

**“PROYECTO ALERTA: CONTRIBUYENDO A DISMINUIR LA
SOBRESATURACIÓN EN URGENCIAS”.**

**TRABAJO FINAL DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO
DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE EVALUACIÓN PROYECTO FINAL DE GRADO DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato/a

CAMILA PAZ SANHUEZA CONTRERAS

Ha sido aprobada en el examen de defensa de proyecto final de grado, rendido el día..... del mes , de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con , para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Tesis: MARCELA MORELLA ARBONA

Firma:

Profesor/a Corrector/a de Tesis:

Firma:

Profesor/a Ministro/a de Fe:

Firma:

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
CAPITULO 1: INTRODUCCION	1
1.1 Introducción.....	1
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL.....	5
2.1 Marco empírico.....	5
2.1.1 Epidemiología	5
2.1.2 Las urgencias a nivel internacional	8
2.1.3 Manejo de sobrecarga en Chile.....	11
2.2 Marco Teórico	11
2.2.1 Modelo de Atención de Urgencia Hospitalaria Adultos	11
2.2.2 Gestión en el proceso de atención de urgencias	20
2.2.3 Gestión de calidad y la eficiencia en el subproceso de egreso de la atención de urgencia.	22
2.2.4 Ley de derechos y deberes.....	23
2.2.5 La gestora de procesos de urgencias y la teoría burocrática.....	25
2.2.6 Escala de NEDOCS como herramienta para medir congestión en urgencias	26
CAPITULO 3: ANALISIS ESTRATÉGICO	27
3.1 Contextualización	27
3.1.1 Misión	28
3.1.2 Visión.....	28
3.1.3 Valores.....	29
3.2 Mapa Global	30
3.3 Estructura organizacional.....	30
3.4 Diagnóstico de situación.....	33
3.4.1 Lluvia de ideas.....	33
CAPITULO 4: DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	41
4.1 Título y justificación del proyecto.....	41

4.2 Fundamentación del proyecto:	42
4.2.1 Persona atendida:.....	42
4.2.2 Atención de salud:	43
4.2.3 Disciplina de Enfermería:.....	44
4.2.4 Contexto geográfico y demográfico.	45
4.2.5 Contexto socioeconómico:.....	46
4.3 Objetivos del Proyecto.....	47
4.3.1 Objetivo general.....	47
4.3.2 Objetivos específicos:	47
4.4 Cartera de prestaciones y beneficiarios	47
4.4.1 Actividades o productos que compromete el producto con sus respectivos protocolos.	47
4.5.4 Cobertura de actividades del subproceso de egreso	50
4.5.6 Responsables	51
4.5.7 Beneficiarios	52
CAPITULO 5: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	53
5.1 Estrategias previas a la implementación	53
5.2 Estrategias de implementación	54
5.3 Factores favorecedores y entorpecedores de la implementación de estrategias para la socialización del proyecto	54
5.4 Carta Gantt.....	56
4.5 Presupuesto	57
4.5.1 Presupuesto General	57
5.6 Plan de Monitoreo	58
CAPITULO 6: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	60
6.1 Funciones.....	60
6.2 Niveles de dependencia del personal.....	62
6.3 Mecanismos de control	64
6.3.1 Control de actividades	64
6.3.2 Supervisión de actividades	64
6.2.3 Sistema de evaluación y seguimiento.....	66
CAPITULO 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
7.1 Conclusiones.....	67
7.2 Recomendaciones.....	69
CAPITULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

RESUMEN

Las Unidades de Emergencia hospitalaria a nivel mundial presentan un fenómeno llamado sobresaturación, que tiene causa multifactorial y que afecta directamente al usuario atendido y su familia.

Objetivo: Mejorar el subproceso de egreso frente a episodios críticos de saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante el año 2019. **Análisis estratégico:** El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, específicamente en la Unidad de Emergencia Adultos, como parte de proyecto de magister en enfermería mediante las técnicas de FODA, tormenta de ideas y técnica de grupo nominal donde emergió el problema de sobresaturación de la unidad generado por el déficit en el subproceso de egreso. **Implementación:** bajo el paradigma de la gestión por procesos con la mirada del modelo de Asplin se pudo identificar algunas oportunidades de mejora en la eficiencia sustentadas en la evidencia encontrada respecto de acciones a ejecutar para la mejora, tales como la aplicación de una escala que mida sobresaturación, la difusión del resultado obtenido, un protocolo de acciones a ejecutar ante la sobresaturación, y empoderar la figura de una enfermera gestora de procesos, y de esta manera implementar estas medidas y crear medidas para su seguimiento. **Conclusiones:** El proyecto presentó una oportunidad para la enfermera para posicionarse como líder en la gestión del proceso de urgencias, dado su perfil holístico y pudiendo englobar en ella la organización y rigurosidad requerida para llevar a cabo el protocolo de saturación y el sistema de alarma institucional.

Palabras Clave: aglomeración; Servicio de Urgencia en Hospital; Enfermera de urgencias

ABSTRACT

Emergency departments worldwide have a phenomenon called overcrowding, which has a multifactorial cause and directly affects the assisted user and his family.

Objective: To improve the discharge process against critical episodes of saturation of hospitalized patients in the Emergency Department of the Dr. Gustavo Fricke Hospital during the year 2019. **Strategic analysis:** The project was carried out in the Dr. Gustavo Fricke Hospital of Viña del Mar, specifically in the Adult Emergency Unit, as part of a nursing master's project through SWOT techniques, brainstorming and nominal group technique where the problem of supersaturation of the unit generated by the subprocess deficit emerged of discharge. **Implementation:** under the paradigm of process management with the view of the Asplin model, it was possible to identify some opportunities for improvement in efficiency based on the evidence found regarding actions to be taken for improvement, such as the application of a scale that measures supersaturation, the dissemination of the result obtained, a protocol of actions to be executed in the face of supersaturation, and empowering the figure of a process manager nurse, and in this way implement these measures and create measures for their follow-up. **Conclusions:** The project presented an opportunity for the nurse to position herself as a leader in the management of the emergency process, given her holistic profile and being able to include in her the organization and rigor required to carry out the saturation protocol and the institutional alarm system .

Keywords: Crowding; Emergency Service, Hospital; Emergency Nurse

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1.1 Introducción

Las Unidades de Emergencia a nivel mundial sufren el problema de sobrecapacidad que se entiende como el desequilibrio entre la demanda simultánea de la atención de salud y la capacidad del sistema para responder (1). Esta causa es multifactorial, lo que lleva consigo un atochamiento e imposibilidad de atender a los usuarios en condiciones dignas, dificultando la atención correcta, provocando demoras en los diagnósticos y por tanto en su tratamiento, relacionándose con la morbi-mortalidad, favoreciendo el error humano e incrementando la estadía así como los costos (2, 3). A nivel mundial donde ya se han realizado intervenciones exitosas al respecto, donde recomiendan en primer lugar analizar esta situación crítica desde la perspectiva de los procesos y así identificar nodos críticos y de esta manera dar solución o paliar el problema de manera efectiva.

La Unidad de Emergencia Adultos (UEA) del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Lo anterior quedó de manifiesto al realizar un análisis de las problemáticas que se presentan en la unidad a través de la metodología FODA, donde se identificó aquello como una preocupación importante del equipo de trabajo y también emergieron algunos factores concomitantes.

Con los antecedentes obtenidos y sustentada en el paradigma de la gestión por procesos, bajo la perspectiva del modelo de Asplin (4), se pudo determinar que el nodo crítico se centraba específicamente en el subproceso de egreso de la unidad, los usuarios que finalizan su proceso de atención de urgencias requieren hospitalización y finalmente cursan este proceso en la misma unidad, pudiendo

extenderse por periodos desde días a horas, inclusive completando su estadía en su totalidad en estas dependencias.

Incluso esta unidad que fue creada para la atención ambulatoria, ha tenido que progresivamente acondicionarse espacios para este propósito, debiendo restar parte de las dependencias destinadas a la atención abierta o ambulatoria, llegando a tener ya de manera permanente 12 personas hospitalizadas en un pasillo, con menos de un metro de separación entre camilla, y una sala con poltronas con personas hospitalizadas a la espera de camas, en el presente año se evidenció un promedio en abril de 13 usuarios hospitalizados en sillas o sillones sumado a los que se encuentran hospitalizados en pasillo, con un promedio total de 46 personas totales diarias hospitalizadas en urgencias (5).

Esta situación nos muestra dos realidades de atochamiento, por una parte están los usuarios de atención ambulatoria, los cuales se ven enfrentados a un espacio mucho más pequeño, usuarios con dependencia severa o con imposibilidad de estar sentados deben permanecer en camilla SAMU, ya que camillas que debiesen usarse para relevo están siendo ocupadas con usuarios hospitalizados, generando una problemática de disponibilidad de ambulancias, no sólo de Viña del Mar si no que de la red.

Por otra parte se encuentran los usuarios hospitalizados, en lugares originalmente no habilitados con este fin, que se ven expuestos a condiciones de privacidad precaria, poca comodidad y alta contaminación acústica, las urgencias funcionan 24 horas y es difícil otorgar condiciones de sueño reparador dada la alta demanda.

Dentro de estas soluciones que emergen de la evidencia internacional se encuentran protocolos que cuentan con acciones anticipadas ante la congestión de urgencias, como la reubicación de usuarios dentro del hospital a modo de mejorar el proceso de egreso de estos usuarios que requieren hospitalización y de esta manera disminuir la congestión o hacinamiento (6), es un generar un plan

de acciones predeterminadas y estructuradas que se ejecuten ordenada y coordinadamente. Por otra parte la coordinación de los procesos de urgencia por una figura que tenga la visión global de la Unidad de Emergencia, es una recomendación a nivel Ministerial, y se justifica en como la coordinación del personal y el convocar más funcionarios ante episodios de alta demanda ayuda a mejorar la situación de congestión (9). A su vez se ha evidenciado que el personal de salud inmerso en el problema tiende subestimar la problemática por lo cual una escala objetiva ayuda al personal a actuar anticipadamente para paliar o solucionar el problema (1).

