

**SALUD PÚBLICA****DIAGNÓSTICO SITUACIONAL  
DE SALUD DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIAS DEL ÁREA DE SALUD  
ABANGARES, GUANACASTE**

Huberth Hidalgo Hidalgo\*

**SUMMARY**

**Background:** make emergency services of all places, centers where the quality, timeliness and readiness, is the bulwark of its members and the public be confident that attention wherever you need it and with much more reason remote areas of the metropolitan area. Emergency Medicine is currently not a recognized specialty in the region Chorotega. **Methods:** is a study of 194 days of statistical analysis of emergency department log Chief Nursing Abangares Health Area, Guanacaste, period of July

**20, 2009 to January 30, 2010.** **Results:** urgent care demand is growing daily. In the year (2009) observed a rise in demand an urgent care 510% (9609 visits) compared to 2004 (1883 queries), which is a urgent care demands 773 per 1000 inhabitants and a total 39893 consultations for urgent assistance in the year 2009. **Conclusion:** citizens have joined their patterns of health behaviors urgent and immediate assistance, resulting in an increase in patients seen daily that surpasses any other health care system, whether

hospital service or primary care can reach easily saturation situations, being obliged in such cases to organizational responses such as Triagge, which generates both user dissatisfaction in health, having to attend the corresponding EBAIS attend them.

**Keywords:** Emergency service, high demand areas of complex emergencies.

**INTRODUCCIÓN**

El presente estudio ha sido desarrollado según las situaciones presentes en el servicio de

\* Médico General. Caja Costarricense del Seguro Social.  
Correspondencia: triplehhh6467@gmail.com

emergencias, a través de diferentes perspectivas. Abangares se erigió como cantón número siete de la provincia Guanacaste, con cuatro distritos. Se designó como cabecera la población Las Juntas. Procede del cantón Cañas, establecido este último en decreto ejecutivo No 9 del 12. Limita al Norte con los cantones de Cañas y Tilarán, al Sur con el Golfo de Nicoya y la Provincia de Puntarenas, al Este con la provincia de Alajuela y Puntarenas y al Oeste con el Cantón de Nicoya y Cañas. Este cantón posee 675.76 Km<sup>2</sup>. Se encuentra dividido en cuatro distritos distribuidos de la siguiente manera: Distrito Primero: Las Juntas con 235.50 km<sup>2</sup>. Distrito Segundo: La Sierra con 131.83 Km<sup>2</sup>. Distrito Tercero: San Juan con 111.39 Km<sup>2</sup>. Distrito Cuarto: Colorado con 195.18 Km<sup>2</sup>. El total de la población es de 16,276 con una densidad demográfica de 24 habitantes por Km<sup>2</sup> y un 74.2% de porcentaje de población rural. (Fuente: Indicadores de Salud Cantonales 2002). Para el desarrollo de este documento se ha tomado en consideración aspectos técnicos de la planeación estratégica como diagnóstico situacional, análisis de la demanda, análisis de oferta, análisis de matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), formulación de objetivos y programación de actividades,

que han sido articuladas con los Objetivos Estratégicos Institucionales de la Caja Costarricense del Seguro Social, así mismo con la naturaleza y fines del Área de Salud Abangares. Los perfiles de la salud en el Área de Salud han cambiado siendo los síndromes coronarios y los traumas los más frecuentes. La mejora en la atención de la salud extendió la sobrevida en las enfermedades crónicas por lo que se presentan más complicaciones agudas con mayor demanda de conocimientos y destrezas para su manejo. Los servicios de emergencias en nuestro país tienen características particulares, siendo la dominante el exceso de demanda, por la mala cultura del costarricense y paternalidad de los servicios. La situación indicada revela un riesgo, no solo para el médico sino para el paciente que verdaderamente tiene un aemergencia. El paciente y su familia consideran las complicaciones que viven, como parte de la evolución de la emergencia, y no como mala praxis, pero se sabe que este es un problema que crece en cuanto a dimensiones con un alto costo humano y económico. Este problema se presenta en todos los servicios de emergencias. El hecho de que se atiendan las emergencias, si llegan 100 igual que si llegan 101, independientemente del paciente

