

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Tesis para optar al título de Especialista en
Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.**

*“ Demoras en atención a pacientes del servicio de Cirugía General en
Emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de enero a
diciembre 2020”*

Autor:

Dr. Norvin Josué Gutiérrez González

Tutor Científico: Dr. Roberto José Jiménez – Nefrólogo Pediatra

Tutor Metodológico: Dr. Jeffrey Alonso Loredó – Médico General

Managua, marzo 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo está dedicado primeramente a Dios, por permitirme avanzar en la profesionalización y superación personal. A mi familia por brindarme su apoyo incondicional, motivación constante y valores inalienables a mi persona.

A mis amigos, los incondicionales, que estuvieron defendiendo los valores revolucionarios en los momentos más difíciles de la residencia y en especial a mi amigo Roberto que me enseñó que el poder es para obtener el bien colectivo.

OPINIÓN DEL TUTOR

Los conceptos y definiciones de calidad son tan innumerables como las personas que se dedican a su fomento. En lo personal opino que la calidad es la cualidad que un bien o producto tiene para satisfacer las necesidades de las personas.

Es común y casi unánime dimensionar la calidad en dos grandes componentes; el técnico y el relacional y a estos elementos se le adicionan indicadores de productividad, eficacia y eficiencia, conceptos que deben incluirse en las evaluaciones ya que la correcta evaluación presupuestaria facilita ampliar la cobertura. Estos últimos elementos son medidos con frecuencia con estándares e indicadores, sin embargo, los tiempos de demora en la atención en cualquiera de los componentes de la atención en salud inciden de diversa manera en la calidad de la atención; desde el mal uso financiero, congestión de los servicios hasta las posibilidades de complicaciones e insatisfacción de las personas.

El presente trabajo se enfoca en este último aspecto y demuestra que aun en hospitales con buen desarrollo tecnológico y administrativo existen procesos que a veces se escapan de la administración y que debieran ser medidos como un indicador de satisfacción de las personas (pacientes y familiares) así como medidas de eficacia, eficiencia y productividad.

El tamaño de la muestra y el tiempo de recolección de la información considero que aún deben ser ampliados a un número suficientemente grande para que estadísticamente tengan suficiente peso para considerarlos como estándares de indicadores, por lo que creo que el esfuerzo realizado por el Doctor Norvin Josué Gutiérrez González es innovador y debe tomarse en cuenta para futuras revisiones.

Dr. Roberto Jiménez.

CARTA AVAL DEL TUTOR METODOLÓGICO

Por este medio, hago constar que el documento de Tesis Monográfica titulado **“Demoras en la atención de pacientes del servicio de cirugía general en la Emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz en el período de Enero a Diciembre del año 2020”**, elaborado por el Dr. Norvin Josué Gutiérrez González; tiene la coherencia metodológica y la calidad estadística suficiente, cumpliendo de esta manera con los parámetros establecidos para su defensa final y poder optar al grado de **Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología** que otorga la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Nicaragua UNAN-Managua.

Se extiende la presente, en la ciudad de Managua a los 8 días del mes de Marzo del año dos mil veinte y uno.



Dr. Jeffrey Alonso Loreda

Tutor Metodológico

RESUMEN

La restitución del derecho a la salud como eje fundamental de los lineamientos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud garantiza el acceso a estándares de atención con calidad técnica y relacional en donde el tiempo de espera juega un papel fundamental considerando que tiempos prolongados de atención impactan en la salud de las personas independientemente de la aplicación de las mejores tecnologías.

La presente investigación tiene como objetivo determinar las causas intra institucionales asociadas a la demora en la atención en salud en la emergencia del servicio de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz en el período enero a diciembre 2020; es un estudio de investigación descriptivo, transversal y retrospectivo; el área de estudio está centrada en los pacientes que fueron atendidos en la emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz en el año 2020, con un universo de 15268 pacientes y una muestra de 268 pacientes.

Al evaluar el tiempo de espera concluye que la principal demora en la atención en salud está asociada directamente al retiro del resultado de exámenes de laboratorio y que no se pueden conocer los tiempos de atención de acuerdo a la normativa del triage. Por lo que se recomienda garantizar un sistema digitalizado de reporte inmediato de los resultados de exámenes de laboratorio; capacitar al personal del departamento de emergencia en los sistemas de clasificación triaje y establecer indicadores de seguimiento del triaje evaluando periódicamente el cumplimiento de los mismos.

ÍNDICE

Dedicatoria

Opinión del Tutor

Resumen

Índice

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
	Estudios Internacionales.....	
	Estudios Nacionales.....	
III.	JUSTIFICACIÓN.....	4
	Originalidad.....	
	Conveniencia institucional.....	
	Relevancia Social.....	
	Valor Teórico.....	
	Relevancia Metodológica.....	
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
	Caracterización.....	
	Delimitación.....	
	Formulación.....	
	Sistematización.....	
V.	OBJETIVOS.....	6
	Objetivo General.....	
	Objetivos Específicos.....	

VI.	MARCO TEÓRICO	7
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	19
	Tipo de estudio	
	Área de estudio	
	Universo	
	Muestra	
	Tamaño de la muestra.....	
	Criterios de Inclusión	
	Unidad de Análisis	
	Obtención de la información	
	Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información	
	Matriz de Operacionalización de Variables.....	
	Plan de Tabulación y Análisis Estadístico.....	
	Consideraciones éticas.....	
VIII.	RESULTADOS	25
IX.	DISCUSION Y ANÁLISIS	29
X.	CONCLUSIONES.....	32
XI.	RECOMENDACIONES	33
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
XIII.	ANEXO	36

Introducción

Los hospitales del Ministerio de Salud atienden a pacientes con patologías complejas, y el Hospital Fernando Vélez Paiz con su servicio de cirugía general en emergencia no es la excepción. Inmerso en esa complejidad, la búsqueda de la calidad es un principio y un valor institucional. La calidad de la atención involucra sus dos grandes dimensiones: la calidad relacional que involucra la empatía, el buen trato, la calidez y el humanismo; y la calidad técnica que se basa en el nivel de habilitación estructural y las guías clínicas como elemento para la resolución de los problemas de las personas.

Dentro de la calidad técnica; la deficiencia en la capacidad resolutoria, la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos, genera demora en la atención al igual que la sobre exposición de pacientes y carencia de respuesta humana.

La restitución del derecho a la salud, garantiza el acceso a estándares de atención con calidad técnica y relacional en donde el tiempo de atención juega un papel fundamental considerando que tiempos prolongados de atención impactan en la salud de las personas independientemente de la aplicación de las mejores tecnologías.

La demora de la atención debe considerarse un indicador de prestación de servicios tan importante como la mortalidad, productividad, etcétera; de ahí la importancia del presente trabajo que a nuestro juicio es el primero en realizarse en el Hospital Fernando Vélez Paiz con la expectativa de que el seguimiento en dichos tiempos de espera constituyan un elemento fundamental en la gestión de la prestación de servicios.

Antecedentes

Estudios Internacionales

González Méndez (2012) Costa Rica, en su estudio descriptivo transversal, las demoras están asociadas al área de estadística que provoca un aumento en el tiempo de espera, la deficiencia de recurso humano y material está ligado directamente con el retraso de la atención.

Pashanaste Cobos (2015) Perú, en su estudio cuantitativo, reflejo que el 55% esperaban entre 1 y 2 horas para ser atendidos, y 63% de la consulta duraba 10 a 15 minutos.

Torres Romero (2016) Ecuador, en su estudio descriptivo analítico, presenta un desinterés y demora en la atención, desde su ingreso a la sala hasta la obtención de todos los estudios necesarios de las pacientes, los métodos diagnósticos poseen una alta demora.

Alonso Soto (2018) Perú, en la revisión documental, concluyó los hospitales del Ministerio de Salud peruano dista mucho de los estándares de calidad recomendados, con notables deficiencias en la capacidad resolutive debido a la falta de métodos de ayuda diagnóstica.

Estudios Nacionales

Wong Sánchez (2008) Bluefields, en su estudio descriptivo mixto, concluyó que la influencia de la familia, la accesibilidad geográfica además de económica, están ligadas directamente al tiempo de atención.

Méndez Torres (2009) Managua, mediante su estudio de evaluación, concluyó la insatisfacción de los usuarios estaba orientada al tiempo de espera y la respuesta de laboratorio, al igual que la falta de insumos.

Vado Velásquez, Sánchez Flores (2016) Managua, Hospital Alemán Nicaragüense, descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal, encontró que el retraso del ingreso se debía a la carencia de insumos y métodos diagnósticos.

Justificación

El describir las situaciones involucradas en las demoras asociadas al retraso de la atención en la emergencia es una propuesta avanzada de indicador, lo cual se considera conveniente porque el seguimiento a la demora de atención incide en la reducción de los tiempos de espera que son una problemática a nivel institucional que requieren una intervención oportuna para una resolución más óptima, con el fin de brindar una atención de calidad a los usuarios. La actual investigación permite obtener estadísticas propias que sirvan de base para mejorar la prontitud en la atención a los usuarios del servicio de cirugía general y de otras especialidades de la emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz.

Planteamiento del problema

Caracterización

En Nicaragua, al margen de las situaciones sociales y geográficas que pueden condicionar el retraso en la demanda, las condiciones institucionales referidas a la organización, gestión, cumplimiento de normas y habilitación, también son factores determinantes para incidir o no en los retrasos de la atención.

Delimitación

En el Hospital Fernando Vélez Paiz afluye una gran cantidad de pacientes al servicio de cirugía general. Diversas encuestas de opinión, entrevistas a personas y quejas relacionadas con la atención han expresado tiempos prolongados de espera en la atención, lo cual incide en la percepción que las personas tienen en los servicios que se prestan; este problema no ha sido adecuadamente dimensionado.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las demoras en atención a pacientes del servicio de cirugía General en Emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de enero a diciembre del 2020 utilizando como patrón estándar el reglamento general de hospitales del año 2020?

Sistematización

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las causas intra institucionales asociadas a la demora de atención de la población de estudio.
3. Conocer los tiempos de atención de acuerdo a la normativa del triage del reglamento general de hospitales del año 2020.

