivo con la calidad requerida que permita dar culminación a la obra civil en el primer trimestre del año 2007.
- Al concluir la obra civil, instalar con inmediatez y profesionalidad toda la tecnología de punta asignada para su puesta en marcha en servicio de la población.
- Implementar las Guías de Buenas Prácticas establecidas de consenso y garantizar el cumplimiento de los protocolos de actuación.
- Llevar adecuadamente los registros primarios y la información de estadística continua para el correcto seguimiento de los procesos de atención.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-) Brillman JC, Doezema D, Tandberg D, Skalar DP, Davis KD, Simas S. Triage: limitations in predictory need for emergent care and hospital admission. *An Emerg Med* 1996;27(4):493-500.
- 2-)Nogal Saez F. Panorama de los servicios de urgencia. *Mapfre Med* 1993;4(suppl):22-24.
- 3-) Sanz Esteban J. Panorama actual de los servicios de urgencias hospitalarios. *Mapfre Med* 1993;4(suppl):30-35.
- 4-)Nourjah P. National Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. *Adv Data* 1999;(304):1-24.
- 5-) Francisco X. El sistema de salud de Canadá. *Rev Panam Salud Pub* 1997;1(3):180-5.
- 6-) Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R, Sosa Acosta A. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas. Un problema a reajustar. *Rev Cubana Med* 2001;40(3):181-8.
- 7-) Hernández García R, Sosa Acosta A, Castro Pacheco BL, Acevedo Castro BI. Demanda de urgencias del nivel primario en el secundario . Disponible en CD-R URGRAV 2002. II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. SOFTCAL 2002: 1249-55. (ISEN 959-0282-11-3).
- 8-) Almazán Cruz S. Un modelo de medicina de emergencia para la Ciudad de México. *Gac Med Mex* 1990;126(5):423-9.
- 9-) Garijo Gálves A. Sistema integral de urgencias. Cadena asistencial, unidades de gestión de urgencias. *Mapfre Med* 1993;4:31-33.
- 10-) Sosa Acosta A . Manual metodológico de apoyo vital en Cuba. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 1999.
- 11-) Varona Felipez I, Bujardón Perdomo Z, Ramírez E, Díaz Aguada S. Caracterización del subsistema de urgencias año 1999 y 2000. Disponible en CD-R URGRAV 2002. II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. SOFTCAL 2002: 1194-1198 (ISEN 959-0282-

- 11-3).
- 12-) Falcón Hernández A, Navarro Machado VR, Rodríguez Suárez G, Cueto Eduarte I. Demanda de asistencia médica para las urgencias. Tendencias en la provincia de Cienfuegos, 1997-2000. Disponible en CD-R URGRAV 2002. II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. SOFTCAL 2002: 1259-65. (ISEN 959-0282-11-3).
- 13-) Infantes Ortega M, Escalona Ramos CA, Busto Santiesteban G, Del Busto Colina Y, Hernández Monteagudo L. Flujo de traslados por apoyo vital básico en el centro coordinador provincial de emergencias de las Tunas Julio-Diciembre 2005. Disponible en CD-R URGRAV 06. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. DESOFT 2006: 1063-1073. (ISEN 959-0282-11-3).
- 14-) Labrada González E, Pérez Aguilera E, Moro Pardo N. Resultados del trabajo de emergencia médica móvil. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. DESOFT 2006: 1169-1175. (ISEN 959-0282-11-3).
- 15-) García Urra D. La previsión de servicios y la gestión de la demanda. Rev Adm Sanit 2004;3:477-86.
- 16-) García Bermejo P. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. DESOFT 2006: 1362-1367. (ISEN 959-0282-11-3).
- 17-) García Gómez C, Rivero Rodríguez R, Rivero Ortega R, Nieto Cabrera R, Rodríguez Amador L. Efectividad del proceso de remisiones médicas en servicios de urgencias. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. DESOFT 2006: 391-398. (ISEN 959-0282-11-3).
- 18-) García Gómez C, Delgado Figueredo R. Intervención en el proceso de clasificación del centro de emergencia médica. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva, La Habana. DESOFT 2006: 401-407. (ISEN 959-0282-11-3).