que tiene una emergencia real, incide en la “hora oro” para su resolución, además de que el tiempo dedicado a la atención forzosamente se disminuye y por ende la calidad de la atención. Las necesidades de médicos de acuerdo a la demanda actual y a la proyección según el crecimiento poblacional, no es proporcional. La alta demanda existente ocasiona que el tiempo dedicado a la atención sea demasiado corto por la presión de la consulta, lo que lleva una medicina de baja calidad y de riesgo para el paciente y para el médico. Los servicios de urgencias tienen índices de ocupación de sus salas de observación muy altos, que se condiciona por varios factores, pero es una evidencia más de la necesidad de contar con recurso humano calificado. El sistema de gestión de urgencias tiene que tener definidos cuáles son sus recursos materiales y humanos para la atención a este tipo de demanda asistencial.

## MÉTODOS

Se analizaron la totalidad de 194 días de datos generados por el sistema de información local que incluyó: bitácoras estadísticas de la Jefatura de Enfermería Emergencias en Abangares en el periodo de 20 julio de 2009 al 30 enero de 2010. El presente estudio es de tipo descriptivo,

se incorporo variables como edad, genero, residencia, semana epidemiológica, diagnósticos, demanda por turnos, número de médicos, clasificación de patologías en emergencias. Se construyeron tablas y gráficos en Excell de Office y se trabajo en Microsoft Word de Office para elaborar el informe final. El presente estudio de acuerdo a la CIRCULAR N° 47.510 “Modificaciones y adicción normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social” en su artículo III. Las investigaciones propias de quehacer institucional: como en su proyecto, se indica que: “estarán excluidas de la aprobación de la CLOBI, según corresponda” El presente estudio de vigilancia epidemiológica conllevan un riesgo mínimo o nulo para las personas participantes y su base de datos se encuentra en custodia única por el autor.

## RESULTADOS

La cantidad de usuarios según tipo de prioridad, donde I, es la más grave o paciente rojo, de acuerdo al periodo estudiado; donde se denota 630 casos de pacientes categoría I (3%) del total de 21477 correspondiente al 100%, en tan solo 194 días de estudio. Además es importante mencionar que el

mes menos concurrido fue el de Julio para un total de 40 casos, dando promedio 1,3 pacientes diarios rojos y el mes de Octubre para un total de 4 pacientes rojos diarios. El promedio de pacientes diarios en proyección a 365 días, para el año 2010 (el servicio de emergencias es continuo) de acuerdo a la prioridad, constando que por categoría I existirán 3,2 pacientes diarios; prioridad II 21,5 pacientes; prioridad III 86,1 pacientes; dandonos un total de 40474 pacientes. La cantidad de usuarios por turno en el periodo comprendido de estudio, donde se evidencia que el I turno comprende 55% de la consulta diaria (12945 casos), el segundo turno comprende el 39,1% (9204 casos) y por último el III turno con un 6% de la consulta (1407 casos). Una proyección de los pacientes por turno pero a 365 días para el año 2010, tomando como base el periodo comprendido de estudio. Podemos apreciar que en promedio diario se valoran 67 pacientes en el I turno (24355 usuarios), para el segundo turno 47,4 casos (17317) y el III turno con 7,3 casos (2647), para un total de 44319 pacientes. La atención de pacientes crónicos descompensados en el periodo de estudio, llegando a generar 984 consultas en 194 días, dandonos 5 pacientes diarios. Podemos apreciar que las crisis hipertensivas son las causas que