Objetivos

Objetivo General:

Identificar las causas intra institucionales asociadas a la demora en la atención en salud en la emergencia del servicio de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz enero a diciembre 2020 utilizando como patrón estándar el reglamento general de hospitales del año 2020.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las causas intra institucionales asociadas a la demora de atención de la población de estudio.
3. Conocer los tiempos de atención de acuerdo a la normativa del triage del reglamento general de hospitales del año 2020.

Marco teórico

Estructura de redes de salud

A nivel mundial existen distintos niveles de atención en salud. En países con ingresos económicos medios o altos, el nivel primario está enfocado en la prevención y promoción de la salud, en tanto, en los países con bajos ingresos económicos, el primer nivel de atención tiene un objetivo curativo. En el año 1978 en la reunión de Alma Ata se estableció que el nivel de atención primario es esencial para las personas y las familias, pues los establecimientos están insertos en la comunidad en forma estratégica, priorizando a la población con menos recursos y con mayor riesgo social, garantizando así, el acceso universal a la salud estableciendo la meta de salud para todos en el año 2000. (Lorenzo, I. V. 2012)

El modelo de organización de atención en el Ministerio de Salud de Nicaragua establece que la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social, mediante la labor de un equipo multidisciplinario; esta atención es entregada a lo largo del ciclo de la vida del usuario. Por su parte, el nivel secundario está enfocado principalmente a la recuperación de la salud y rehabilitación del usuario, este nuevo modelo de salud implantado en Nicaragua en la segunda etapa de la revolución se basa en la responsabilidad compartida, con participación activa y protagónica del individuo, la familia y la comunidad; dando lugar al Modelo de Salud Familiar y Comunitario, MOSAFC.

Diversos factores inciden a favor o en contra de la atención oportuna, lo que ha conducido a establecer criterios para diferenciar las necesidades de atención según el riesgo. De ahí que en los servicios de urgencia de diversos países como España, Alemania, México, Nueva Zelanda, Bélgica, Canadá, Italia, Noruega, entre otros, se categoriza a los usuarios mediante el triage. Si bien este método tiene variaciones, el principio es el mismo,

siendo una herramienta que permite manejar de forma adecuada y segura a un gran flujo de personas garantizando la atención de acuerdo al nivel de prioridades. El triage en salud publica según reglamento general de hospitales de la República de Nicaragua del año 2020 establece 5 niveles de grados de urgencia en donde el más urgente es atendido de inmediato. La pronta atención de los pacientes no solo mejoran la percepción de pacientes y familiares sino que en cierta medida disminuyen riesgos de morbilidad agregada. (Minsa, 2020)

Demandas y necesidades de salud

La necesidad de salud es el conjunto complejo interrelacionado de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen la persona, su familia y la comunidad para proteger, recuperar, mejorar y mantener su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable (Cobos, D.D 2015). Es la percepción que tiene un individuo que cursa una enfermedad y que considera requiere de atención urgente. Está determinada por tres factores:

- 1. Necesidad de salud individual:** es el principal factor predictor del uso de los departamentos de Emergencia. Está determinado por la morbilidad del paciente y por accidentes y traumas. Los estados de salud precarios, como aquellos pacientes con enfermedades crónicas, se asocian con un mayor número de visitas a las salas de emergencia. Así como también pacientes con abuso de drogas o alcohol.
- 2. Percepción individual:** la demanda de los servicios de emergencia se asocia con múltiples percepciones individuales. La que se identifica con mayor frecuencia como razón para acudir a un servicio de emergencia es la severidad percibida de la enfermedad, se refiere a la sensación que tiene el paciente sobre el grado de urgencia de su enfermedad, la cual depende tanto de las creencias como de los conocimientos que tenga sobre qué es una emergencia. Otros factores individuales que influyen para acudir a una sala de emergencia se encuentran la percepción que la persona tenga sobre la calidad de atención, los síntomas que percibe en el

momento y la percepción de conveniencia, ésta última hace referencia a la facilidad con la que el paciente puede buscar y acceder a los servicios de salud, incluidos el transporte, la distancia y el tiempo que le toma para llegar a un centro de atención

3. **Factores Sociales:** El crecimiento demográfico y cambios en la economía se asocian con aumento en el uso de los servicios de emergencia. Los cambios climáticos estacionales, los desastres naturales y los brotes de enfermedades epidémicas también tienen un alto impacto en la demanda de estos servicios.

La necesidad de salud se ve influenciada, a su vez por otros factores:

- a. **Factores predisponentes:** estos factores son los que participan en la transición entre la percepción de salud que tenga un paciente y la acción de buscar un servicio de salud.

- Edad: el uso de emergencia varía en diferentes grupos etarios, teniendo dos picos principales, en infantes menores a dos años y las personas de la tercera edad. Se ha observado con mayor frecuencia que en menores de 2 años las visitas a salas de emergencia se dan por situaciones no urgentes. En adolescentes y adultos jóvenes la principal causa de atención se relaciona con situaciones traumáticas y en adultos mayores por condiciones médicas crónicas.

- Género: El género masculino es un predictor independiente tanto para visitas frecuentes como repetidas en emergencia. Además éste género se asocia con mayor frecuencia con visitas por situaciones no urgentes, y generalmente identifican las salas de emergencia como su fuente primaria de atención.

- Estado Socioeconómico: Muchos estudios asocian un estado socioeconómico bajo con un aumento en la probabilidad individual del uso de los servicios de emergencia. El ser indigente, divorciado(a), viudo(a), bajos ingresos económicos, también se asocian con mayor uso de las emergencias.

- Nivel educativo: puede influir en la toma de decisión sobre acudir a un servicio de emergencia. Entre mayor sea el nivel educativo, mayor será la probabilidad de acudir a una sala de emergencia. Al aumentar el nivel educativo, la persona se hace

más consciente de sus necesidades de salud y por lo tanto puede buscar ayuda inmediata cuando así lo requiera.

b. **Factores políticos:** las políticas de salud afectan como un individuo utiliza de los sistemas de salud, por que definen la manera en que se proporcionan estos servicios de salud, además determina la ubicación, el número de hospitales y también determinan la disponibilidad de otros servicios alternativos.

c. Los factores descritos que se agregan a los cambios fisiopatológicos por factores internos o externos que alteran las funciones vitales constituyen el objeto principal de demanda en el servicio de emergencia. En el departamento de emergencia se debe definir la condición biológica del paciente como emergencia o urgencia. (Alania, O.F. 2015)

La emergencia es todo proceso que altere la fisiología y que compromete la vida en forma inmediata o a corto plazo. Ejemplos: Alteración de la conciencia, crisis convulsivas, paro cardíaco, sangrado, politraumatismo, distres respiratorio, deshidratación severa, quemaduras extensas, heridas por arma de fuego o arma blanca, reacción de anafilaxia.

La urgencia es todo proceso patológico que aunque altere la fisiología no lo hace de manera que comprometa la vida en forma inmediata pero que de no atenderse si lo podría hacer.

Ejemplos: Crisis hipertensivas, asma no severa, dolor abdominal, dolor torácico, deshidratación moderada, quemaduras leves poco extensas, heridas superficiales que no interesan cavidad torácica ni abdominal, ni lesionan grandes vasos, fracturas de extremidades. En este grupo se atienden a las mujeres embarazadas y niños/as lactantes que por su prioridad no deben esperar.

También encontramos las emergencias sentidas, que son situaciones patológicas o expresiones clínicas que no presentan riesgo de complicación tales como; dolor de muelas, fiebre, dolor de abdominal leve, gripe, erupciones de la piel, malestar general, etcétera; pero que a las personas les preocupa. (Girón, N.L. 2016)

Problemática actual de los departamentos de emergencia

Los Departamentos de Emergencia constituyen una realidad única y difícil de comparar con del resto de servicios asistenciales de un hospital. Esto se debe a que, en primer lugar, debe permitir el acceso de salud durante las 24 horas del día, los 365 días del año, y asegurando que la calidad de atención sea de manera homogénea. Además, debido a que es el usuario quien decide cuando acudir a dicha área, no es posible realizar una programación ordenada de las evaluaciones de los pacientes. Los recursos humanos están sometidos al estrés de la demanda y de la posible violencia que se genera por parte de pacientes bajo efectos del alcohol y las drogas. (Méndez, E.G. 2012)

Saturación de los departamentos de emergencia

Las disposiciones administrativas del funcionamiento de la emergencia, incluyendo el triage, se encuentran bien definidos por primera vez en el reglamento general de hospitales del año 2020, sin embargo, no hace referencia a los tiempos de espera ni a la tipificación de los niveles de gravedad ya que este reglamento es un documento administrativo por lo tanto la búsqueda de estándares referidos a calidad de los tiempos de espera y los factores que influyen en ello son un objetivo primordial para garantizar la calidad en la atención de la emergencia. (Minsa, 2020)

La saturación de los departamentos de emergencia dificulta la atención adecuada de aquel paciente con condiciones salud en que el tiempo de inicio de su tratamiento es crucial o que su diagnóstico se vea retrasado; por lo tanto, esto se relaciona directamente con morbilidad creciente, además podría favorecer el error humano, incrementar la mortalidad hospitalaria, e incrementar la estancia hospitalaria. También se reduce la satisfacción del usuario, aumentando su inconformidad, el número de quejas y a la larga, eleva el número de pacientes que abandonan la emergencia sin ser atendido. (Navarro, E.M. 2014)

Triage es un sistema de clasificación de prioridades de atención según nivel de gravedad, se ubica en un ambiente en donde se realiza la valoración inicial del paciente, se determina su nivel de gravedad y se decide la ruta a derivar; hacia el área de choque o reanimación, de consultas urgentes o de consultas ambulatorias (de morbilidad general). Si la patología es mínima o no existe mucha demanda en el momento, se deberá de brindar y registrar la atención completa.

La clasificación debe estar ubicada de forma tal que se facilite la visión de la persona que ingresa y cerca del área de admisión. No debe ubicarse dentro de un consultorio. Las funciones pueden ser ejercidas por personal de enfermería con experiencia o un médico/a si existen suficientes recursos. Se deberá llevar registro de la atención según lo normado. Si el paciente no es tributario del área de choque, se deberá evaluar y decidir su manejo o derivación. En el área deberán existir poster, flujogramas y tablas de referencia de constantes biológicas que orienten la toma de decisiones. (Minsa, 2013)

Caracterización de los departamentos de emergencia

El servicio de emergencia es una dependencia del hospital habilitada para la atención de pacientes, (personas adultas y/o niños/as) con padecimientos de presentación súbita que comprometen la integridad y la vida, o alteraciones fisiológicas importantes independientemente de no comprometer su vida de forma inmediata o pacientes con sintomatología variada cuya percepción lo hace acudir en demanda de atención.