- 19-) Powner D, Zimmerman JL, Dellinger RP. Fundamental Critical Care Support. 2da Ed. 1999. Sociedad de Medicina de los Cuidados Críticos.
- 20-) Handley A. The 1998 European Resuscitation Council Guidelines for adult single rescuer basic life support. Resuscitation 1998;37:67-70.
- 21-) Iraola MD, Nieto PR, Alvarez FC, Pons F, Cruz H. Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica: morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg 2003;2(2):35-43.
- 22-) Misas M, Iraola MD, Alvarez F, Nieto PR, Pons F. Índice de disfunción orgánica múltiple en pacientes quirúrgicos ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg 2003;2(4):35-44.
- 23-) Misas Menéndez M, Hernández Lara A, Iraola Ferrer M. La disfunción orgánica múltiple. Un síndrome de relevancia en nuestra práctica. Aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev Cub Med Int Emerg 2005;4(4):184-216.
- 24-) Vergara Olivares JM, Buforn Galiana A, Rodríguez Serrano C. Triage. Manual de urgencias y Emergencias 2001. Disponible en CD-R (ISBN 8469-9839-9-7).
- 25-) Sosa Acosta A. Organización, estructura y dirección de la urgencia y los cuidados intensivos en Cuba. En Terapia Intensiva 2006. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. Tomo I. Sección I: Generalidades. Capítulo 3. pag 20-32.
- 26-) Frías Méndez E. Traumatismos vasculares: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2006;45(2):18-20.
- 27-) Frías Méndez E. Lesiones traumáticas de las partes blandas: concepto, clasificación y tratamiento. Rev Cubana Cir 2006;45(2):20-24.
- 28-) Castro Ruz F. La historia me absolverá. Editorial Ciencias Sociales. La Habana. Cuba 1984.
- 29-) Selman-Housein Abdo, E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico Técnica 2002: 8 – 9.
- 30-) MINSAP. Urgencia médica en el subsistema hospitalario. Principios y conceptos. La Habana. Cuba. 1996:1-10.

- 31-) Bebibre Tabeada R. Conversión de las terapias intermedias en terapias intensivas. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva . La Habana. DESOFT 2006: 612-621. (ISEN 959-0282-11-3).
- 32-)Ablusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El sistema nacional de salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de servicios sanitarios. Rev Adm Sanit 2005;3:431-46.
- 33-)Isasia Muñoz T, Vivancos Mora J, Salas Arco C. Cadena asistencial del Ictus. Emergencias 2005;13:178-87.
- 34-) Sibbel R. The growing challenge of hospital investment. World Hospitals and Health Services. 2006;42(2): 17-20.
- 35-) Méndez Catasús R. Asistencia a un número masivo de lesionados. Rev Cubana Cir 2006;45:3-4.
- 36-) Parellada Blanco J, Hidalgo Sánchez AO. Plan para la recepción masiva de heridos y lesionados. Rev Cubana Med Milit 2001;30(3):166-71.
- 37-) Jelovac I, Macho-Stadler I. Comparing organizational structures in health services. Journal of Economic Behaviour and Organization 2002;(49):501-522.
- 38-) Rojas Santana O, Hernández Díaz E, Molina Lois M, Ojeda González JJ. Estratificación de prioridades para la urgencia quirúrgica. Resultado de la aplicación de un método diferente. Rev Cub Anest Rean 2005;4(3):95 –109.
- 39-)Millán Soria. Impacto de la implantación de un sistema de triage y consulta rápida en un servicio de urgencias hospitalarias. Disponible en CD-R URGRAV 2006. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva , La Habana. DESOFT 2006: 1519-1531. (ISEN 959-0282-11-3).
- 40-) Sacket D. Evidence based medicine: what is and what isn't. BMJ 1996;312:71-2.
- 41-)Shekelle P. Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines becomed outdated? JAMA 2001;286(12):1461-7.
- 42-)Aras F, Loma Osorio A, Alonso A JJ, Cabades A, Coma-Canella I. Guías de actuación clínica de la sociedad española de cardiología en la cardiopatía

- isquémica. Rev Esp Cardiol 1999;52:919-56.
- 43-) Cook D, Giacomini M. The trials and tribulations of clinical practice guidelines. JAMA 1999;281:1950-1.
- 44-) Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud. En Control de calidad de la atención de salud. 2004. Editorial Ciencias Médicas: 22-37.
- 45-) Gilmore C, Moraes NH. Gerencia de la calidad. Gerencia en salud. Tomo I. MINSAP. La Habana. 1997:161-198.
- 46-) Ramos Domínguez BN. ¿ Cómo evaluar los resultados y verificar el proceso?. En Control de calidad de la atención de salud. 2004. Editorial Ciencias Médicas: 54-58.
- 47-) Curbero Menéndez O, Parellada Blanco J, Morejón Tellez L. Indicadores de atención al paciente grave en el centro de urgencias. Rev Cubana Med Milit 2000;29(2):148-51.
- 48-) MINSAP. Programa de garantía de la calidad de la atención médica hospitalaria. La Habana. Cuba. 1993.
- 49-) Ramos Domínguez BN. Recomendaciones para la puerta en marcha del programa de mejoramiento continuo de la calidad. En Control de calidad de la atención de salud. 2004. Editorial Ciencias Médicas: 127-131.
- 50-) Gilves GAN, López PC. El concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Economía y Salud. ENSAP-MINSAP. La Habana 2002: 42-61.
- 51-) Wendin R. The role of risk management in reducing costs and increasing patient safety. World Hospitals and Health Services 2006;42(2):17-20.
- 52-) Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cub Salud Pub 2004;30(1): 17– 36.