El poder identificar por medio de la evidencia la existencia de acciones con buenos resultados y de bajo presupuesto dan luces que es posible implementar acciones en relación a la organización de recursos tanto humanos, como organizativos soluciones plausibles al problema que aqueja a la unidad y por no decir al recinto en que de emplaza. Por esta razón es que se realizó este proyecto que consta de estos tres ejes con el fin de mejorar la eficiencia de este proceso.

En primer lugar la implementación de una escala objetiva y validada que permite medir el nivel de saturación de la unidad, para este caso se seleccionó la escala de NEDOCS y que una vez aplicada y de acuerdo al resultado genera la activación de una alarma que permite a los involucrados en el proceso conocer cuan saturada se encuentra la unidad y promover la ejecución de acciones que les corresponde parte para favorecer el egreso de pacientes hospitalizados.

Un protocolo de acciones de optimización del egreso de los usuarios hospitalizados por las distintas vías que existen, traslados dentro del hospital, dentro de la red a recintos de menor complejidad a hospitalización domiciliaria, etc. Quedando estandarizado las serie de acciones y los ejecutantes que se activarán dependiendo el nivel de sobresaturación.

Y por último la transformación de la figura de coordinadora de enfermería en la Gestora de Flujos o de Procesos, por contar con conocimientos de gestión y una visión holística de la unidad y de la persona, quien se encarga de favorecer los procesos de urgencias.

1.2 Objetivo general

- Mejorar el subproceso de egreso frente a episodios críticos de saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad de Emergencia Adulto.

1.3 Objetivos específicos:

- Crear y establecer un sistema de medición y alarma ante saturación de urgencias.
- Crear e implementar flujos estandarizados de acción ante nivel de saturación.
- Implementar el rol de enfermera gestora de flujo en el proceso de urgencias.

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco empírico

2.1.1 Epidemiología

La red de urgencia (RdU) corresponde a una parte esencial del sistema sanitario de cualquier país. Es el lugar donde se atiende a los usuarios en uno de los momentos de mayor fragilidad en su historia vital y donde se inicia la resolución de problemas riesgo vital y patologías relevantes en términos de años de vida perdidos (6).

Según cifras del Ministerio de Salud (Minsal), casi la mitad (46%) de todas las atenciones médicas en Chile son otorgadas en alguno de los establecimientos de la Red de Urgencia (RdU), ya sean hospitalarios o de atención primaria (SAPU). No solo la proporción es muy alta, sino también, el número total en relación a la población estimada con cifras de hasta 19 millones de atenciones de urgencia por año, lo que determina una tasa de utilización de la red de urgencia (RdU) de 1100 atenciones/1000 habitantes por año (8).

En un reciente estudio de la Organización de Colaboración y Desarrollo Económico (OCDE), Chile figura como el 3^{er} país con mayor tasa de consultas de urgencia, contabilizando 571 consultas cada 1000 hab por año, mientras la media es de 308 (6,9).

Nuestro país se encuentra con una limitada capacidad hospitalaria, tanto de camas básicas como de camas críticas que se traduce en una dificultad para la hospitalización de pacientes derivados desde las UEH, situación que genera un atochamiento en el proceso de atención de urgencia, siendo una causal adicional

que limita el buen funcionamiento de estos servicios. Esto implica que más de 110000 pacientes al año, hospitalizados en las UEH, esperan >12 horas por una cama. Entre ellos algunos fallecen, otros permanecen en el servicio de urgencia hasta el alta y 9% espera >24 horas (6,9). Es indudable la relación que existe entre espera de cama y alta mortalidad. Esto se ha observado en muchos países (9) y explica una parte de nuestra lamentable tasa de letalidad de la RdU (8).

El déficit de camas ha derivado en la creación de unidades de observación de pacientes críticos en los servicios de urgencia cuyos cuidados se establecen con estándares inferiores a los de las unidades críticas donde debieran ser derivados. Esta situación afecta directamente el adecuado funcionamiento del servicio de urgencia en su conjunto dado que para entregar esta cobertura debe recurrir al uso de recursos primariamente destinados a la atención de urgencia propiamente tal (6).

De acuerdo a información presentada por el DEIS/MINSAL, el SNSS tendría un total de 24856 camas, agudas y críticas en total, lo que representa 1.85 camas por 1000 beneficiarios del FONASA. El sistema, mantiene porcentajes de ocupación muy elevados y permanentes en el tiempo, muy por encima de lo recomendado: 70% óptimo operacional, 80% máximo estándar recomendado (10).

En el año 2018 en Chile se realizaron 7.361.274 atenciones de urgencias en recintos hospitalarios, de este total 116.303 se realizaron en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, hospital base del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota que es uno de los tres Servicios de Salud(SS) ubicados en la Región de Valparaíso. Dadas sus condiciones geográficas y población asignada la hace una de las más extensas del país (11).

En el año 2019 hasta la fecha (Mayo) ya se registran un total de 40.562 atenciones de urgencias en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, perteneciendo 23.136

a usuarios de 15 años o más (12). Por otra parte existe en promedio 300 consultas diarias en la unidad de emergencias de las cuales se hospitalizan 25 usuarios vía Unidad de Emergencia (13).

La permanencia de los usuarios en la Unidad de Emergencia Adultos de este recinto, por motivo de hospitalización es una realidad hace algunos años, situación ha ido agudizándose al pasar el tiempo, llegando usuarios inclusive a cursar el proceso de hospitalización completa en la sala de emergencias. Transitoriamente se han ido implementando lugares donde se instalan camillas de atención que funcionan con la finalidad de la atención de usuarios hospitalizados que esperan cama básica, aguda o crítica dentro del hospital, que debido a la contingencia han tenido que instalarse de manera permanente e ir avanzando incluso a una sala con sillas o poltronas de espera de hospitalización, donde se mantienen usuarios sentados esperando su cama correspondiente.

Se analizaron los datos obtenidos entre el mes de marzo y el mes de julio y se puede apreciar que en el mes de marzo hubo un promedio de 9 pacientes diarios hospitalizados en sillas, cifra que fue en aumento en los meses siguientes llegando a un promedio de 16.6 personas en el mes de julio. Cabe destacar que en el mes de abril se registró la cifra de 34 usuarios cursando su hospitalización sentados (5).

A nivel global podemos afirmar que con las instalaciones actuales la Unidad de Emergencia Adultos cuenta con 19 camillas que se ubican en un espacio que se asemeja a una sala de hospitalización también llamada sala de observación, por tanto esta debiese ser la cifra límite numérica esperable de usuarios hospitalizados en la unidad, sin embargo se aprecia que en abril de este año hubo un promedio de 46.2 pacientes hospitalizados en urgencias, cifra que igualmente se ha visto aumentada llegando en julio a 55.1 personas hospitalizadas, se

registran en el mes de abril en uno de sus días 72 usuarios cursando su hospitalización en UEA (5).

El porcentaje de hospitalización desde las unidades de urgencia hospitalaria ha aumentado desde un 7.7% a un 9,7%. Este hecho podría indicar un aumento de la complejidad de los pacientes que consultan en las UEH, de manera que los médicos que otorgan la primera atención deciden usar los recursos hospitalarios para estudio y manejo, y no dar de alta a los pacientes inmediatamente. Al mismo tiempo, podría ser indicativo de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de una población más envejecida (7).

2.1.2 Las urgencias a nivel internacional

A pesar de los que se podría pensar los servicios de urgencias en Estados Unidos y en países desarrollados en cuanto a colapso y sobredemanda no dista tanto de la realidad chilena, se ha reconocido que la capacidad insuficiente de camas para pacientes hospitalizados es uno de los contribuyentes más importantes para el hacinamiento de las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), según uno de los artículos se afirma que en promedio las urgencias de países desarrollados ubicados en grandes ciudades operan a un 85% de su capacidad (14-6). Este problema generalmente se refleja en el número de pacientes admitidos que experimentan un tiempo de espera de hospitalización prolongado en las urgencias (también denominado bloqueo de acceso) (17). En un estudio realizado en Australia Occidental, se demostró que la mortalidad era más alta durante períodos de congestión, y los autores estimaron que dicho efecto aumentaba en 13 las muertes en la población de pacientes anualmente (16).

Las intervenciones para reducir el tiempo de hospitalización para pacientes admitidos pueden jugar un papel importante en la reducción del grado y las consecuencias del hacinamiento en los departamentos de emergencia (18).

Una estrategia diseñada para abordar este problema se llama Protocolo de Capacidad Total o Full Capacity Protocol (FCP). Se han implementado protocolos de capacidad completa en un esfuerzo por aumentar la capacidad funcional de los UEH mediante el transporte de pacientes ingresados desde los Servicios de Urgencias (SU) a espacios de atención temporal (por ejemplo, espacios de atención para pacientes hospitalizados diseñados para pacientes del SU admitidos). El objetivo del FCP es compartir de manera segura la carga de pacientes hospitalizados sin camas asignadas en todo el hospital, con la intención de mejorar las operaciones clínicas y mitigar los efectos negativos del hacinamiento en el Departamento de Emergencias. Además, las intervenciones de FCP se han integrado en diversas intervenciones de todo el sistema que se han implementado en un esfuerzo por mejorar la eficiencia del flujo de pacientes admitidos, liberar espacios de atención de los SU y compartir el volumen de pacientes entre los servicios de pacientes hospitalizados. Se ha demostrado la reducción en al menos 5 horas de la atención de las personas al tener un plan de umbral de ocupación que además implica acciones como las mencionadas previamente con adaptaciones a nivel local y personas específicas a participar de la ejecución de estas actividades. Un estudio demuestra que distribuir a pacientes en camas extras en los servicios clínicos mejora la satisfacción usuaria, y su higiene del sueño (18-21).