La emergencia está sometida a una importante presión asistencial, y entre las razones esgrimidas para explicar esta situación no parece estar el aumento demográfico, sino los cambios socioculturales que durante las últimas décadas ha experimentado la población. Así pues, la situación de la atención en el servicio de emergencia es motivo de preocupación para políticos, gestores, la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización que supuso en Estados Unidos un aumento de un 25% más en los últimos 10 años. (Alania, O.F. 2015)

Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los servicios de emergencia de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios.

Existen aspectos intrínsecos a la demanda de salud que inciden en la atención oportuna;

- a. Demanda elevada y en crecimiento progresivo:** es bien sabido que los departamentos de emergencia están sometidos a una fuerte y progresiva demanda. Se estima que más de la mitad de la población utiliza alguna vez los departamentos de emergencia a lo largo del año y se considera que factores ambientales, sociales y económicos pueden explicar este aumento de la demanda. Esto hace que se eleve la presión de urgencia cuya saturación induce al retraso de la atención.

- b. Influencia discontinua:** la afluencia en emergencia no es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica, que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios públicos. Durante la mañana, la demanda asciende gradualmente hasta alcanzar un pico máximo que se mantiene entre las 11 - 12 horas, con un segundo pico hacia las 17 horas. Posteriormente la asistencia decrece gradualmente alcanzando los niveles más bajos entre las 2 y las 6 de la mañana. De la misma forma, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y existen días de una clara mayor afluencia, fundamentalmente los lunes. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con períodos vacacionales, epidemias, cambios climáticos y atmosféricos, eventos sociales como fútbol u otros programas de televisión. Los días y horas picos inciden en posible retraso.

- c. Actividad continua:** la atención sanitaria debe prestarse 24 horas al día todos los días del año, y debe hacerse con idénticas garantías de calidad en cualquier momento. Esto implica un importante desgaste estructural y de equipamientos, así como la necesidad de un gran equipo de profesionales que permita dar cobertura

asistencial horarios prolongados inducen a desgaste físico del recurso humano y riesgo de retraso en la atención.

- d. El factor tiempo está ligado inexorablemente al concepto de urgencia. Es conveniente obtener rápidamente un diagnóstico y un plan, con el fin de poder agilizar el proceso asistencial. La decisión de establecer un diagnóstico se debe fijar en un plazo relativamente breve de tiempo. En este proceso es frecuente la escasez de datos para la elaboración de la historia clínica debido a la situación clínica del paciente (inconsciencia, desorientación, trastorno del lenguaje), por falta de acompañantes o de informes clínicos previos, por problemas para el acceso a la historia clínica de archivo. Estas limitaciones hacen que el proceso diagnóstico en los servicios de emergencia sea más complicado que en otros ámbitos asistenciales y que en muchas ocasiones no se llegue a un diagnóstico concluyente sino a uno de carácter sindrómico.

- e. **Necesidad de coordinación interna y externa:** Dentro del hospital la relación con otros servicios y/o especialidades (laboratorio, radiología) es fundamental. Asimismo es primordial la coordinación con los sistemas de emergencias y atención primaria. Los objetivos de una adecuada coordinación son: la integración, colaboración y coordinación asistencial con los diferentes dispositivos sanitarios. (Girón, N.L. 2016)

En el caso del Hospital Fernando Vélez Paiz la demanda es excesiva debido al crecimiento de la población, el atractivo de la infraestructura y el prestigio del hospital lo cual influye para la preferencia de la población a esta unidad hospitalaria con posibilidades de saturación y sus consecuencias.

Bases legales que soportan el modelo organizativo del hospital; Reglamento General de Hospitales 2020 a la letra dice:

Articulación de la atención pre hospitalaria en urgencias médico quirúrgicas

Arto. 148: El hospital establecerá coordinación con los diferentes organismos de atención pre hospitalarios existentes, que proporcionan asistencias a personas con urgencias medico quirúrgicas en el sitio del accidente o de desastre, para que informen número de pacientes, tipo de lesión, terapéutica inicial lo cual servirá para preparar el equipo hospitalario y los insumos para la atención, de igual manera podrán brindar asesoría clínica a los equipos desplegados en el sitio del accidente y mejorar la sobrevida de los pacientes.

Arto. 149: La atención médica de urgencia/emergencia se organizará utilizando los siguientes principios:

1. Clasificar los pacientes y brindar su atención estableciendo las prioridades en función del peligro para la vida (Código de Colores).

- Rojo: Pacientes que presentan peligro inminente para la vida Y REQUIERE resucitación y atención inmediata
- Naranja: pacientes que requieren atención de emergencia, que pone en peligro para la vida, deben ser atendidos en los 10 a 15 minutos
- Amarillo: Pacientes que requieren atención médica hospitalaria de urgencia, pero no pone en riesgo su vida de manera inmediata. Deben ser atendidos en los primeros 60 minutos.
- Verde: Pacientes que no tienen peligro para la vida, y pueden ser atendidos en las siguientes 2 horas de su llegada.
- Azul: Pacientes que no tienen peligro para la vida, y pueden ser atendidos en las siguientes 4 horas de su llegada.

2. Dedicación exclusiva de los profesionales, técnicos y trabajadores de servicios a la atención médica en el Departamento o Servicio de Emergencia.

3. Enfoque multidisciplinario.

4. Aseguramiento a servicios de apoyo al diagnóstico.

5. Garantía de las medidas y equipos de protección personal a los miembros de la carrera sanitaria que participan en el proceso de atención.

Arto. 150: Los Departamento o Servicio de Emergencia desde el punto de vista estructural tendrán como áreas fundamentales.

1. Área triage

2. Área de Choque (Roja).

3. Área para los pacientes de menor riesgo para la vida (Amarilla).

Formando parte de éstas o vinculadas funcionalmente a ellas se ubican los Medios Diagnósticos, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los Salones de Operaciones de Urgencias, Consultas y Sala de Observación.

Arto. 151: El Departamento o Servicio de Emergencia se organizará de acuerdo con las necesidades de atención de la población de referencia que atiende el hospital, las características de la Red Integrada de Salud del sitio donde está ubicado el centro y los recursos humanos disponibles en la unidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. La atención de los pacientes de urgencia estará a cargo de un médico o de un equipo de médicos, la cual dependerá del grado de la urgencia y el número de pacientes afectados.

2. El personal médico y de enfermería será responsable de la atención de todos los pacientes que lleguen al Departamento o Servicio de Emergencia, de los que ingresen y de los casos ya hospitalizados que requieran su atención en cualquier sala en ausencia del personal médico del mismo.
3. El personal médico y de enfermería garantizará los mecanismos para el aprendizaje en servicios de los estudiantes, internos y residentes que se les asigne.
4. Las interconsultas en el Departamento o Servicio de Emergencia serán solicitadas personalmente por el médico de emergencia, quien será responsable de presentar el caso al médico interconsultante.
5. El personal médico será responsable de la atención de los pacientes en la sala de observación, definiendo la conducta a seguir en cada caso. Los pacientes aquí ingresados deberán tener la documentación correspondiente y serán evaluados con una periodicidad no mayor de 3 horas, debiendo permanecer en esta unidad no más de 24 horas.
6. Se garantizará la presencia de un clasificador (médico o enfermero) de casos, que permita priorizar la atención de los pacientes de acuerdo a su condición.
7. En el caso de los pacientes quirúrgicos, una vez determinada la intervención de urgencia, el tiempo que media entre la decisión de la operación y el anuncio de la misma no debe sobrepasar los 30 minutos. El cirujano de asistencia será responsable de cumplir esta actividad.
8. El médico de asistencia y el enfermero encargado de los pacientes que acuden al Departamento o Servicio de Emergencia son los responsables de que se cumplan todos los pasos para una adecuada atención y seguridad mientras el paciente se mantenga en esta unidad, así como garantizar el traslado adecuado o el ingreso en otras unidades organizativas del hospital. En el caso de traslado a otras instituciones, el Jefe de la Guardia asumirá esta responsabilidad.

9. Cuando en la atención de un paciente coincidan médicos de guardia de varias especialidades, las conductas evolutiva y definitiva a seguir serán consensuada entre todos los jefes de las mismas, y si no hay acuerdo, se solicitará la presencia del equipo de dirección o un asesor médico especialista nacional o punto focal, para garantizar la mejor atención a los pacientes.

10. La emergencia deberá contar con un flujo claro y definido de los pacientes.

Arto. 152: Cada hospital establecerá de acuerdo a su capacidad la plantilla fija de médicos, enfermeras, técnicos y trabajadores de servicios para los Servicios de Urgencias. (Minsa, 2020)

Diseño metodológico

Tipo de estudio

El presente estudio fué descriptivo, transversal, retrospectivo.

Área de Estudio

El área de estudio de la presente investigación, estuvo centrada en los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz del municipio de Managua en el periodo de enero a diciembre del año 2020, lo cual concuerda con 108251 pacientes que promedia 297 pacientes por día.

Universo

La población de estudio correspondió a los pacientes que acudieron a emergencia del servicio de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz del municipio de Managua, lo cual equivale a pacientes 15268 atendidos en la emergencia por cirugía general en el periodo enero a diciembre del año 2020.

Muestra

Se calculó mediante la siguiente formula

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde

n: Tamaño de muestra buscado

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de confianza

e: Error de estimación máximo aceptado

p: Probabilidad que ocurra el evento

q: Probabilidad que no ocurra el evento estudiado

Tipo de muestreo

El tipo de muestra del estudio fué aleatorio no selectivo proporcional a la muestra obtenida.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a emergencia de cirugía general en el tiempo de estudio establecido.

Criterios de exclusión

- Atenciones ambulatorias.
- Abandonos y fugas.
- Interconsultas de otros servicios u hospitales.
- Atenciones fuera del periodo de estudio.