generan la mayor cantidad de consulta (414), que equivale a 42%, seguido de los cuadros de broncoespasmos con 364 consultas (36,9%), siendo uno de los principales problemas del Área. Dentro del estudio se observa que los meses de diciembre y enero generan más descompensaciones en los pacientes. Una proyección del estudio a 365 días en los pacientes con patologías crónicas descompensadas, donde se observa que el promedio diario genera 5,1 casos, para tan solo estas 5 patologías de tipo médico, para un total de 1850 consultas en 365 días, (cuadro n°5) La cantidad de pacientes críticos (clasificado como rojo) según turno, dando 109 casos en tan solo 194 días de consulta, que equivale a 0,56 pacientes diarios, para un 39% en el I turno, un 53% en el II turno, 7,3% en el III turno, pero con el inconveniente, donde menor cantidad de personal laboral, siendo difícil la atención de los pacientes rojos. Se representa la cantidad de usuarios que son nebulizados en el servicio de urgencias según el turno, donde se registra un total de 5287 nebulizaciones que equivale a 27 casos promedio diario en el estudio de 194 días; para un porcentaje de 50,4% en el primer turno; un 40% en el II turno; 9,4% en el III turno. La cantidad de pacientes en observación según turno, donde hubo un total de

5026 casos en 194 días; con un 46 % en el I turno; 43,3% en el II turno, 10,4% en el III turno. Realizando una proyección a 365 días tendríamos un total de 10052 pacientes, para un promedio diario de 27,5 casos. La cantidad de curaciones que se realizan según el turno solamente indicado por el servicio de emergencias, sin contar los EBAIS. Se realizaron un total de 2651 curaciones en 194 días, para una proyección de 5302 en 365 días. La cantidad de usuarios clasificados en Urgencias y No Urgencias, es importante mantener un estudio de varios años para evidenciar la necesidad, como lo vamos a visualizar:

- Han existido 30629 urgencias en 6 años de estadística acumulada.
- Significa 72 meses de estudio.
- Esto se traduce en 425 urgencias por mes promedio.
- 13,7 pacientes urgentes al día completo.
- 6,8% pacientes urgentes en el I turno (50% de las urgencias ocurren en dicho turno).
- 5,5 pacientes urgentes en el II Turno (40%).
- 1,4 pacientes urgentes en el III Turno (10%)
- Esto se correlaciona claramente con el estudio de tan solo 194 días, que hemos dado a conocer.
- Es importante evidenciar que la epidemiología forma

parte del eje de un servicio de urgencias, donde es claro, que existiendo epidemias o enfermedades (crónicas, traumatológicas, infecciosas, etc.) altera indudablemente el servicio, ya que los EBAIS actualmente se concentran en los compromisos de gestión.

- Se evidencia que los accidentes de tránsito forma parte de un de los 3 problemas principales en el Área de Salud, no solo por la cantidad de personas lesionadas, sino también por las secuelas y las consecuencias a futuro que traen con ellas en cada familia.
- Es de reconocer que como área de adscripción pasa una de las carreteras más peligrosas del país, donde hemos recibido gran cantidad de traumas craneocefálicos severos que terminan en las unidades de cuidados intensivos de hospitales como el Monseñor Sanabria, Enrique Baltodano Briceño y por último en el Hospital México.

Por último el dengue es la enfermedad infecciosa endémica de nuestra Área, generando grandes cantidades de usuarios en períodos de epidemia consultando por el servicio de urgencias, como se puede visualizar en el año 2009 culminamos en la meseta de una gran epidemia, no vista en años anteriores, iniciando justamente en la caída de la Pandemia por

Influenza A H1N1. Actualmente recibe 3,2 pacientes prioridad tipo I (rojos), como se describió en el marco teórico. Con personal médico de servicio social, recién incorporado, interino, propiedad, de otras áreas, donde solo cuenta con el uso del ABCD primario de atención en emergencias, que no siempre bien aplicado por la falta de involucramiento en los servicios de emergencias. El 3% de la consulta de urgencias corresponde a urgencia calificadas tipo I, contando con tan solo 2 médicos en el I turno, 2 médicos en el II turno, 1 médico en el III turno. Es importante mencionar que además el servicio recibe un 19,4 % de la consulta con pacientes en prioridad II (amarillos), lo cual aparte de tener que dejarlos en observación a una gran cantidad de ellos, es insuficientes el personal y las instalaciones, además de el riesgo de avanzar a prioridad I, sino no se dio la debida atención del caso en el abordaje inicial; no contando con personal que se dedique (enfermería, médico) a cumplir las indicaciones, evolución, detección de imprevistos por el uso de medicamentos, hace que la tarea sea aún más difícil. Debiendo continuar la policlínica de prioridad III y IV, por la demanda tan alta y debida a la insuficiencia de citas que los EBAIS cuentan actualmente datos que se corroboran con