Una Universidad de Nueva York informó que cerca del 90% de los pacientes que experimentaron una hospitalización tanto en los pasillos de la unidad de urgencia como en pasillos de otra unidad del hospital, prefirieron el pasillo de aquellos servicios de hospitalización en lugar de quedarse en los pasillos del servicio de urgencia. Un estudio de la Universidad de Pensilvania demostró una relación

inversamente proporcional entre satisfacción general del paciente y congestión. En otro estudio de encuestas, también demostraron una marcada preferencia del paciente por estar en los servicios de hospitalización que en el de urgencia (21).

Otra estrategia demostrada es analizar los procesos internos de la unidad y verificar que la dotación de personal se ajuste a los horarios, contribuye a solucionar el problema. Optimizar los turnos del personal para asegurar el apropiado aprovisionamiento de la unidad de urgencia en épocas de alto flujo de pacientes es una solución de sentido común en temas de flujo y recursos. Esto aplica para la provisión de médicos y personal de enfermería (22).

Hay una multitud de pequeñas oportunidades de mejora de los procesos dentro de la unidad de urgencia, y dentro de la institución. Dentro de los ejemplos tenemos el mejoramiento del informe de enfermería, aseo rápido y mejora de la rotación de las camas, etc. Aunque estas medidas tienen valor, las instituciones a menudo escogen el camino más fácil y obvio en la resolución del problema lo que finalmente no mejora los problemas que enfrentan los pacientes en la unidad de urgencia esperando cama, pero mejoran los tiempos de traslado (6).

Otra estrategia que emerge de la evidencia es el triage inverso es un concepto militar donde los combatientes de menor agudeza son tratados primero para que puedan regresar al campo de batalla. En el entorno hospitalario, el concepto se utiliza para crear una capacidad de sobrecarga al identificar a los pacientes hospitalizados con el menor riesgo de resultados adversos si se les da de alta o se los coloca en un nivel de atención más bajo antes de lo que normalmente se anticiparía (23).

Por otra parte se ha identificado que la sobresaturación es subestimada por el personal de salud, al momento de trabajar y por tanto no identifica el momento preciso de iniciar con soluciones a esta sobredemanda, por lo tanto el poseer un

sistema objetivo y de alarma que pueda informar sobre la situación actual de colapso es una medida que ha tenido efectos positivos a la hora de intentar solucionar el problema (24).

2.1.3 Manejo de sobresaturación en Chile

En Chile se ha replicado la experiencia de los “Full Capacity Protocol” tanto en Santiago en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, denominado “Overcrowding UC”(25), como en el Hospital de Puerto Montt (26), donde aún no existe evidencia de su implementación ni sus resultados ya que han sido implantados de manera reciente. Por otra parte el Hospital Sótero del Río se encuentra en este momento en proceso de creación del protocolo. Estas medidas demuestran la necesidad de un plan estructurado que nos muestra la literatura internacional, Chile sufre problemáticas similares que los países desarrollados, por tanto la experiencia de otros países que han implementado como una buena posibilidad de manejar estas problemáticas.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Modelo de Atención de Urgencia Hospitalaria Adultos

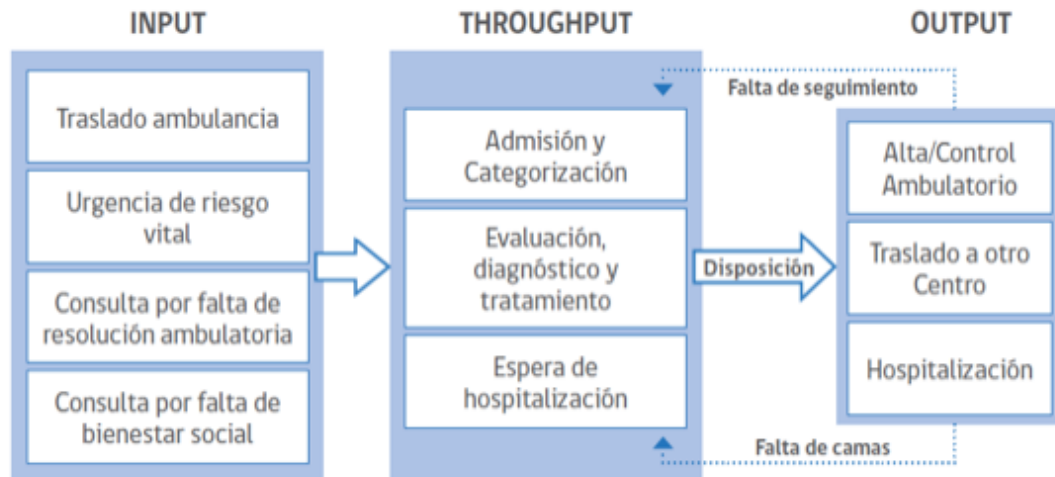
El modelo de atención de urgencia hospitalaria adultos describe las etapas (o subprocesos) que incluye la atención de un paciente en una UEH, los roles de los profesionales involucrados, y los principios en que se basa la atención. En primer lugar, se describen los procesos que ocurren previo al ingreso del paciente a una unidad de emergencia hospitalaria (UEH). Luego, se detallan los subprocesos que ocurren durante la atención de urgencia en el hospital y finalmente, las etapas posteriores a la atención de urgencia, dependiendo de la decisión clínica y estado del paciente (23,27-8)

Se definen como componentes de la red de urgencia a los establecimientos de atención y servicios constitutivos donde se brinda directamente la atención de salud, es decir, los establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU, SAR, SUR), Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), unidades de hospitalización de pacientes Críticos (UPC) y Atención Pre-hospitalaria (SAMU) (23).

Este consiste en un modelo conceptual que se basa en el creado por Brent Asplin el cual creado para que investigadores, creadores de políticas y administradores pudiesen identificar las causas de la sobresaturación en las unidades de emergencia y sus posibles soluciones (4).

El modelo tiene la mirada en la sobresaturación que contiene tres componentes interdependientes que son entrada (input), atención de urgencia (throughput) y salida (output) (ver FIGURA 1). Aunque el problema de la sobresaturación puede ser multifactorial y provenir de distintos puntos, este sistema promueve ver el problema desde la mirada de las unidades de emergencia, y de esta manera facilitar la comprensión sistemática del problema (23, 27-8).

FIGURA 1. MODELO DE ATENCIÓN DE URGENCIA



Fuente: Diseño inspirado en modelo de asplin extraído de "Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria, 2018. Ministerio de Salud"

Componentes de la entrada (input)

La entrada como componente del modelo conceptual incluye cualquier evento, condición o sistema que contribuya a la sobrecongestión (4). Existen dos formas en que un paciente accede a una UEH; en forma espontánea (sin mediar intervención del sistema) o derivado desde otro dispositivo de la red de urgencia (nivel pre hospitalario, primario o secundario), en el caso del Hospital Dr. Gustavo Fricke recibe este puede ser por usuarios derivados de centros de atención primaria correspondientes a Viña del Mar y Concón, de SAPUs, como son Nueva Aurora, Forestal, Gómez Carreño, Miraflores y SAR Concón y al ser el hospital base del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, también recibe derivaciones del resto de los recintos terciarios de la red como son: Hospital Quilpué, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Hospital San Agustín de La Ligua, Hospital de Petorca, Hospital Santo Tomás de Limache,

Hospital San Martín de Quillota, Hospital Mario Sánchez de la Calera y Hospital Dr. Víctor Moll de Cabildo. Así también usuarios con patología de cirugía vascular son derivados de la red Aconcagua.

Se dice que un paciente accede en forma espontánea, cuando llega por sus propios medios, sin intervención del resto del sistema de salud. En estos casos, la UEH funciona como puerta de entrada a la red de salud. Cuando un paciente es derivado de otro componente del sistema de salud, la UEH funciona como un dispositivo receptor de una derivación (7).

Para comprender mejor la entrada se debe considerar que existen categorías de atención entregadas en las unidades de emergencia; cuidados de emergencia, atención urgente no programada y atención de red de seguridad que tiene relación con la atención de personas más desvalida y que no tiene la posibilidad de resolver sus problemas de salud en el sistema privado (7).

Componentes de la atención de urgencia (throughput)

El proceso de atención de urgencia incluye las siguientes etapas: Admisión, Categorización, Evaluación Clínica y Gestión de Indicaciones Médicas.

Admisión: Actualmente los pacientes que consultan a una UEH, salvo que requieran asistencia inmediata, ingresan a registrarse en admisión para posteriormente ser llamados por el selector de demanda a ser categorizados. Esta es hoy día la primera actividad del proceso de urgencia y es realizada por un administrativo.