Unidad de Análisis:

Fué secundario, con la obtención de información de los expedientes del departamento de estadística que acudieron a emergencia de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo comprendido.

Obtención de la información

La información se obtuvo de los registros estadísticos y expedientes de pacientes que acudieron a emergencia de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz de enero a diciembre del año 2020.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

Se realizó previa coordinación con autoridades, la selección de los expedientes de los pacientes, previa filtración según criterios de inclusión/exclusión. Se llenó el instrumento de recolección de la información.

Matriz de Operacionalización de Variables: Objetivo General: Determinar las causas intra institucionales asociadas a la demora en la atención en salud en la emergencia del servicio de cirugía general del Hospital Fernando Vález Paiz enero a diciembre 2020.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Categorías Estadísticas	
<u>Objetivo Especifico 1</u> Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.	Características socio-demográficas de los pacientes.	1.1 Edad	1.1.Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha.	Cuantitativa	< 20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a más años
		1.2 Procedencia	1.2.Ubicación de residencia actual.	Cualitativa	Urbana Rural
		1.3 Estado Civil	1.3.Condición legal	Cualitativa	Casada Unión de hecho Soltera
		1.4 Escolaridad	1.4.Nivel académico del paciente	Cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
		1.5 Ocupación	1.5.Cargo laboral que posee	Cualitativa	Ama de casa Obrero Estudiante Comerciante Jubilado

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Especifico 2</u> Establecer las causas intra institucionales asociadas a la demora de atención de la población de estudio	Aplicación de ficha de recolección de información	Tiempos según expediente desde su ingreso	Triage-Admisión Admisión-Primer contacto Primer contacto-Indicación de exámenes- Toma de muestra	Cuantitativa	0 a más minutos

<p><u>Objetivo Especifico 3</u> Identificar los tiempos de atención de acuerdo a la normativa del triage.</p>	<p>Aplicación de ficha de recolección de información</p>	<p>Tiempos según expediente desde su ingreso</p>	<p>Toma de muestra-Retiro de resultado de exámenes de laboratorio Primer contacto-Resultado de exámenes Primer contacto-Segundo contacto</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>0 a más minutos</p>
--	--	--	--	---------------------	------------------------

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Se realizaron los *Análisis de Contingencia* que corresponde, según la naturaleza y calidad de las variables incluidas. Por tanto, los cuadros de salida se limitaron a especificar la Tabla de Contingencia con porcentajes de totales, para esto se definieron los cuadros de salida, según el tipo de variable y las escalas de clasificación predefinidas, generando un índice de confiabilidad de 90% y factor de error predictivo de 5%.

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 25 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso, tablas de 2x2. Además, se realizaron gráficos del tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano. Tablas cruzadas con correlación de variable.

Consideraciones éticas:

- ✓ Se solicitó permiso al sub-director docente del hospital, explicándole verbalmente en qué consiste la investigación para la revisión de expedientes, y se aplicó la ficha de recolección.
- ✓ No se mencionaron los nombres de los pacientes estudiados.
- ✓ No se registraron los nombres de los profesionales de salud que intervinieron en la atención de los pacientes en estudio.

Resultados

Respecto al grupo etáreo predominó con un 30.7% el rango de edad de 20- 29 años correspondiente a 82 pacientes, seguido del grupo de 30-39 años en un 20.9% equivalente a 56 pacientes; el 17.9% se encontraba en el rango de edad menor de 20 años correspondiente a 48 pacientes, el 10.4% en el rango de 50-59 años equivalente a 28 pacientes de igual manera con 10.4% el rango de edad de 60 a más años correspondiente a 28 pacientes y menor frecuencia con un 9.7% se encontraba el rango de edad de 40-49 años equivalente a 26 pacientes. Del total de la población el 57.5 % eran del sexo femenino correspondiente a 154 pacientes y el 42.5% del sexo masculino equivalente a 114 pacientes.

Se encontró que el 46.3% de la población tenía un nivel educativo de secundaria correspondiente a 124 pacientes, el 27.6% alcanzó educación superior equivalente a 74 pacientes seguido de la educación primaria en un 20.9% de la población correspondiente a 56 pacientes y en menor frecuencia con 5.2% equivalente a 14 pacientes eran analfabetos.

Dentro de las diferentes ocupaciones se encontró que el 38.8% eran estudiantes correspondientes a 104 pacientes, el 35% eran amas de casa equivalente a 94 pacientes; el 12.7% eran obreros correspondientes a 34 pacientes, el 6% comerciantes equivalentes a 16 pacientes, el 4.5% estaban desempleados correspondiente a 12 pacientes y en menor frecuencia con un 3% eran jubilados equivalentes a 8 pacientes.

Respecto al estado civil el 56 % eran solteros correspondiente a 150 pacientes, seguido de los casados con un 22.4% equivalente a 60 pacientes y en menor frecuencia con 21.6% se encontraban en unión de hecho equivalente a 58 pacientes.

El 76.1% de la población eran originarios del área urbana correspondiente a 204 pacientes y en menor frecuencia del área rural con un 23.9% equivalente a 64 pacientes.

Respecto a la valoración del paciente en emergencia se encontró que el 95.5% de los pacientes era primera vez equivalente a 256 pacientes y el 4.5% eran subsecuentes en una semana correspondiente a 12 pacientes de los cuales 7 pacientes fueron ingresados a sala de cirugía general y 5 a quirófano directamente.

Del total de la población el 95.5% fué demanda espontánea correspondiente a 256 pacientes y el 4.5% fueron referidos de otra unidad de salud equivalentes a 12 pacientes.

Respecto al tiempo de espera desde el momento del triage a la admisión del paciente se encontró que el 37.3 % esperaron menos de 3 minutos correspondiente a 100 pacientes, el 30.6% esperaron de 3 a 5 minutos equivalente a 82 pacientes; el 15.7 esperaron de 6-9 min correspondiente a 42 pacientes, de igual frecuencia el 15.7% esperaron 10-15 minutos equivalente a 42 pacientes y en menor frecuencia 2 pacientes equivalentes al 0.7% tuvieron que esperar más de 16 minutos para la realización de la hoja de admisión hospitalaria.

Referente al tiempo de espera desde el momento de la realización de la hoja de admisión hasta la atención medica se encontró que el 45.6% de los pacientes esperaron de 15 minutos a menos para ser atendidos correspondiente a 122 pacientes, el 23.1% equivalente a 62 pacientes esperaron de 16-29 minutos, el 21.6% correspondiente a 58 pacientes esperaron de 30-59 minutos, el 8.2% correspondiente a 22 pacientes esperaron de 1 hora a 1 hora con 59 minutos y en menor frecuencia el 1.5% de los pacientes equivalente a 4 pacientes esperaron más de 2 horas para ser atendidos.

El tiempo de espera desde la indicación de exámenes hasta la toma de los mismos se encontró que 33.6% correspondiente a 90 pacientes esperaron de 3 a 5 minutos, el 32.9% equivalente a 88 pacientes esperaron menos de 3 minutos, el 22.4% correspondiente a 60 pacientes esperaron de 6-9 minutos, el 10.4% equivalente a 28 pacientes esperaron de 10-15 minutos y en menor frecuencia con un 0.7% correspondiente a 2 pacientes tuvieron que esperar más de 15 minutos para toma de exámenes.

Al evaluar el tiempo de espera desde la primera valoración hasta la obtención de los resultados de exámenes de laboratorio se encontró que 2.7% correspondiente a 7 pacientes esperó menos de 1 hora, el 16.6% equivalente a 44 pacientes esperó de 1 hora a 1 hora 59 minutos, el 37.9% correspondiente a 102 pacientes esperó de 2 horas a 3 horas y 59 minutos, el 42.8% equivalente a 115 pacientes esperó de más de 4 horas para la lectura de los resultados de exámenes de laboratorio. El tiempo de espera desde la primera valoración hasta la obtención de los resultados de exámenes imageneológicos se encontró que el 73.1% equivalente a 196 pacientes esperaron menos de una hora; el 2.2% correspondiente a 6 pacientes esperó de una a dos horas; el 14.2% equivalente a 38 pacientes esperó más de horas y por último un 10.5% equivalente a 28 pacientes no ameritaron estudios imageneológicos.

Al evaluar el tiempo de espera desde que se obtuvieron los resultados hasta la segunda evaluación médica se encontró que el 26.9 % de la población esperó menos de 1 hora correspondiente a 72 pacientes, el 11.2% que equivalen a 30 pacientes esperó de 1 hora a 1 hora y 59 minutos, el 22.4% que corresponde a 60 pacientes esperó de 2 horas a 3 horas y 59 minutos, el 39.5% equivalente a 106 pacientes esperó más de 4 horas para ser revalorado con los resultados de exámenes de laboratorio.

El tiempo de espera desde la primera evaluación del paciente hasta la segunda evaluación, se encontró que el 11.7% esperó menos de 2 horas correspondiente a 31 pacientes, seguido del 24.7% que esperó de 2 horas a 3 horas y 59 minutos equivalente a 66 pacientes; el 31.7 % correspondiente a 85 pacientes esperó de 4 a 8 horas y en mayor frecuencia el 31.9% esperó más de 8 horas equivalente a 86 pacientes.

De los diagnósticos se encontró que el 50% de la población acudió por apendicitis aguda correspondiente a 134 pacientes, el 21.6% por patologías vesiculares correspondiente a 58 pacientes, el 20.2% que equivale a 54 pacientes acudió por otras causas, el 6.7 % acudió por pancreatitis correspondiente a 18 pacientes y en menor frecuencia con 1.5% acudió por trauma equivalente a 4 pacientes.

Al analizar el destino del paciente una vez evaluado en emergencia se encontró que el 52% fué directo a quirófano correspondiente a 139 pacientes, el 43% se ingresó a hospitalización equivalente a 116 pacientes y el 5 % requirió únicamente observación equivalente a 13 pacientes.