un 77,6% de las consultas en el servicio que desgasta al personal para cuando recibe una verdadera emergencia, dando consecuentemente una plétora de los servicios posterior a ello. Otro aspecto importante es el dato que observamos sobre los pacientes descompensados y que utilizan camas de observación, donde solo evidenciamos 5 patologías más frecuentes, dando un total de 5,1 pacientes crónicos; no incluimos otros diagnósticos como son: dolor abdominal, traumas, enfermedades infecciosas, dengue etc. Los pacientes en observación mencionados se distribuyen de la siguiente manera para un 46% en el I turno; 43,3% en el II turno y 10,4% el III turno, con una proyección de a 365 días del año con un promedio de 27,5 casos al día. Otro problema muy importante y que desgasta comúnmente al personal desde todo tipo de índole son los traslados acompañados por el personal médico-enfermería con las emergencias prioridad tipo I, que estadísticamente se presentan como promedio diario 2 casos; o prioridad II delicados que se trasladan con solo personal de enfermería hacia los hospitales de referencia. El traslado hacia los hospitales de referencia tarda como promedio 3 horas (ida y vuelta), por el tipo de carreteras, congestión de vehículos y circunstancias que se presentan

durante un traslado. Se acumula en el estudio un total de 1167 horas “perdidas” en atención directa al usuario, para un total de 145 jornadas, en las cuales se deben recargar al mismo personal que queda en el servicio o en la guardia, dándonos 6 horas diarias en traslados. Realizando una gestión del conocimiento, de los pacientes que necesitaban ambulancia no da un total de 6,2% del total de ambulancias enviadas. El recargo de usuarios que son de otras Áreas de adscripción pero que están cercanas al área geográfica de abangares es otro aspecto importante que genera plétora del servicio. Es importante mencionar que el Cantón de Abangares cuenta con dos Áreas de Salud por aspectos políticos, en este caso Abangares y Colorado, que a su vez cuenta con dos EBAIS, pero no cuenta con un servicio de emergencia. Por lo cual se atendieron un total 1967 casos de Colorado, 450 casos de Chomes (pertenece a Puntarenas) y 1142 casos de otros lugares, donde un gran porcentaje pertenecen a Cañas y otras provincias que por razones de traslado, sufren un percance y deban acudir al centro médico; dando un total de 3559 casos y con una proyección a 365 días para un total de 6695 usuarios de otros lugares, no contemplando situaciones fuera de lo común como epidemias por dengue, con

un promedio de 18 casos diarios. Cuando inicio la Pandemia de Influenza A H1N1, trajo una verdadera emergencia al servicio. El porcentaje de pacientes vistos en el estudio genero un 22,44% con problemas respiratorios agudos del total de 23556 casos.

## DISCUSIÓN

El valor de una prestación de salud no proviene del esfuerzo que ponemos en realizarlo sino de los beneficios que el paciente desea obtener del servicio. Es preciso dejar de evaluar los servicios de salud **cuantitativamente**: paciente-día, equipo, estancia, atenciones, porcentaje de ocupación y comenzara a evaluarlos **cualitativamente**: salud producida, educación brindada, satisfacción garantizada, sufrimiento evitado, errores prevenidos y decisiones correctas. Objetivos estratégicos: mejorar la calidad de los servicios, ampliar la cobertura de la seguridad social, optimización de la gestión institucional, mejorar los niveles de satisfacción de nuestros asegurados y resolución de emergencias en las clínicas, para evitar plétora de servicio de hospitales. Además el 70% de las urgencias son de tipo médico, indicando así la necesidad según la especialidad a que corresponde como lo son: Médico de Medicina Familiar y Comunitaria, Médico Emergenciólogo, Médico

Internista, son las opciones viables en nuestro centro de trabajo, para dar resolución al 90% de las urgencias y evite gastos en traslados de la Cruz Roja, congestionar los servicios de urgencias de los hospitales cercanos y teniendo que volver a repetir exámenes de laboratorio.