Categorización: Corresponde a la “priorización de los pacientes de manera de identificar aquellos que no pueden esperar a ser vistos”(7). Esta priorización de la

atención permite gestionar la demanda, identificando cuánto tiempo pueden esperar los pacientes su atención médica. No corresponde a una estratificación de gravedad y mucho menos a una limitación de la atención. Bajo ningún punto de vista identifica pacientes que podrían ser derivados a otros puntos de la red como la atención primaria, dado que la categorización no corresponde a una atención médica (29). Dada la importancia de la Categorización, esta debe ser otorgada por un profesional clínico de Enfermería con capacitación certificada en un instrumento estandarizado a nivel país. La herramienta estandarizada seleccionada como instrumento único de categorización a nivel país es el sistema denominado ESI (Emergency Severity Index) el cual es utilizado en la Unidad de Emergencia Adultos e infantil del hospital desde el año 2016, el ESI conserva las bases tradicionales al evaluar primero la urgencia del paciente y, luego, buscar maximizar el flujo de pacientes: llevar al paciente correcto a los recursos correctos en el lugar correcto y en el momento correcto, durante el año de implementación el Hospital fue uno de los recintos pilotos, siendo la Unidad de Emergencia Adultos, por sus buenos resultados, elegido como referente ESI a nivel nacional, ayudando a formar enfermeros de recintos a nivel país.

Evaluación clínica: Es la etapa central de la atención de urgencia y es realizada por el médico de urgencia. Como elementos centrales, este subproceso conlleva el cumplimiento de las siguientes definiciones:

1. El Proceso Atención de Urgencia se confirma como “Modelo de Atención Ambulatoria”, en que al término de este proceso el paciente pudiera requerir hospitalización, debiéndose otorgar de parte de la institución, los cuidados correspondientes con los estándares de hospitalización (7).
2. Duración del proceso de atención de urgencia: El proceso de Atención de urgencia contempla el tiempo entre la evaluación clínica, apoyo diagnóstico

y decisión de disposición de paciente. Considerando la evidencia internacional, este proceso debe completarse en Tiempo menor o igual a 6 horas (30), después de lo cual se debiera definir el destino del paciente. La observación de la evolución de un paciente corresponde a un proceso de hospitalización. Bajo esta definición, la urgencia no corresponde a un lugar de observación por lo que en su texto Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto el MINSAL estipula que se debe eliminar el subproceso de “Observación” de la urgencia ya que toda la atención del paciente corresponde a subprocesos de atención, evaluación y gestión de indicaciones. Si un paciente requiere una hospitalización breve y alta precoz, de igual manera debe tener acceso al proceso de hospitalización (7).

3. Los pacientes que durante su proceso de atención de urgencia requieran evaluación por un interconsultor, siguen estando a cargo del médico tratante de la urgencia. Solo finalizado el proceso de urgencia y estando en proceso de hospitalización el médico de urgencia finaliza su tratancia. Es rol del equipo de gestión del cuidado, realizar las acciones que permitan que estas interconsultas se lleven a cabo.
4. En el caso que la Interconsulta implique la salida del paciente del establecimiento por la derivación de red GES o no GES, corresponderá a un alta del proceso de urgencia.
5. El subproceso de recaudación de la atención, exámenes y procedimientos se debe realizar en el subproceso de alta del paciente, al finalizar su atención.

6. En la actualidad, existen camas o camillas en los servicios de urgencia ocupadas con pacientes de diversa complejidad y en número variable, que se encuentran en proceso de espera de hospitalización definitiva. En el caso de la UEA del Hospital Dr. Gustavo Fricke diariamente se registran un promedio de 46 Hospitalizados (5). Estos pacientes que esperan por una cama hospitalaria permanecen en el servicio de urgencia en diversos espacios físicos disponibles, ya sea camillas, poltronas o sillas. Desde la mirada de procesos, la atención clínica de estos pacientes, no asegura el cumplimiento de estándar de atención de acuerdo a nivel de cuidado y afecta seriamente la dignidad del paciente, aumentando el riesgo de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención clínica.

7. Las unidades de apoyo como laboratorio y radiología son responsable de un porcentaje importante de los tiempos de atención de pacientes en las UEH. No existe hoy evidencia de una priorización de respuesta a las solicitudes del servicio de urgencia (7).

Este componente tiene relación a aquellos puntos en que el paciente se mantiene mayor tiempo del esperado en la unidad contribuyendo con esto a la sobresaturación, en esta etapa es necesario observar los procesos internos de la unidad y modificarlos con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de estos. Y aparece un nuevo actor, que es la espera de hospitalización todo esto en relación a la incapacidad de egresar de las unidades de emergencia (7).

Componentes de la salida o atención post urgencia (output)

La etapa post atención de urgencia se inicia una vez que el médico tratante ha decidido hospitalizar al paciente (en cualquiera de las modalidades) o bien dar alta a domicilio. Los principios básicos de la atención del paciente en esta etapa son:

- **Flujo unidireccional:** El paciente que egresa de la UEH y es admitido en algún servicio clínico o ingresado a pabellón, no debe volver a la UEH, aspecto que se cumple en la Unidad de Emergencia Adulto, sólo en casos excepcionales pacientes post intervención en Hemodinamia retornan a la Unidad, por el menor tiempo posible.
- **Accesibilidad:** El Hospital debe garantizar adecuadamente los cuidados y necesidades de acuerdo al perfil clínico de cada paciente. Específicamente, se deben dar acceso a cuidados críticos, medios, básicos, domiciliarios u otro dentro de la red, desde el momento en que estos son indicados. Esto es algo en que la Unidad de Emergencia Adultos cuesta garantizar, ya que el acceso a los niveles de cuidados deben darse en la Unidad de Emergencia con el mismo personal y en instalaciones no habilitadas con estos fines, hasta el momento en que se encuentre disponible en las unidades correspondientes, situación que muchas veces no ocurre. En el caso de los cuidados domiciliarios existe la política de evaluación por parte de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), por lo que la aceptación no es desde el momento que el médico lo indica, sino que el equipo de UHD da el pase para acceder a esta modalidad, lo que demora un tiempo variable, dependiendo de la disponibilidad del equipo, pudiendo pasar horas incluso un día completo.
- **Responsabilidad:** La responsabilidad en el éxito del proceso terapéutico de todo paciente con indicación de hospitalización emanada desde UEH recae en el

Subdirector Médico o Jefes de servicios, de acuerdo a los requerimientos de salidas del paciente y no solamente en la UEH.

Alternativas para el paciente con indicación de hospitalización desde UEH

A. Ingreso a Hospitalización: en esta etapa se definen 5 salidas desde UEH, las que pueden ser tradicionales como son el ingreso a camas de UPC, camas de cuidados Medios, camas de cuidados básicos o pabellón y las NO tradicionales, como el ingreso a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Se denomina Criterios de Priorización de flujo en la Asignación de Camas a las gestiones realizadas para dar respuesta a los requerimientos de camas de los pacientes con indicación de hospitalización de UEH. En el caso de no contar con la oferta de camas al interior del establecimiento, surgen otros tipos de salida que considera el resto de la red pública de salud y la compra de servicios de salud al sistema privado, a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas.

La disposición ineficiente en las unidades de emergencia contribuye a la sobrecarga de los pacientes dados de alta como admitidos generando sobrecongestión, la causa más común de esta situación es la incapacidad de las unidades de trasladar a los usuarios hospitalizados a camas de hospitalización, ocupando espacios de atención de usuarios ambulatorios, que es lo que ocurre en la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Dr. Gustavo Fricke (7).

B. Domicilio: Se definen 2 tipos de salida a domicilio con seguimiento ambulatorio como CDT, CRS, CAE y APS y sin seguimiento:

- Atención secundaria (Centro de Diagnóstico Terapéutico, Centro de Atención de Especialidades y Centro Referencia de Salud): corresponde a todo egreso de UEH con indicación de continuidad de controles con especialidad por problema de salud consultado.

- Atención Primaria de Salud (SAPU y CESFAM): corresponde a todo egreso de UEH con indicación de continuidad de controles en APS.

Alta a domicilio: corresponde a todo egreso de UEH como alta a domicilio sin requerimientos de continuidad de controles por problema de salud consultado.

C. Fallecimiento

2.2.2 Gestión en el proceso de atención de urgencias

El proceso de atención de urgencias se define como la organización de actividades administrativas, clínicas y operacionales que ofrecen asistencia multidisciplinaria continua y permanente, los 365 días del año, las 24 horas del día. (30).

Dicho proceso se lleva a cabo, en un área (estructura) específica, vinculada al hospital al que pertenece, cumpliendo con requisitos funcionales, estructurales, logísticos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para resolver las urgencias y emergencias (7).

El modelo anteriormente expuesto, que se basa en el modelo de Asplin (4), y que se utiliza actualmente para comprender el funcionamiento de las Urgencias Hospitalarias en general y que se ajusta a cómo funciona la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Dr. Gustavo Fricke lo que permite el mejor entendimiento de esta unidad y conocer a que nivel se generan los nodos críticos a modo de solucionarlos, hace eco de la gestión por procesos, este se define como “un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”. Los

procesos tienen límites bien definidos; hay que conocer dónde empieza y dónde acaba en función del tiempo (31).

Los procesos que se desarrollan en ambientes sanitarios, tienen como característica diseñar normas de actuación que contengan sólo las actividades necesarias, bajo el paraguas de la evidencia, y que el desempeño de estas actividades se realice de forma coordinada e integrada y que por tanto sean efectivas. La gestión por procesos plantea una visión de cambio hacia una organización de alto rendimiento que gestione el conocimiento y con más vocación de servicio (31).

Para que los procesos se lleven a cabo de la manera que se describe es que emerge la necesidad de crear un sistema que logre que esas actividades que se realizan muchas veces de manera aislada, se hagan de manera integrada como se propone, abandonar por completo una gestión vertical hospitalaria clásica, estructura organizativa basada en una visión compartimental, especializada, orientada a los servicios, que no tiene una visión integral de la asistencia hospitalaria y que puede generar demoras, duplicidades e incremento de costes (32).