Encontramos en el estudio que los 268 pacientes fueron tipificados con color amarillo. Se analizaron las variables diagnóstico, tiempo desde la primera atención a segunda atención y destino del paciente; encontrando que 58 pacientes de un total de 134 pacientes con diagnóstico de apendicitis esperaron más de 4 horas para su ingreso y de estos 46 fueron a quirófano; de un total de 58 pacientes con patologías vesiculares 37 esperaron más de 4 horas para la indicación de su ingreso hospitalario y 9 de ellos a quirófano fueron directamente; 9 pacientes con diagnóstico de pancreatitis de un total de 18 esperaron más de 4 horas para su ingreso a sala de cirugía general; pacientes con diagnóstico de trauma encontramos 4 en total y de esos 1 paciente esperó menos de 1 hora y 3 pacientes de 1 a 3 horas para su ingreso y de ellos solo 1 de estos últimos fue a quirófano; en otras patologías de un total de 54 pacientes 32 pacientes esperaron más de 4 horas para ser ingresados de los cuales 15 pacientes fueron directamente a quirófano; predominando en su mayoría que los pacientes tuvieron que esperar más de 4 horas para ser ingresados a la unidad hospitalaria.

Discusión y análisis

Cuando se evaluaron las características propias de la población de manera sociodemográficas se observó un predominio de hasta un tercio de la población estudiada en el grupo etáreo en el rango de edad de 20- 29 años lo cual corresponde a la pirámide poblacional en donde se señala que la mayor parte de la población nicaragüense es joven y se explica también porque la principal patología de urgencia fueron los problemas de apendicitis, patología también propia de las personas jóvenes; el 46% de la totalidad de los pacientes poseían un nivel educativo alto de secundaria lo cual posiblemente se deba a que el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha estimulado las ofertas educativas en todos los niveles y modalidades o a que un sector definido busca selectivamente el hospital. Lo que respecta al sexo se observó un predominio estadístico en el sexo femenino con un 57.5% estas características son propias de la población nicaragüense; al igual que el 56% de las personas estudiadas poseían un estado civil de soltería lo cual corresponde a los reportes de ENDESA y el 76% de la población provenían del área urbana lo cual es característico de la posición geográfica y del área de influencia Hospital Fernando Vélez Paiz.

Se observó subsecuencias de consulta en una semana en 12 pacientes con diagnósticos de apendicitis, cálculo del conducto biliar, fisura anal y post quirúrgico de apendicetomía; los cuales fueron ingresados 7 pacientes a la sala de cirugía general y 5 directamente a quirófano, este hallazgo, aunque no es motivo de la presente investigación debiera de profundizarse en la evaluación de la capacidad de diagnóstico de los recursos asignados al área de emergencia. Respecto al tiempo de espera desde el momento del triage a la admisión del paciente se encontró que el 37.3 % esperaron menos de 3 minutos, lo cual llama la atención ya que dicho color implica el no riesgo para la vida del paciente de manera inmediata; no encontramos pacientes categorizados con color rojo; no se encontró explicación lógica del porque los tiempos son diferentes en la misma categoría del triaje, sin embargo es posible que se deba a que la hora de la demanda se situaba en el espacio de tiempo de menor demanda según otros estudios realizados con el mismo tema lo cual no fue objetivo de esta investigación.

Por su parte el tiempo de espera desde el momento de la realización de la hoja de admisión hasta la atención médica se encontró que el 45.5% de los pacientes esperaron de 15 minutos a menos para ser atendidos y bien el tiempo de espera desde la indicación de exámenes hasta la toma de los mismos se encontró que 33.6% esperaron menos de 3 minutos, datos que no se concuerdan con los hallazgos de Cobos ya que en este último se evidencia que los pacientes esperaban hasta dos horas para recibir la atención médica.

Alonso Soto, concluyó que la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos, contribuía a las demoras diagnósticas y terapéuticas, en el presente estudio no lo podemos demostrar porque no era objetivo de la investigación, sin embargo, es importante establecer la correlación entre el nivel de habilitación y el tiempo de la atención.

Al evaluar el tiempo de espera desde la primera valoración hasta la obtención de los resultados de exámenes de laboratorio se encontró que el 37.9% correspondiente a 102 pacientes esperó de 2 horas a 3 horas y 59 minutos, el 42.8% equivalente a 115 pacientes esperó de más de 4 horas para la lectura de los resultados de exámenes de laboratorio esta espera prolongada en algún tipo de examen con procesamiento manual tendría sus justificaciones mas no así los exámenes realizados con tecnología computarizada ya que el sistema Fleming solo registra los exámenes de laboratorio realizados a solicitud de la consulta externa.

El tiempo de espera desde la primera evaluación del paciente hasta la segunda evaluación, se encontró el 31.7 % correspondiente a 85 pacientes esperó de 4 a 8 horas y en mayor frecuencia el 31.9% esperó más de 8 horas equivalente a 86 pacientes; demora que no debería existir considerando que estamos hablando de una emergencia hospitalaria en donde el 52% de la población estudiada fué ingresada directamente a quirófano, estos retrasos están explicados por la obtención tardía de los reportes de laboratorio, sin embargo, deberían analizarse que el abdomen quirúrgico que se presenta en los casos de apendicitis y que en esta muestra fue en la mayoría no requieren de tanto reporte de laboratorio para la

elaboración del diagnóstico y esta impresión se corrobora con el hecho que más de la mitad de las personas después de la espera pasaron directamente a quirófano.

En el estudio se encontró que la totalidad de los pacientes fueron tipificados con color amarillo, no se utilizaron los colores verde, naranja, rojo o azul; no se puede definir si esto es adecuado o no ya que es poco probable que el 100% de la demanda no amerite otra clasificación; y lo cual ocasiona no solamente un sesgo en la información sino una atención inadecuada de los pacientes al no haberlos priorizado según los riesgos que pudieron existir al momento de demandar la atención sanitaria.

Se analizó el cruce de las variables diagnóstico, tiempo desde la primera atención a segunda atención y destino del paciente; encontrando que 58 pacientes de un total de 134 pacientes con diagnóstico de apendicitis esperaron más de 4 horas para su ingreso y de estos 46 fueron directamente a quirófano, esto mismo nos alertó a analizar en qué condiciones sanitarias estaban los pacientes para ameritar el ingreso directo a quirófano y analizar por qué existe una demora de atención mayor a 4 horas en una patología que el mayor porcentaje de aporte al diagnóstico es clínico. Caso contrario ocurrió con los pacientes que presentaron traumas ya que el tiempo de atención fue menor a 3 horas en su totalidad, es decir, que al existir menor tiempo de atención garantizaron no solamente una calidad de atención, sino la disminución de los riesgos o complicaciones de los pacientes. En otras patologías de un total de 54 pacientes 32 pacientes esperaron más de 4 horas para ser ingresados de los cuales 15 pacientes fueron directamente a quirófano; predominando que los pacientes correspondientes a más del 60% tuvieron que esperar más de 4 horas para ser ingresados a la unidad hospitalaria en donde al igual que el resto de patologías la mayor demora se identifica en el retiro de resultados de exámenes de laboratorio debido a que no cuentan actualmente en el sistema digital la posibilidad de poder leer los resultados de laboratorio desde la computadora asignada en el consultorio de cirugía general en la emergencia; a diferencia de los exámenes de imagen que si los pueden valorar sin necesidad de movilizarse a buscar dicho resultado. El punto de corte final de esta investigación se refleja en el momento en que el medico ordena el destino o ingreso del paciente, sin embargo, al no ser motivo de investigación no se pudo brindar seguimiento al tiempo de espera del cumplimiento de la orden.

Conclusiones

Las características sociodemográficas de la población estudiada no difieren de los datos de la población nicaragüense, sin embargo, debería de investigarse un posible sesgo de que un grupo definido busque selectivamente el hospital o que un grupo de la población no acuda por desconocimiento de sus derechos, esta hipótesis debería de estudiarse.

La principal demora en la atención en salud está asociada directamente al retiro del resultado de exámenes de laboratorio. La mala aplicación del sistema de clasificación del triage también tiene su impacto en las demoras al no priorizar la atención del paciente según las prioridades en función del peligro para la vida, código de colores.

No se puede identificar los tiempos de atención de acuerdo a la normativa del triage del reglamento general de hospitales del año 2020, debido a que la totalidad de los pacientes fueron clasificados en color amarillo.

Recomendaciones al Hospital Fernando Vélez Paiz

- Garantizar un sistema digitalizado de reporte inmediato de los resultados de exámenes de laboratorio del departamento de emergencia, estableciendo un proceso que garantice la lectura inmediata.
- Capacitar al personal del departamento de emergencia en los sistemas de clasificación triage, según el Reglamento General de Hospitales del año 2020.
- Revisar las competencias y habilidades clínicas del personal de salud del departamento de emergencia.
- Establecer indicadores de seguimiento del triaje y evaluar periódicamente el cumplimiento de los mismos
- Establecer un sistema de evaluación que permita identificar el abordaje y manejo del paciente en forma apropiada independientemente del tiempo de espera del ingreso a quirófano o sala de cirugía general.
- Impulsar investigaciones con estudios de corte analíticos para implementación de alternativas de flujo de paciente y mejoramiento de calidad.