## CUADROS

Cuadro N°5. Control de pacientes atendidos en el servicio de urgencias según patología descompensada más frecuente, Área de salud Abangares, periodo del 20 de julio del 2009 al 31 de enero de 2010

Patología descomp.	JUL.2009	AGOST.2009	SEP.2009	OCT.2009	NOV.2009	DIC.2009	ENER.2010	TOTAL
DM	4	10	18	15	12	20	21	100
HTA	8	58	44	53	92	81	78	418
BRONCOESPASMO	20	42	45	65	41	68	83	364
EPOC DESCOMP.	4	2	10	14	4	2	9	45
DOLOR TORACICO	3	12	10	6	8	13	9	61
TOTAL	39	124	127	153	157	184	200	984

fuente: Estadística de Jefatura de enfermería 2009-2010

\*(periodo comprende de 20-08-2009 al 31-07-2009, 194 días de consulta)

Cuadro N°7. Control y proyección de pacientes trasladados del servicio de urgencias hacia otro centro periodo del 20 de Julio de 2009 al 31 Enero 2010

MES	194 días	365 días	prom/día
Julio	18	34	1,13
Agosto	39	73	2,44
Septiembre	33	62	2,1
Octubre	60	113	3,76
Noviembre	26	48,9	1,6
Diciembre	26	49	1,6
Enero	17	31,9	1,1
TOTAL	219	412	1,9

fuente: Estadística de Jefatura de enfermería 2009-2010

## RESUMEN

Justificación: hacer de los servicios de emergencias de todos los lugares, centros de atención donde la calidad, la oportunidad y la prontitud, sea el baluarte de sus integrantes y el ciudadano sienta la seguridad de esa atención donde quiera que lo necesite y con mucho más razón en zonas

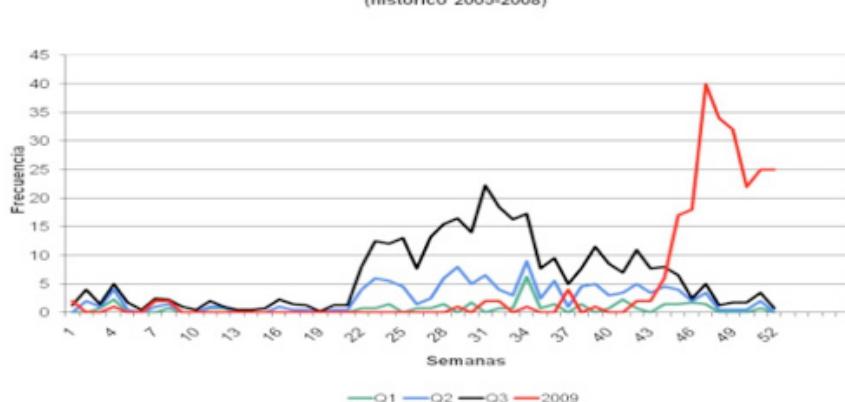
de Enfermería (Emergencias), del Área de Salud Abangares, Guanacaste, periodo de 20 julio de 2009 al 30 enero de 2010.

Resultados: la demanda asistencial urgente crece día a día. En el año (2009) se objetivó un incremento de la demanda asistencial urgente de un 510% (9609 consultas) con respecto al año 2004 (1883 consultas), lo que supone unas 773 demandas asistenciales urgentes por cada 1000 habitantes y un volumen total de 39893 consultas de asistencias urgentes en el año en el año 2009.

Conclusión: los ciudadanos han incorporado a sus pautas de conductas sanitarias la asistencia urgente e inmediata, lo que se traduce en un incremento de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro sistema de atención sanitaria, sea servicio hospitalario o de Atención Primaria, pudiendo llegar fácilmente a situaciones de saturación, siendo obligado, en estos casos, dar respuestas organizativas, como el Triagge, lo que genera a la vez disconformidad en los usuarios de salud, por tener que asistir a los EBAIS que les corresponden asistir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco G. Gestión Clínica: ¿una asignatura pendiente en la formación de los profesionales de la salud?



- Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 394-5.
2. Royuela C, Ayuso D, Prieto P, Muñoz E. Gestión del Bloque Quirúrgico en la Fundación Hospital de Alcorcón. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 131-8.
3. Vazquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Ruscadella J, Rutland M, Trías M, Vilanova F, Villar J, Esperalba J. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de urgencias, emergencias y críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 45-54.
4. Rodríguez Fernández MA. Servicios de Emergencias Médicas. Estructuras, problemas y soluciones. En Gestión Clínica on line. Artículo en prensa médica.
5. American College of Emergency Physicians: Guidelines on Emergency Medical Services Systems. Policy Statement. Dallas, 1994.
6. American College of Emergency Physicians: Medical Control of Emergency Medical Services. Policy Statement. Dallas, 1984. American College of Emergency Physicians: Guidelines on Emergency Medical Services Systems. Policy Statement. Dallas, 1994.
7. American College of Emergency Physicians: Medical Control of Emergency Medical Services. Policy Statement. Dallas, 1984.
8. American College of Emergency Physicians: Implementation of early Defibrillation/Automated external defibrillation programs. Policy Statement. Dallas, 1992.
9. National Association of EMS Physicians: Emergency Medical Dispatch. Prehospital Disaster Med 1989;4: 163-166.
10. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, AHA: Ensuring effectiveness of community-wide emergency cardiac care. JAMA 1992; 268: 2289-2295. Metcalf WR: State and Regional EMS Systems, in Roush WR (ed): Principles of EMS Systems, 2nd Ed., American College of Emergency Physicians, Dallas, 1994, pp 123-134.
11. Federal Specifications - Ambulance KKK - A - 1822C Emergency Medical Care Surface Vehicle, Washington, DC, DOT and GSA, 1990.
12. American College of Emergency Physicians: Minimum Pediatric Prehospital Equipment Guidelines. Policy Statement. Dallas, 1991.
13. American College of Emergency Physicians: Prehospital Advanced Life Support skills, medications and equipment. Ann Emerg Med 1988; 17: 1109-1111.
14. Stone CK, Benson NH: Specialty Transport, in Roush WR (ed): Principles of EMS systems, 2nd Ed., ACEP, Dallas, 1994, pp 183-201.
15. Backer H: What is wilderness medicine [editorial]? In Wilderness and Environmental Medicine, vol 6, 1995, pp 3-10
16. Burkle F: Complex, humanitarian emergencies: II. Medical liaison and training. Prehospital and Disaster Medicine 10: 43-47.21, 1995
17. Carmona R, Rasumoff D: Forensic aspects of tactical emergency medical support (TEMS). The Tactical Edge Summer 1992
18. Chin LC (ed): Disaster in Bangladesh. New York, Oxford University Press, 1973, p 26615. EMT-Tactical Manual, ed 13. USUHS, p 90, November 1994
19. Gunby P: Somalia operation just one of many demands on U.S. military medicine. JAMA 269: 11-12, 1993
20. Gunn SW: Humanitarian, noncombat role for the military. Prehospital and Disaster.

# ASOCIACION COSTARRICENSE DE MEDICOS JUBILADOS

Nuestra Asociación ha crecido y cada día se obtienen mayores beneficios para sus miembros. Si usted colega jubilado, no lo ha hecho, únase a nuestras buenas causas, unidos todos obtendremos más beneficios.

Actualmente el médico es abandonado a su propio arbitrio, con pensiones devaluadas, con pésima atención de seguro de enfermedad, con mala calidad de trato por sus mismos colegas y simplemente tirado a la miseria humana.

Necesitamos cheques periódicos de salud como cualquier humano. Atención médica, que no se haga como caridad, sino con esplendidez y oportunidad. Hemos delineado con capacidad y holgura el prototipo de excelente dedicación al paciente. No tenemos por qué sufrir los vejámenes de la mala administración de los seguros.

Merecemos un lugar de privilegio por haber sido los protagonistas de la buenas salud. Las fallas del sistema, ya en la llanura, no son de nuestra competencia, ahora necesitamos ser asistidos con probidad.

***HOY POR TI Y MAÑANA POR MI***

Asociación Costarricense de Médicos Jubilados