Debido a la gran cantidad de procesos y diversidad de estos, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar los recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada con recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de manera significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial (31). Es desde esta premisa en que se basa esta visión como la perspectiva de mejorar los procesos asistenciales, específicamente en la Unidad de Emergencia Adultos, donde comúnmente las gestiones se ejecutan en base a voluntades o dependiendo de la proactividad de ciertos funcionarios o equipos, y al no disponer de manera permanente de un agente que mantenga la visión global de la unidad, puede

quedar expuesta a incurrir en errores o duplicación de gestiones, generando pérdida de dinero, tiempo incluso retraso de las acciones en desmedro de los usuarios.

2.2.3 Gestión de calidad y la eficiencia en el subproceso de egreso de la atención de urgencia.

El concepto de calidad es un concepto amplio que responde a múltiples interpretaciones, la OMS la define como “una atención de alta calidad es la que identifica las necesidades educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual de conocimiento lo permite”

La calidad en salud es medible y por tanto evaluable, desde esta perspectiva en todo análisis que involucre actividades de calidad asistencial es importante considerar que existen distintos atributos o dimensiones de ella que en su conjunto nos darán un enfoque sistémico (32-3)

Eficiencia es la máxima prestación de cuidados por recurso utilizado y la premisa máxima al momento en que se egresa al usuario del proceso de urgencias es que esta dimensión se cumpla a cabalidad.

Pero al momento de analizar este subproceso podemos observar que mantener un flujo eficiente, que permita la continuidad de la atención abierta o cerrada en las dependencias del hospital o la red, se ve cumplido deficitariamente, generando por consecuencia, sobresaturación a nivel global. Esto se da específicamente en los usuarios que requieren hospitalización en cualquiera de sus modalidades y con sus distintos niveles de complejidad y su imposibilidad de acceder a ellas.

Algunas de estas barreras no son solucionables a corto plazo, como por ejemplo la cantidad de camas disponibles en el hospital para traslados de usuarios, ya que existe un aumento de la población asignada al Hospital, por lo cual la solución es más bien de tipo estructural, pero existen recursos disponibles, como cupos en hospitalización domiciliaria o cupos en la red de hospitales que comprometen el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, que tardan en ocuparse, ya sea por gestión tardía, falta de comunicación entre estamentos, generando desaprovechamiento de recurso existente.

Por lo anteriormente expuesto es que realizar una mejora en esta dimensión se hace imperiosa, y repercute directamente en la mejora de las demás dimensiones, en pro de las personas y su familia.

2.2.4 Ley de derechos y deberes.

En la actualidad, y en concordancia con la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, la expectativa de los pacientes y familias no es sólo que su dolencia tenga un diagnóstico y terapia adecuados, sino que además la atención sea oportuna y de calidad en el trato. Estos últimos dos elementos son muy relevantes en las Unidades de Emergencia Hospitalarias, donde con frecuencia hay situaciones de espera y tensión emocional de pacientes vulnerables.

Ley 20.584 de derechos y deberes establece en su artículo 4 que “toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las practicas comúnmente aceptadas”(34). A partir de esta premisa, la sobrecongestión de usuarios en las unidades de emergencia

genera hospitalizaciones en lugares no adecuados, como pasillos y sillones, muchas veces con el mismo personal, lo que genera riesgos de seguridad, como por ejemplo de caídas al tener usuarios con alto riesgo de caídas según la escala de Braden, en camillas sin barandas o sentados en sillones, sin la vigilancia adecuada, ya que las camillas disponibles con esas medidas de seguridad, se encuentran ya en uso con usuarios que egresaron del proceso de urgencias y se mantienen hospitalizados en la unidad.

Por otra parte la Unidad de Emergencia Adultos el mes de septiembre del año pasado fue la Unidad con mayor tasa de eventos adversos, a favor de esto esta decir que los funcionarios notifican cada uno de los eventos sucedidos, pero evidentemente existe una gran sobrecarga de trabajo debido a la sobresaturación y unidades de trabajo poco cómodas para la realización de procedimientos debido a esta misma causa. Cabe decir que una mínima parte de esta causó daño directo al usuario.

Por otra parte el artículo 5, señala que el paciente “en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre. Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud (34). En la precariedad en que algunos pacientes cursan su hospitalización se merma el trato digno, ya que en pasillos las camillas no alcanzan un metro de separación una de la otra, existe cantidad escasa de biombos que promuevan la privacidad en espacios tan reducidos, por lo que la voluntad del equipo de salud muchas veces no es suficiente, la sobrecarga laboral que trae consigo la sobresaturación trae consecuencias emocionales que pueden desencadenar un trato menos afable con el usuario y su familia.

2.2.5 La gestora de procesos de urgencias y la teoría burocrática.

La práctica de enfermería es dinámica, siempre cambiando y emergiendo con nuevas posibilidades a medida que las personas se relacionan entre sí. La práctica de enfermería contemporánea, sin embargo, continúa ocurriendo en organizaciones que generalmente son de naturaleza burocrática o sistemática. Aunque ha habido mucha discusión sobre el "fin de la burocracia" para hacer frente mejor a la innovación y la vida laboral del siglo XXI dentro de sistemas complejos (37). Ray y su teoría de la atención burocrática compara el cambio de las organizaciones complejas con este proceso creativo y reta a las enfermeras a que den un paso atrás y renueven sus percepciones de los episodios diarios, para descubrir los significados anquilosados. Esto es particularmente importante durante el cambio organizativo.

Hay cinco componentes que rigen los nuevos cambios organizativos en salud los cuales incluyen liderazgo transformacional; empoderamiento estructural; práctica profesional de enfermería ejemplar; nuevo conocimiento, innovación y mejoras; y resultados empíricos de calidad. La teoría del cuidado burocrático puede integrarse en cada uno de estos componentes (38).

El liderazgo transformacional refleja el liderazgo de enfermería que es transformador y visionario. La jefa de enfermeras ejecutivas (CNE) utiliza la teoría del cuidado burocrático como marco teórico al crear el plan estratégico de enfermería y lograr el objetivo de equilibrar el cuidado y la economía en la toma de decisiones clínicas y administrativas. La dimensión económica de la teoría del cuidado burocrático y los principios de la complejidad del cuidado relacional (38), esto se relaciona directamente con la enfermera como estratega y la visualización del modelo de la gestora de procesos, la que es capaz de integrar la gestión de los recursos materiales con la del cuidar, avalando la figura de la enfermera como

líder positivo dentro del equipo, integrando la mirada holística que caracteriza a la profesión pudiendo integrar estos nuevos cambios en los sistemas de salud por el bien de los usuarios y en pos de la calidad.

2.2.6 Escala de NEDOCS como herramienta para medir congestión en urgencias

Se han diseñado varias escalas para medir la congestión en urgencias a partir del diseño de métodos de cuantificación de los factores que se han relacionado con dicho problema, entre las que se han propuesto: Real-time Emergency Analysis of Demand Indicators (READI), Emergency Department Work Index (EDWIN), National Emergency Department Overcrowding Study Scale (NEDOCS), y la Emergency Department Crowding Scale (EDCS) (24).

El National Emergency Department Overcrowding Study score (NEDOCS) es un instrumento de 5 preguntas que fue desarrollado en 8 servicios de urgencias de instituciones académicas y luego validado contra la medición del sobrecupo desde el punto de vista de la carga asistencial del personal médico y de enfermería^{1,2}. Los 5 ítems que determina ésta escala son: 1. Número de pacientes registrados en urgencias dividido por el número de camas en el servicio; 2. Número de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias dividido por el número de camas destinadas para ello en la institución; 3. Número de pacientes en urgencias usando ventilación mecánica; 4. El mayor tiempo de espera para los pacientes de urgencias (en horas) y 5. Tiempo en la sala de espera del último paciente acostado en cama en el servicio de emergencias. Los nomogramas son usados para asignar puntos para las respuestas a estas preguntas. El número total de puntos es luego sumado y extrapolado a otro nomograma para obtener el puntaje final, el cual está dentro de una escala de 0 a 200. Estos resultados han estado acordes con las respuestas a las preguntas que se han realizado sobre carga asistencial a médicos y enfermeras (1).

Esta escala, aunque tiene una sensibilidad y especificidad cercana a las otras diseñadas con el mismo fin, tiene datos que son más accesibles para hacer una medida de congestión fácil y rápida en urgencias en cualquier momento del día (24).

Como se habló previamente existen estudios que muestran que el personal de salud subestima el nivel de sobresaturación de su unidad, actualmente en la Unidad de Emergencia Adultos se obtienen datos aislados para poder obtener una idea sobre el estado de situación en que se encuentra la Unidad en las mañanas, lo cual no entrega un resultado cuantificado del nivel de sobrecongestión.

CAPITULO 3: ANALISIS ESTRATÉGICO

3.1 Contextualización

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es un hospital de alta complejidad situado en la ciudad de Viña del Mar, Chile y es integrante del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. Es el establecimiento de referencia para patología compleja de este Servicio. Es el Hospital cabeza de una Red de salud que cuenta con Hospitales de alta, mediana y baja, Consultorios de Atención primaria, Consultorios de salud mental, Consultorios de salud familiar, etc. Recibe pacientes de atención primaria de las ciudades de Viña del Mar y Concón (39).

El Hospital cuenta con 443 camas de dotación en servicios Médicos, Quirúrgicos, Ginecológicos, Pediátricos, destinados a la atención de salud de población general del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota. Los servicios prestados en Atención cerrada (hospitalizados) y en Atención abierta en el Consultorio de

especialidades benefician a una población estimada en 878.264 personas. Cuenta además con un Servicios de Urgencia Médica de adultos, Urgencia infantil y Urgencia ginecológica. La población beneficiada se encuentra distribuida en un territorio que abarca desde cordillera (Provincia de Petorca) a mar (Litoral central desde Los Molles a Viña del Mar) (39).