Referencias bibliográficas

- Alania, O. F. (2015). Factores asociados a la calidad de atención en el servicio de emergencia hospital Sergio E. Bernales. *Universidad San Martín de Porres*, 12-40.
- Cobos, D. D. (2015). Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2015. *Universidad Nacional de la Amazona Peruana*, 12-56.
- Girón, N. L. (2016). Percepción de Urgencia de los Padres Usuarios de la Emergencia Pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas. *Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula*, 11-46.
- Katherine Vado Velásquez, R. S. (2016). Evaluación de la adecuación de las hospitalizaciones en pacientes atendidos en el servicio de pediatría del hospital alemán nicaragüense en base al protocolo de evaluación de la adecuación versión pediátrica, durante el mes de febrero del 2016. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua*, 11-56.
- Lorenzo, I. V. (2012). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 17-33, 56-80, 111-133.
- Méndez, E. G. (2012). Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente. *Instituto Centroamericano de Administración Pública*, 23-67.
- Morales, E. M. (2015). La falla del servicio médico asistencial de urgencias en los hospitales y clínicas de Colombia: un quebrantamiento permanente al principio bioético de no maleficencia. *Pontificia Universidad Javeriana*, 22-67.
- Ministerio de Salud (2013). Guía de la organización y manejo de pacientes en las unidades de emergencia de centros de salud y hospitales. Nicaragua

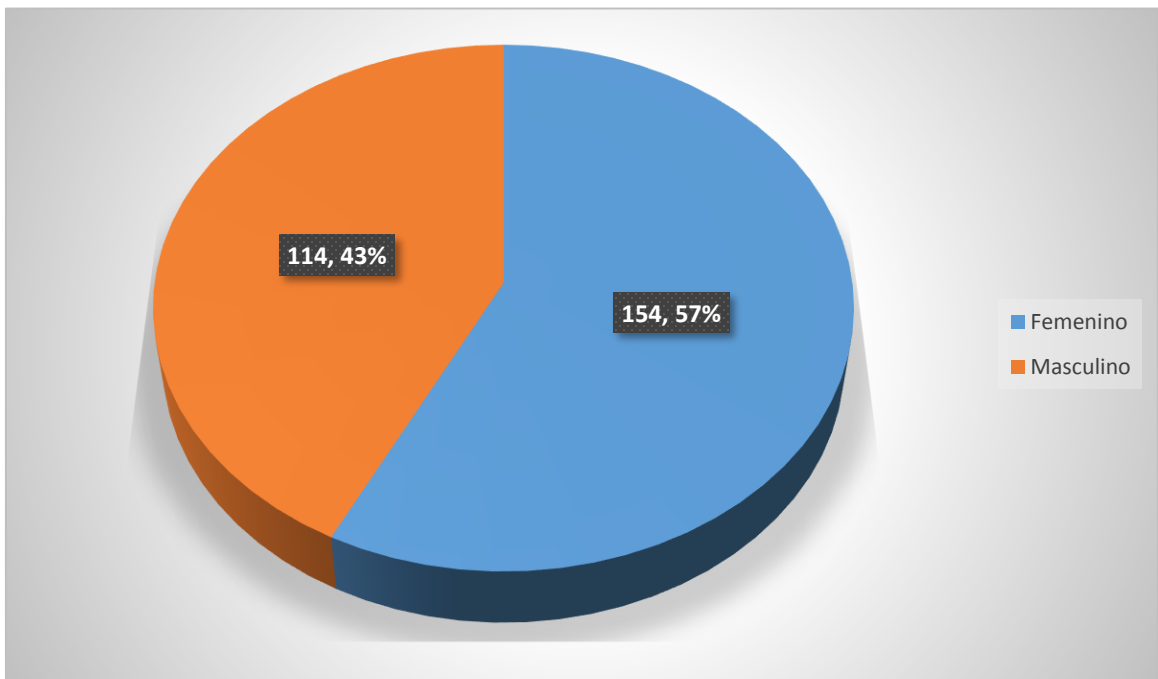
- Ministerio de Salud (2020). Reglamento General de Hospitales. Nicaragua
- Navarro, E. M. (2014). Demanda inapropiada los servicios de urgencia y factores asociados. *Universidad austral de chile*, 13-45.
- Pingo Bayona, D. J. (2018). Proceso de atención de consulta externa y la calidad del servicio a los pacientes del centro de salud i-4 la unión - provincia piura en el mes de enero 2018. *Universidad privada norbert wiener*, 13-57.
- Romero, G. D. (2016). Calidad de gestión hospitalaria y su efecto en la eficiencia y eficacia de los servicios de admisión de la maternidad “enrique c. Sotomayor” de la ciudad de guayaquil. *Universidad técnica de babahoyo centro de estudios de postgrado y educación continua*, 22-56.
- Soto, A. (2018). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del ministerio de salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo xxi con recursos del siglo xx. *Revista Peru Medica Expecialista en Salud Publica*, 304-311.

Anexos

Tabla No. 1 Características sociodemográfica			
Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menor de 20 años	48	17.9
	20 a 29 años	82	30.7
	30 a 39 años	56	20.9
	40 a 49 años	26	9.7
	50 a 59 años	28	10.4
	60 a más años	28	10.4
	Total	268	100.0
Escolaridad	Analfabeta	14	5.2
	Primaria	56	20.9
	Secundaria	124	46.3
	Superior	74	27.6
	Total	268	100.0
Ocupación	Ama de casa	94	35.0
	Estudiante	104	38.8
	Obrero	34	12.7
	Comerciante	16	6.0
	Desempleado	12	4.5
	Jubilado	8	3.0
	Total	268	100.0

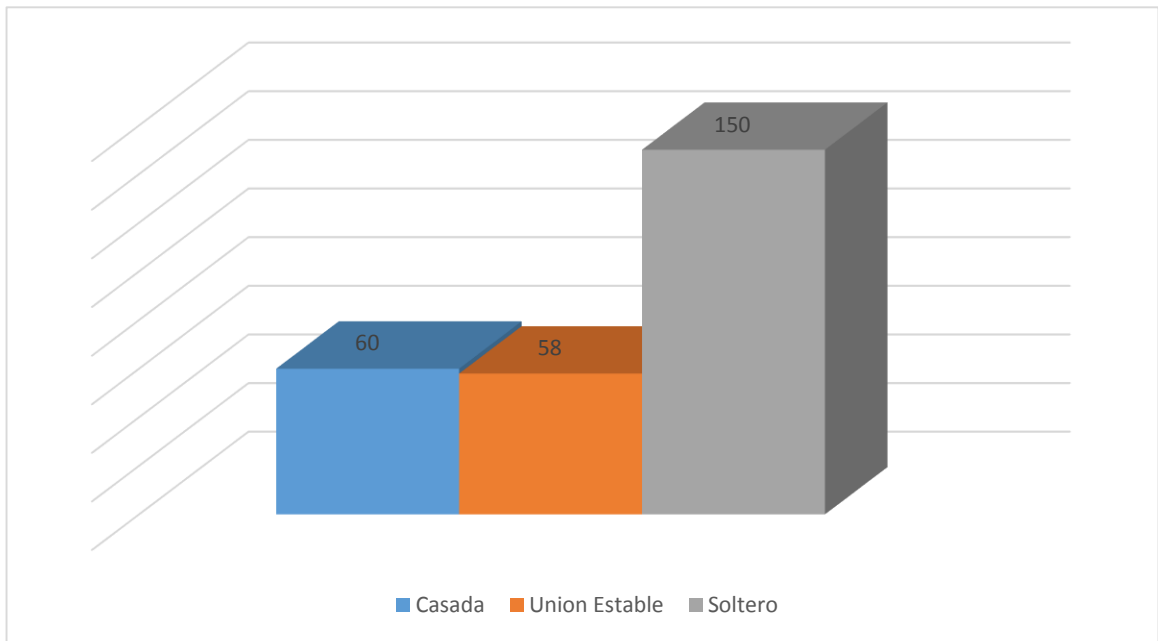
Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 1 Distribución de la población por sexo.



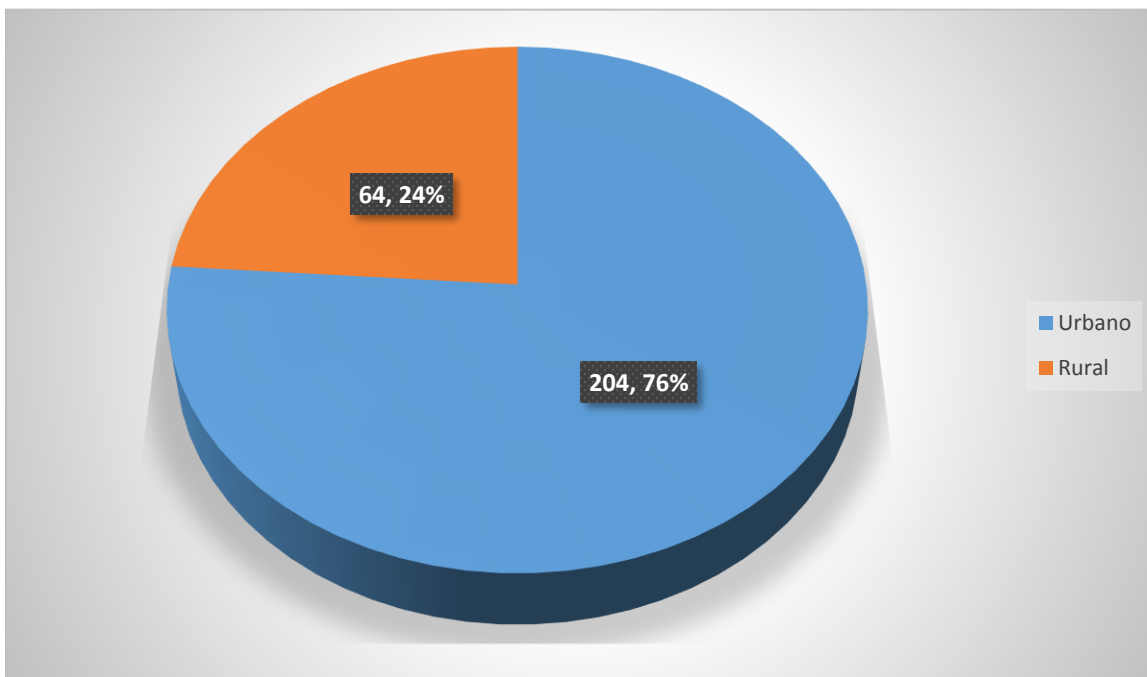
Fuente: Expedientes de paciente

Gráfico No. 2 Distribución de la población según su estado civil.



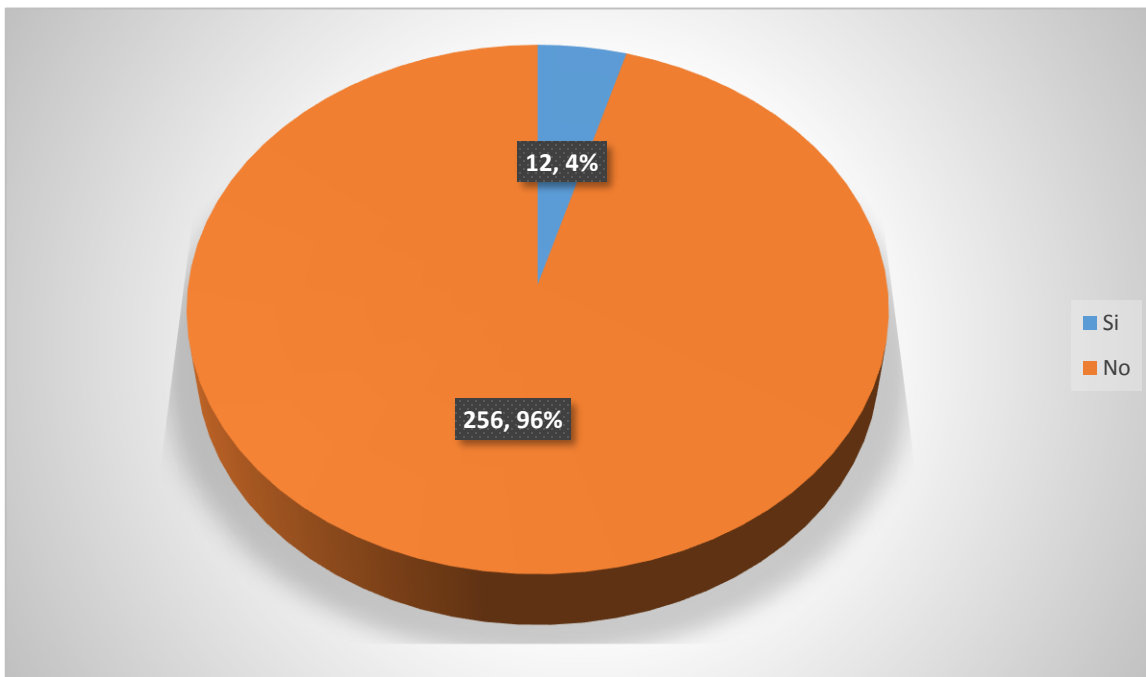
Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 3 Distribución de la población según área de procedencia.



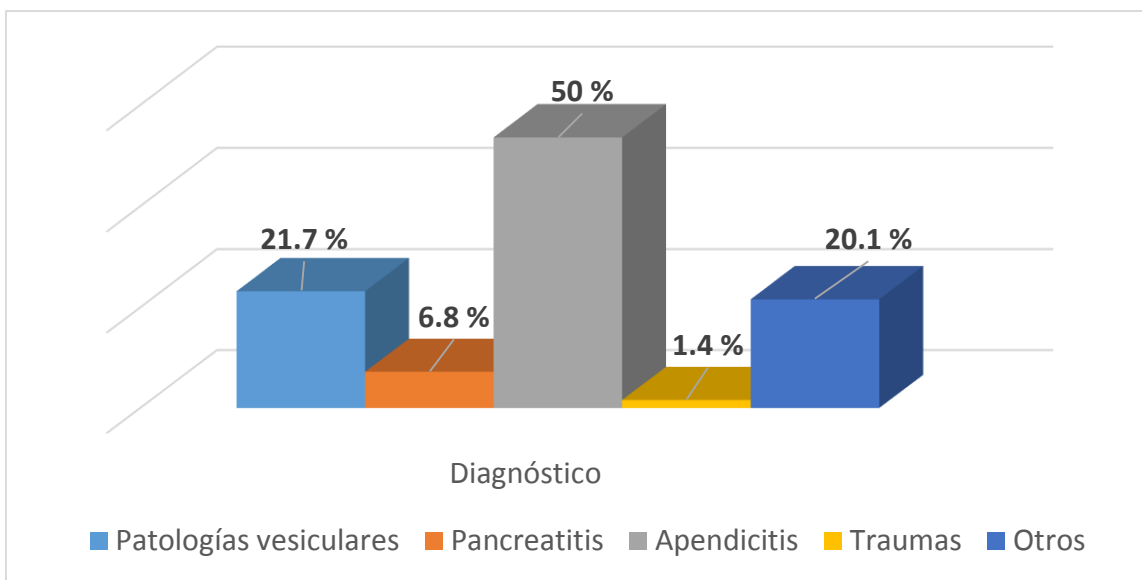
Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 4 Distribución de la población según referencia de otra unidad de salud.



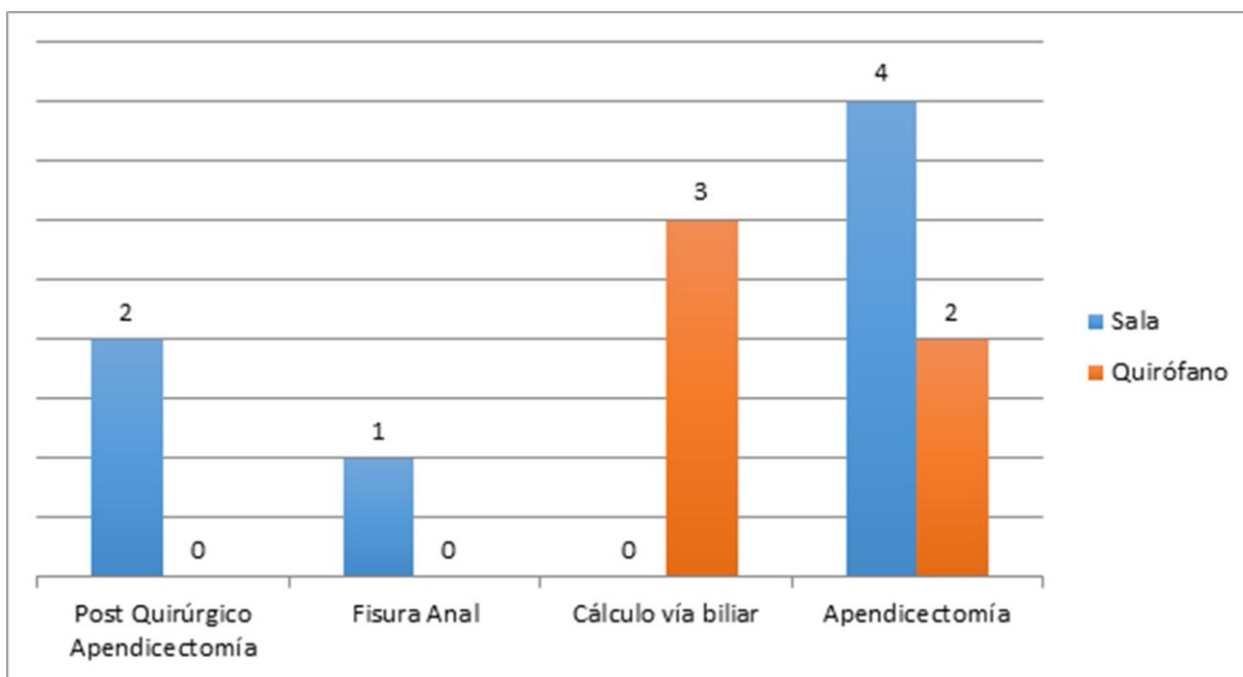
Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 5 Distribución de pacientes según patologías diagnosticadas.



Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No.6 Destino de pacientes subsecuentes.



Fuente: Expedientes de pacientes.

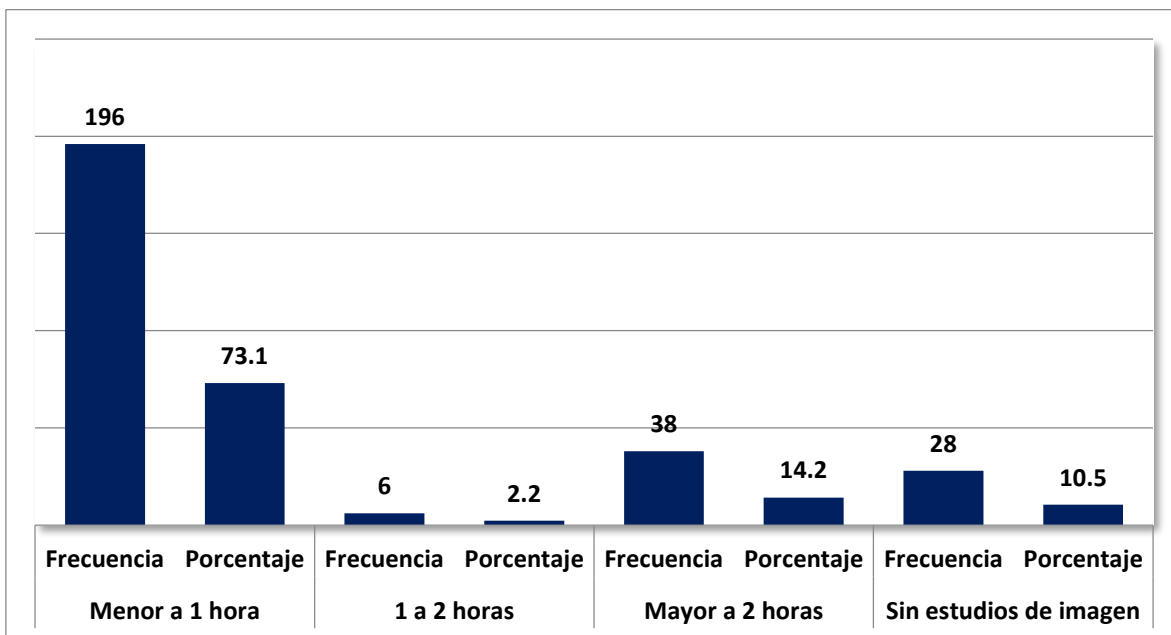
Tabla No. 2 Tiempos de espera según flujo de atención del paciente.