Es Centro de referencia para cirugía cardiovascular compleja como Trasplantes cardiacos de los Servicios de Salud Antofagasta, Coquimbo y Aconcagua; y patología hematooncológica (leucemias agudas y linfomas) del Servicio de Salud San Felipe - Los Andes. Además, es centro de referencia para Prematuros extremos, Fisurados y Oncología infantil. El Servicio de Traumatología es centro de referencia para pacientes del Servicio de Salud.

3.1.1 Misión

Somos un establecimiento público asistencial, docente, autogestionado, acreditado y de alta complejidad, de referencia nacional y regional, que participa plenamente de la red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, con el compromiso de entregar una atención de salud amable, con estándares de calidad, seguridad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en la satisfacción del usuario (39).

3.1.2 Visión

Queremos ser el hospital público más complejo del país, con atención de calidad, centrado en los pacientes y sus familias (39).

3.1.3 Valores.

Vocación de servicio: En cada una de nuestras acciones privilegiamos el desarrollo y el crecimiento de la salud pública, estando siempre atentos y comprometidos con la calidad de atención y servicio que se les entrega a los usuarios del hospital (39).

Compromiso: Queremos dar lo mejor de nosotros en pos de la mejora de las condiciones de salud de la personas, buscando impactar de manera positiva en su calidad de vida, la de sus familias y su entorno (39).

Probidad: Buscamos el interés general del establecimiento siempre por sobre los individuales y particulares, demostrando así que nuestro trabajo se basa en la rectitud de nuestros actos administrativos y clínicos (39).

Trabajo en equipo: Nuestro esfuerzo colectivo por la salud de las personas, refleja el esfuerzo que realizamos por articular la suma de esfuerzos, acciones, visiones, e ideas de cada uno de los funcionarios (39).

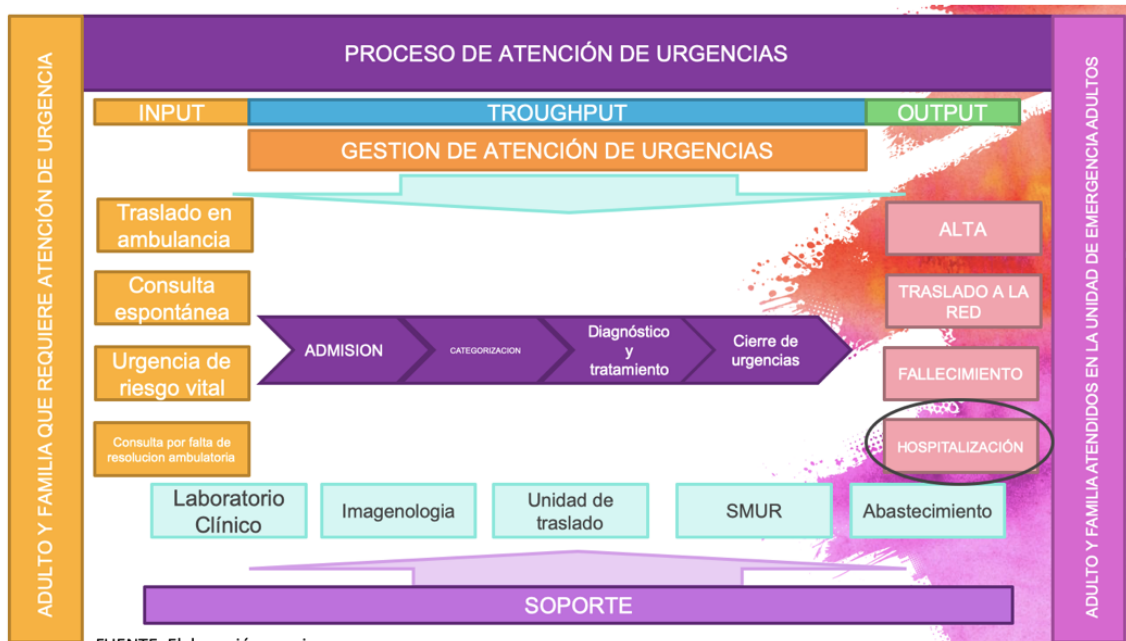
Responsabilidad: Las decisiones y acciones de cada uno de los miembros del equipo de salud del hospital están enmarcadas en la protección de la población, el uso eficiente y equitativo de los recursos públicos y la equidad en la oportunidad del acceso a la atención en salud de las personas (39).

Liderazgo: Cada uno de los funcionarios del hospital debe reconocerse a sí mismo como protagonista en la realización de los logros del establecimiento, así como integrante de equipo humano que es parte activa de la red de salud (39).

Calidad: Queremos que la atención en salud que reciban las personas sea de excelencia, tanto técnica como humanamente, propendiendo al fortalecimiento de una cultura de calidad al interior (39).

3.2 Mapa Global

FIGURA 2. MAPA GLOBLA PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS



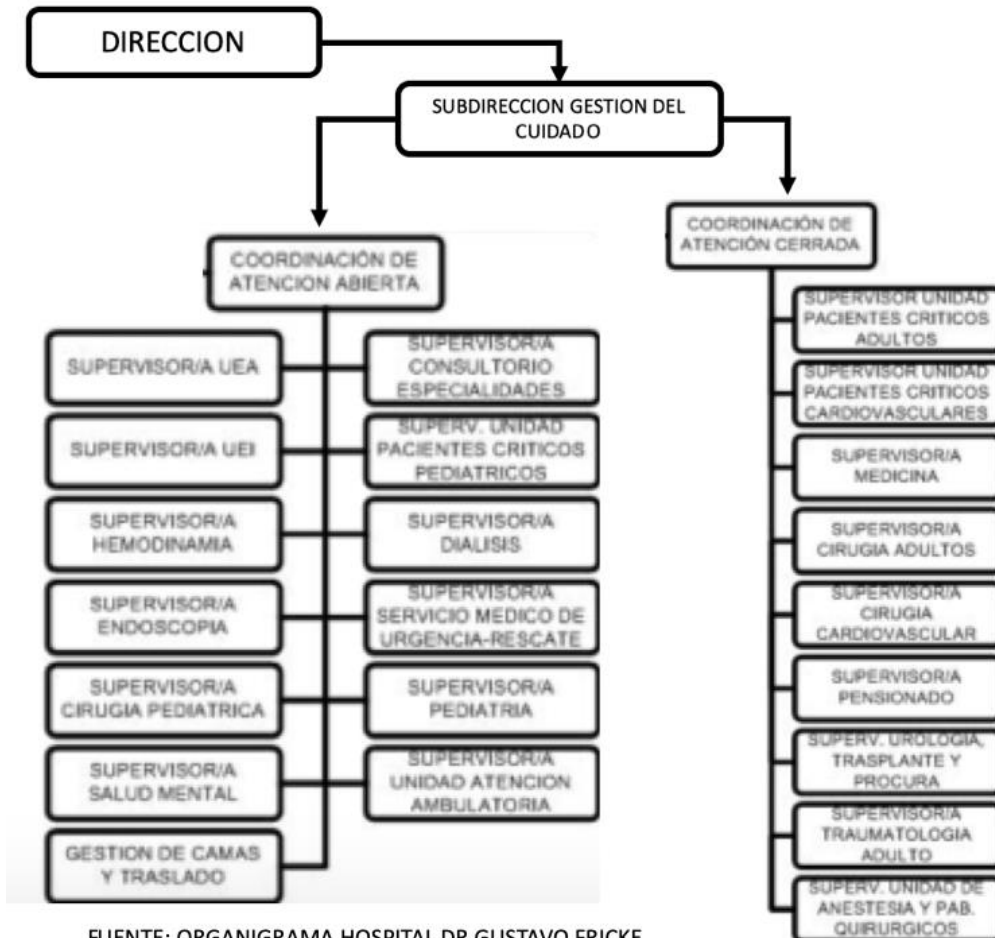
FUENTE: Elaboración propia

El proyecto se instalará en el proceso de atención de urgencias que se describe en la figura 2., específicamente en el subproceso de egreso, de los pacientes que se hospitalizan en la Unidad de Emergencia y permanecen en este congestionando el resto del proceso teniendo que redistribuir personal para cubrir las necesidades de éstos.

3.3 Estructura organizacional

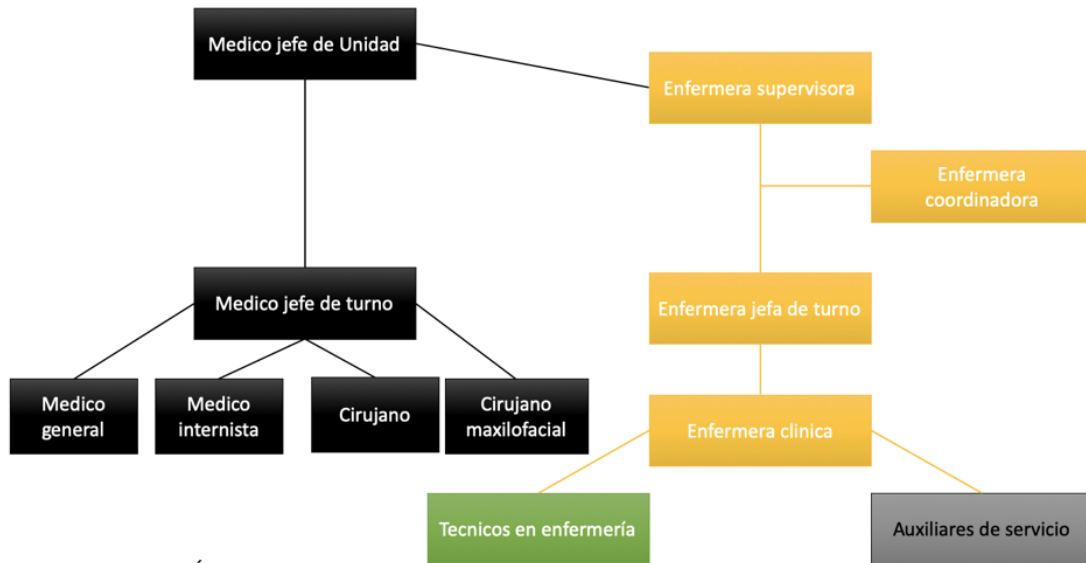
En la figura 3 se muestra el organigrama de la subdirección de gestión donde se instalará el proyecto específicamente en la atención abierta donde pertenece la Unidad de Emergencia adultos.

FIGURA 3. ORGANIGRAMA SUBDIRECCION DE GESTIÓN DEL CUIDADO



En la figura 4 se muestra el organigrama de la unidad específica de la unidad con sus integrantes, los cuales participarán de manera directa en el proyecto.

FIGURA 4: ORGANIGRAMA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS



Las funciones asistenciales de la UEA son llevadas a cabo por funcionarios que se organizan en sistemas de turno. Dichos equipos están constituidos por médicos, odontólogos, enfermera/o, técnico paramédico, auxiliar de servicio y administrativo.

La unidad cuenta con 1 enfermera supervisora y 2 enfermeras coordinadoras, en sistema diurno, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 y viernes de 8:00 a 16:00 hrs. En el caso de los enfermeros/as clínicos/as la unidad cuenta con 27 personas, de los cuales 24 trabajan en sistema cuarto turno, de lunes a viernes 8:00 a 20:00 horas día, y 20:00 a 8:00 horas noche, sábado, domingo y festivos 9:00 a 20:00 día, y 20:00 a 9:00 horas noche, y 3 profesionales de enfermería en sistema tercer turno, teniendo dos días, dos noches y dos libres.

El personal técnico paramédico, también trabaja en sistema de cuarto turno, siendo 16 funcionarios en cada turno, más 1 TENS, que trabaja en horario diurno. Los auxiliares de servicio trabajan en sistema de tercer turno, 3 personas día y 2 noches, adicionando 3 auxiliar diurno y 1 auxiliar de bodega.

3.4 Diagnóstico de situación

3.4.1 Lluvia de ideas

Para identificar los problemas de calidad existentes de la Unidad de Emergencia Adultos se realizó una tormenta de ideas, donde se solicitó a un grupo de 6 enfermeros clínicos que escribiera a lo menos 3 problemas que pudiese visualizar en la unidad, cabe desatacar que eran enfermeros con diversa experiencia en el servicio 15 años hasta 6 meses, con distintos rangos etarios, entre 25 y 48 años. Posteriormente esta información fue vaciada a la tabla agrupando problemas similares.

- 1 Falta de protocolo de traslado de paciente crítico desde UEA a unidades críticos o de apoyo dentro del recinto.
- 2 Falta de identificación por medio de brazalete de pacientes ambulatorios.
- 3 Déficit en el egreso de usuarios hospitalizados en la unidad de Emergencia adultos
- 4 Falta de información a usuarios hospitalizados y familiares.
- 5 Escasa de adherencia en la ejecución del protocolo de LPP por parte de técnicos paramédicos (cambios de posición).
- 6 Falta de medidas de prevención de caídas en pacientes ambulatorios.
- 7 Escaso uso de precauciones estándar por personal de la Unidad De Emergencia Adultos
- 8 Falta de educación al alta de pacientes que egresan de su hospitalización cursada en la Unidad de Emergencia adultos.
- 9 Inexistencia de comunicación entre enfermera de atención Primaria con la enfermera de atención primaria.
- 10 Trato poco amable y diligente por parte del usuario interno al usuario externo que acude a la Unidad de Emergencia adultos.

3.4.2 Matriz FODA Unidad de Emergencia Adultos

Posteriormente se presenta el análisis FODAS realizado en base a la tormenta de ideas expuesta previamente, los cuales se enuncian a continuación, cabe destacar que se fortaleció la información mediante a una entrevista sostenida con la Enfermera Supervisora de la Unidad Marjorie Marchant y se solicitó en una nueva reunión de enfermeros, donde participaron 15 que realizaran su propio FODAS de enfermeros de diferentes edades y experiencia en la unidad, incluyendo no sólo enfermeros asistenciales, sino que enfermeras jefas de turno, coordinadora y supervisora, en la tabla 1, se muestran los resultados.

Tabla 1.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Cuenta con sistema informatizado de atención ambulatoria.• Cuenta con equipo de enfermería con roles bien definidos y con adaptabilidad a los cambios• Médicos y enfermeros con capacitación continua.• Trabajo en equipo• Comunicación• Continuidad de la atención• Conciencia del problema• WhatsApp de contingencia• Informatización de usuarios hospitalizados (mapa de piso).	<ul style="list-style-type: none">• Creación de nuevo hospital.• Evidencia mediante informe DIGGERA de los problemas y sus posibles soluciones.• Visita de referentes de emergencia a nivel nacional que logra visualizar las problemáticas de la Unidad.• Posibilidad de entregar pacientes de colega a colega• Coordinación diurna• Jefatura de turno de enfermería• Compra de camas en extra sistema• Sala pre alta

DEBILIDADES

- Falta de anticipación ante sobredemanda
- Falta e identificación del paciente ambulatorio
- Entorpecimiento de la salida de pacientes hospitalizados desde UEA.
- Falta de prevención de caídas en pacientes ambulatorizados.
- Falta de comunicación entre enfermera de APS y UEA
- Trato poco amable del usuario interno al usuario externo.
- Dificultades en la atención por la sobredemanda.
- Falta de estructura física y equipamiento
- Falta de comunicación con estamento médico
- Frustración por las condiciones en que se atienden los usuarios
- Normalización de hospitalización en UEA
- Médicos con poca experiencia clínica y criterios para hospitalizar
- No hay revisión diaria de los pacientes trasladables a la red

AMENAZAS

- Gran cantidad de población asignada.
- Infraestructura insuficiente para albergar la alta demanda de usuarios.
- Camillas sin barandas en sector ambulatorio.
- Aumento de la demanda
- Poca disponibilidad de servicios clínicos
- Familia de pacientes que no quiere que se trasladen a otros hospitales
- Falta de camas
- Falta de ambulancias
- Bajos cupos de hospitalización domiciliaria
- Pocos traslados desde servicios clínicos a la red
- Burocracia para el traslado de pacientes a camas disponibles de la red
- Familia reclama por traslados a la red
- No contar con hospital de salud mental
- Estadía prolongada de casos sociales

<ul style="list-style-type: none">• Mantenemos pacientes de la red que podrían retornar a sus hospitales• Poca información a familiares para realizar el traslado	
--	--

Posteriormente en se redactaron los problemas identificados se aplicó técnica nominal y matriz decisional.

3.4.3 Técnica de Grupo Nominal

Con este listado final de oportunidades de mejora, cada integrante del grupo votó en forma individual por cada uno de los problemas de calidad, de acuerdo a importancia que le asignó de forma individual a cada uno de ellos.

La escala a utilizar es de 1 a 5 puntos, distribuidos de menor a mayor importancia:

1 = nada importante
3 = regularmente importante
5 = muy importante

Nº	Identificación de Problemas de calidad del Equipo de Trabajo	Puntaje
1	Falta de protocolo de traslado de paciente crítico desde UEA a unidades críticos o de apoyo dentro del recinto.	5+5+3+5+5+5= 28
2	Falta de identificación por medio de brazalete de pacientes ambulatorios.	1+3+3+3+1+1=15
3	Déficit en el egreso de usuarios hospitalizados en la unidad de Emergencia adultos	5+5+5+3+5+5= 28
4	Falta de información a usuarios hospitalizados y familiares.	3+5+5+3+5+5= 20
5	Escasa de adherencia en la ejecución del protocolo de LPP por parte de técnicos paramédicos (cambios de posición).	1+5+1+5+5+3=20
6	Falta de medidas de prevención de caídas en pacientes ambulatorios.	3+5+3+5+5+5=22
7	Escaso uso de precauciones estándar por personal de la Unidad De Emergencia Adultos	3+5+3+5+5+5= 26
8	Falta de educación al alta de pacientes que egresan de su hospitalización cursada en la Unidad de Emergencia adultos.	3+3+3+5+3+5= 22
9	Inexistencia de comunicación entre enfermera de atención Primaria con la enfermera de atención primaria.	3+3+3+5+1+5=20
10	Trato poco amable y diligente por parte del usuario interno al usuario externo que acude a la Unidad de Emergencia adultos.	3+3+1+3+3+5=18

	Unidad de Emergencia Adultos.					TOTAL 104
5	Falta de educación al alta de pacientes que egresan de su hospitalización cursada en la Unidad de Emergencia adultos	5+5+5+5+ 5+5 30	5+5+5+5+5+5 30	3+3+3+3+3+3 18	5+3+3+ 5+3+5 24	18+16+1 6+18+16 +18 TOTAL 102