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Triage – Admisión	Menos de 3 minutos	100	37.3
	3 a 5 minutos	82	30.6
	5 a 9 minutos	42	15.7
	10 a 15 minutos	42	15.7
	16 a más minutos	2	.7
	Total	268	100.0
Admisión – Primer Contacto	Menor o igual a 15 min	122	45.6
	16 a 29 minutos	62	23.1
	30 min a 59 minutos	58	21.6
	1 hora a 1 hora 59 min	22	8.2
	2 horas a más	4	1.5
	Total	268	100.0
Indicación – Toma de muestra	Menos de 3 minutos	88	32.9
	3 a 5 minutos	90	33.6
	6 a 9 minutos	60	22.4
	10 a 15 minutos	28	10.4
	Mayor de 15 minutos	2	.7
	Total	268	100.0

Variable	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Primer encuentro- resultado de examen	Menos de 1 hora	7	2.7
	1 hora a 1 hora y 59 minutos	44	16.6
	2 horas a 3 horas y 59 minutos	102	37.9
	Mayor de 4 horas	115	42.8
	Total	268	100.0
Resultados de examen – segundo contacto	Menos de 1 hora	72	26.9
	1 hora a 1 hora 59 min	30	11.2
	2 horas a 3 horas 59 min	60	22.4
	Mayor a 4 horas	106	39.5
	Total	268	100.0
Primer a segundo contacto	Menor de 2 horas	31	11.7
	2 horas a 3 horas 59 min	66	24.7
	4 horas a 8 horas	85	31.7
	Mayor a 8 horas	86	31.9
	Total	268	100.0

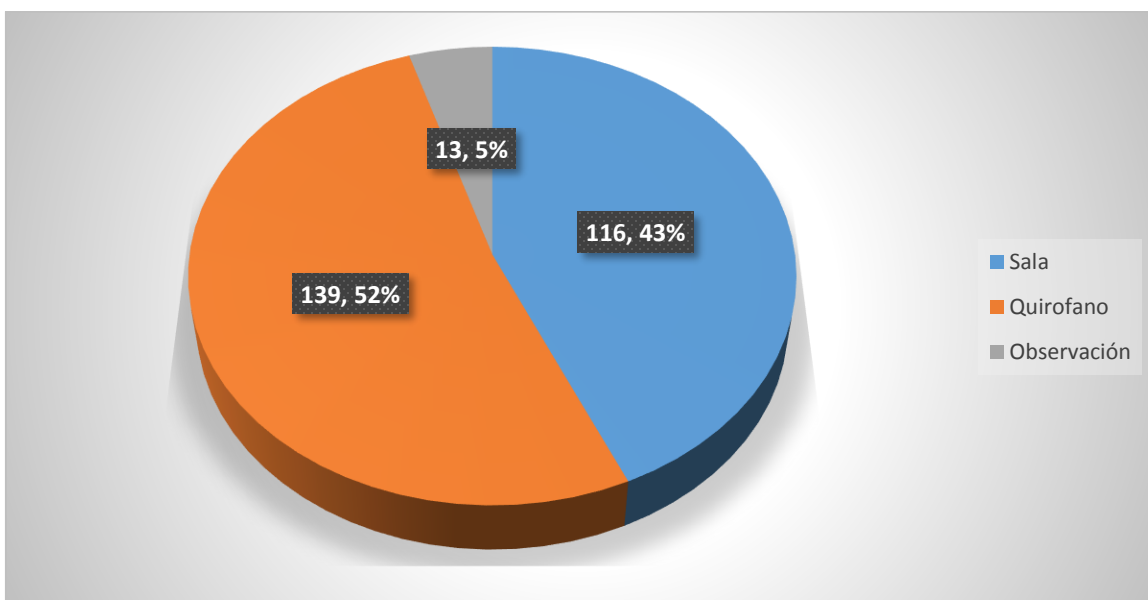
Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 7 Tiempo de espera desde el primer contacto hasta el resultado de exámenes imageneológicos.



Fuente: Expedientes de pacientes.

Gráfico No. 8 Distribución de pacientes según destino al ingreso.



Fuente: Expedientes de pacientes.

Tabla No. 3 Tiempos de espera desde el primer contacto hasta su ingreso, según diagnóstico y destino.

Patología	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Destino
Apendicitis	Menor de 2 horas	27	19.8	17 pacientes a sala 10 pacientes a quirófano
	2 a 4 horas	49	36.8	7 pacientes a sala 42 pacientes a quirófano
	Mayor de 4 horas	58	43.4	12 pacientes a sala 46 pacientes a quirófano
	Total	134	100.0	36 pacientes a sala 98 pacientes a quirófano
Patologías de la vesícula	Menor 2 horas	7	12.5	3 pacientes a observación 3 pacientes a sala 1 paciente a quirófano
	2 a 4 horas	14	25	2 pacientes a observación 7 pacientes a sala 5 pacientes a quirófano
	Mayor de 4 horas	37	62.5	28 pacientes a sala 9 pacientes a quirófano
	Total	58	100.0	5 pacientes a observación 38 pacientes a sala 15 pacientes a quirófano
Pancreatitis Aguda	2 a 4 horas	9	50	6 pacientes a observación 3 pacientes a sala
	Mayor de 4 horas	9	50	9 pacientes a sala
	Total	18	100.0	6 pacientes a observación 12 pacientes a sala

Traumas	Menor 1 hora	1	25	1 paciente a sala
	1 a 3 horas	3	75	2 pacientes a sala 1 paciente a quirófano
	Total	4	100.0	3 pacientes a sala 1 paciente a quirófano
Otras patologías	Menor a 2 horas	12	21.4	12 pacientes a sala
	2 a 4 horas	10	17.9	10 pacientes a quirófano
	Mayor 4 horas	32	60.7	2 pacientes a observación 15 pacientes a quirófano 15 pacientes a sala
	Total	54	100.0	27 pacientes a sala 2 pacientes a observación 25 pacientes a quirófano

Fuente: Expedientes de pacientes.

Ficha de recolección

“Demoras en atención a pacientes del servicio de Cirugía General en Emergencia del Hospital Fernando Vález Paiz en el periodo de enero a diciembre 2020”

Edad: <20 años () 20 - 29 años () 30 – 39 años () 40 – 49 años () 50 – 59 años () 60 a más ()

Estado civil: casado () unión de hecho () soltero ()

Procedencia: Urbana () Rural ()

Escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: Ama de casa () comerciante () estudiante () jubilado () otros ()

Subsecuente: Si () No ()

Referido: Si () No ()

Tiempos

Triage – Admisión:

< 3 min () 3 a 5 min () 5 a 9 min () 10 a 15 min () > 15 minutos ()

Admisión-Primer contacto:

≤ 15 min () 3 a 5 min () 6 a 9 min () 10 a 15 min () > 15 minutos ()

Primer Contacto – Resultado Laboratorio:

< 1 hora () 1 h a 1 hora 59 minutos () 2 h - 3 horas 59 min () Mayor a 4 horas ()

Resultado Laboratorio -Segundo Contacto:

< 1 hora () 1 h a 1 hora 59 min () 2 h - 3 horas 59 min () Mayor a 4 horas ()

Primer – Segundo Contacto

< 2 hora () 2 h a 3 hora 59 min () 4 h - 8 horas () Mayor a 8 horas ()

Diagnóstico: vesícula () Pancreáticas () Apéndice () Trauma () Otros ()

Destino: Sala () Quirófano () Observación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: " Demoras en atención a pacientes del servicio de cirugía general en Emergencia del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo de enero a diciembre 2020

Objetivo: Determinar las causas intra institucionales asociadas a la demora en la atención en salud en la emergencia del servicio de cirugía general del Hospital Fernando Vélez Paiz enero a diciembre 2020.

Yo responsable de docencia certifico que he sido informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica que el Dr. Norvin Josué Gutiérrez González me ha explicado los detalles de su estudio; por lo cual libre y espontáneamente he decido colaborar de forma activa, conozco de la autonomía para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Autorizo usa la información dada por mi persona para los fines que la investigación persigue.

Firma del sujeto de investigación



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2★21
ESPERANZAS
VICTORIOSAS!
TODO CON ARCA!

Managua 01 de Febrero del 2021.
DDI-GAL-02-21

Dr. Alejandro Lemus
Sub Director Docente
Hospital Fernando Velez Paiz
Su Oficina.

Estimado Dr. Lemus

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que se ha autorizado al Dr. Norvin Gutiérrez González, Médico Residente de la Especialidad de Gerencia y Servicios de Salud, para que realice trabajo de investigación titulado "Demoras en Atención a pacientes del servicio de cirugía general en emergencia del Hospital Fernando Velez Paiz en el periodo Enero a Diciembre del año 2020.

Tengo a bien expresarle que realizara la recolección de datos, a través de la revisión de expedientes por medio de una ficha de recolección de información.

Por lo antes expuesto contando con su anuencia, estamos autorizando al Dr. Norvin González para que se presente a la Unidad Hospitalaria a Coordinar con Usted la actividad investigativa.

Sin más a hacer referencia me despido.



Cc: Interesados
Archivo.

N°	Actividades semanales.	AÑO 2020-2021																	
		Diciembre				Enero				Febrero				Marzo					
		Semanas.				Semanas.				Semanas.				semanas					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Planteamiento del problema.	■																	
2	Planteamiento de objetivos.		■																
3	Elaboración de cronograma y presupuesto.			■															
4	Clasificación de variables				■														
5	Planteamiento del esquema del marco teórico.					■													
6	Desarrollo del marco teórico.						■												
7	Planteamiento de hipótesis.							■											
8	Desarrollo de introducción, antecedentes, justificación.								■										
9	Entrega de carta de autorización en el Hospital.									■									
10	Elaboración de instrumento de investigación.										■								
11	Obtención y filtración de información estadístico.											■							
12	Elaboración de diseño metodológico.												■						
13	Corrección de trabajo													■					
14	Impresión de trabajo														■				
	Realizado por:																		

Presupuesto

N°	Descripción	Cantidad	Precio por unidad.	Precio total de unidad tributaria
<i>1</i>	<i>Lápiz de grafito.</i>	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>21</i>
<i>2</i>	<i>Lapicero de tinta.</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>18</i>
<i>3</i>	<i>Hoja blanca, tamaño carta</i>	<i>25</i>	<i>0.5</i>	<i>12.5</i>
<i>4</i>	<i>Cuaderno de apunte</i>	<i>1</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>5</i>	<i>Resaltador</i>	<i>1</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
<i>6</i>	<i>Marcadores permanente</i>	<i>3</i>	<i>15</i>	<i>45</i>
<i>7</i>	<i>Calculadora</i>	<i>1</i>	<i>50</i>	<i>50</i>
<i>8</i>	<i>Engrapadora</i>	<i>1</i>	<i>51</i>	<i>51</i>
<i>9</i>	<i>Impresiones</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>300</i>
<i>10</i>	<i>Fotocopias</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
<i>11</i>	<i>Transporte</i>	<i>36</i>	<i>2.5</i>	<i>90</i>
<i>12</i>	<i>Impresión de protocolo final</i>	<i>2</i>	<i>200</i>	<i>200</i>
<i>Total</i>				<i>827.5</i>