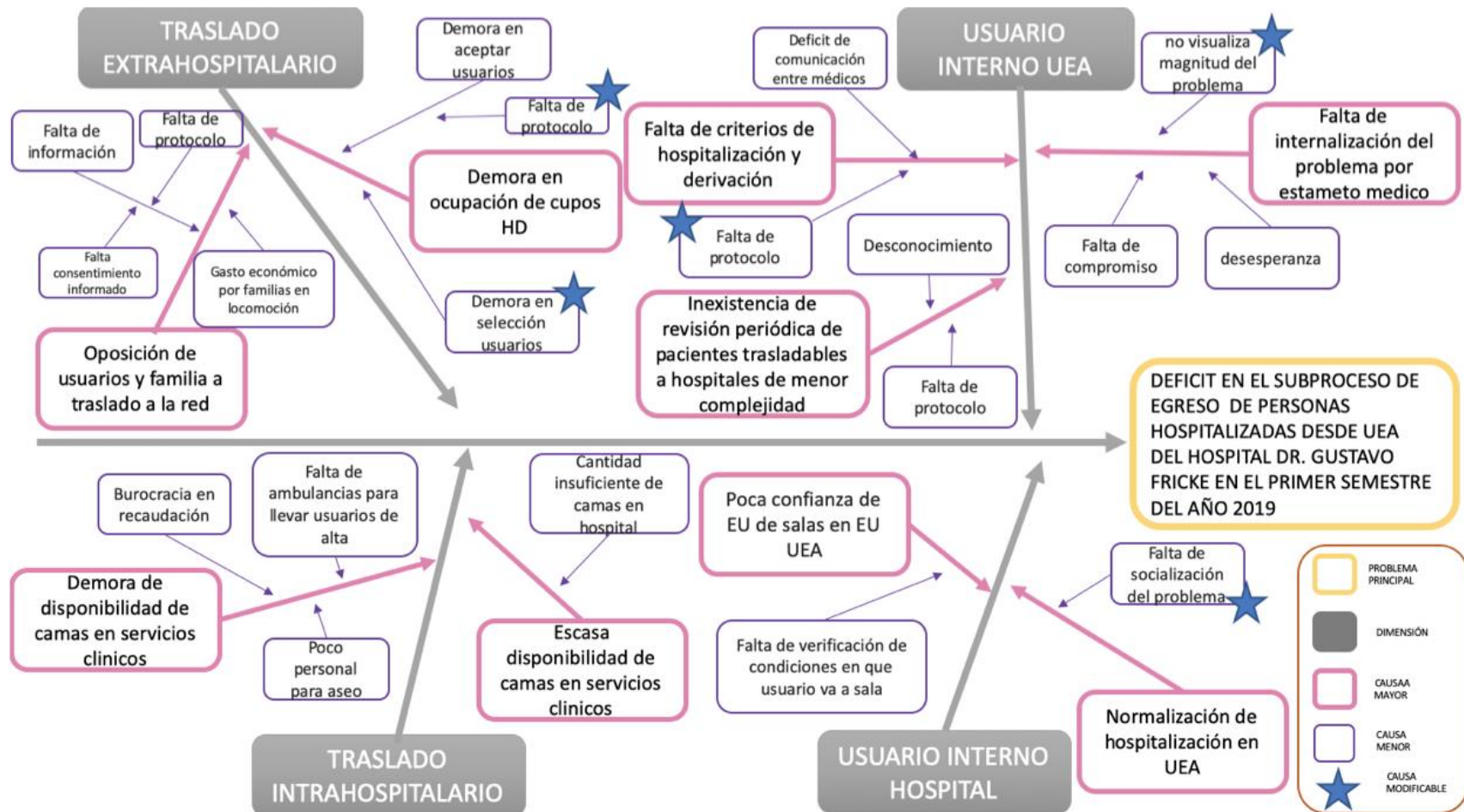
3.4.5 Diagrama causa - efecto

Identificando como problema prioritario el déficit en el subproceso de egreso, posterior a que al haber dos problemas con el mismo valor se solicitó a la supervisora que seleccionara el prioritario, posteriormente se analizaron las causas y con esta información se realizó un diagrama de ichikawa o causa y efecto donde se dividieron las causas del problema principal.

Las causas del problema se dividieron en 4: Usuario Interno UEA, usuario interno hospital, traslado intrahospitalario y traslado extra hospitalario, como se muestra en la figura 5.

El diagrama causa y efecto que se muestra en la figura 5, muestra las causas mayores y menores descritas en la simbología, las causas modificables y que se abordarán en el proyecto figuran marcadas con una estrella de manera que visualmente se puedan ver fácilmente, incluso algunas se repiten en distintas dimensiones, como la falta de protocolo.

FIGURA 5.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

CAPITULO 4: DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

4.1 Título y justificación del proyecto

Título:

Proyecto Alerta: contribuyendo a disminuir la sobresaturación en urgencias.

Alerta proviene del italiano all-erta que significa levantar, la rae lo define como aviso o llamada para ejercer vigilancia, estar atento, estudios evidencian que al no poseer una medición de la sobresaturación y la difusión de éste, el personal de salud tiende a subestimar los niveles de ocupación, y por tanto iniciar el momento de actuar frente a esto (23).

El “proyecto Alerta” emerge desde la necesidad de mejorar el subproceso de egreso de los usuarios hospitalizados.

En relación al subproceso de egreso el proyecto alerta se inicia con una notificación al celular, que es activado por la gestora de procesos posterior a la medición del nivel de saturación mediante la escala de NEDOCS, la socialización de este problema de una notificación al celular que mantenga alerta a los funcionarios y directivos del hospital respecto a la problemática permitirá crear conciencia en la necesidad de agilizar los procesos propios para favorecer el flujo desde la unidad de emergencia.

Una vez obtenido ese valor se se pone en marcha acciones establecidas en un protocolo de actuación ante sobresaturación todo esto al alero de la gestora de procesos.

4.2 Fundamentación del proyecto:

La elaboración e implementación de este proyecto se fundamenta en la mejora y optimización del egreso de los usuarios desde la unidad de emergencia, lo que repercute a nivel de tres perspectivas, tanto a nivel de la persona atendida, atención de salud y disciplina de enfermería.

Respecto a su implementación se identifican ventajas y desventajas al no realizar la implementación de este proyecto.

4.2.1 Persona atendida:

Lograr mejorar el egreso de usuarios hospitalizados y mediante esto disminuir los niveles de sobresaturación mejorarán la calidad de atención percibida mejorando así la satisfacción usuaria, tanto para los usuarios que permanecen en la unidad, como para los que egresarán de está accediendo a mejores condiciones de hospitalización, ya sea dentro del recinto, en camas de la red o en su domicilio. Mediante el plan se quiere que estas decisiones se tomen tempranamente sin exponer a usuarios a traslados durante horas que debiesen ser de sueño.

Anteriormente se menciona que la ley 20.984 de derechos y deberes de los pacientes posee puntos clave que se ven a diario alterados por la falta de egreso de usuarios y por tanto sobresaturación de los espacios de emergencia, como son:

Derecho a un trato digno; el cual hace alusión a que los profesionales de la salud deben tratar de buena manera a los pacientes, respetando su privacidad; la sobresaturación muchas veces impide cautelar porque esta premisa se cumpla, por tanto pasamos a llevar esta ley atendiendo a usuarios en pasillos y poltronas hacinados, sin otra alternativa que realizar intervenciones en lugares inapropiados, develando muchas veces de manera incidental diagnosticos o

situaciones que debiesen ser de conocimiento sólo de profesionales que se encuentren a cargo de la atención y cuidado de esa persona.

Derecho a la calidad; lo cual se entiende como que el paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad y segura, la cual se ve notoriamente en riesgo de alterar, usuarios adultos mayores muchas veces con alto riesgo de caídas según la escala local, deben permanecer en camillas que no son apropiadas para su estadía, como lo son las camillas estáticas que no poseen barandas y las camillas de ambulancia, que poseen barandas con la altura insuficiente para proteger a los usuarios de estas eventos, por otra parte la evidencia nos muestra que la sobresaturación promueve un ambiente favorable para cometer errores, dado lo anterior podemos decir que la intervención ayudará a velar y hacer valer los derechos de la persona atendida, en un ambiente en que se otorgue atención con menor atochamiento.

4.2.2 Atención de salud:

Mejorar los estándares de calidad, disminuyendo al máximo los riesgos de alterar estas dimensiones, es una de las ideas que se espera alcanzar mediante este proyecto, como dice la evidencia la sobresaturación trae consigo aumento de la mortalidad y menos satisfacción usuaria, dimensión en la que se centra la misión del Hospital Dr. Gustavo Fricke, y al cual se centran todos sus esfuerzos, así también se menciona en su visión lo cual, según señala, se obtiene con soluciones innovadoras como esta.

Satisfacción usuaria es una dimensión que va en relación a la percepción de la persona atendida, las UEH se caracterizan por un ambiente de estrés acompañado de que las condiciones estructurales, que como se mencionó anteriormente, fueron adaptadas para las condiciones actuales de demanda, por lo no son las mejores en hotelería ni en cantidad de espacio, por lo que agregar

un factor estresante a esta situación de salud, es sin duda una razón para que las personas no se vean satisfechas con la atención percibida.

4.2.3 Disciplina de Enfermería:

La enfermera es la encargada de la Gestión del Cuidado, es la que de manera inherente es la responsable de otorgar o gestionar una atención y cuidados de calidad velando para que la persona y su familia sea respetado acorde a la ley respetando sus derechos en un momento tan frágil como es el de la enfermedad, la enfermera es la garante de que estas acciones se ejecuten de la mejor manera generando un entorno de cuidado.

Emerge como desafío del mundo moderno el poder integrar la enfermería y los cuidados a la nueva tecnología y tecnicidad del mundo actual, en que la atención de los usuarios se ve envuelto en una serie de flujos y procesos burocráticos, donde la enfermera debe insertarse y ser un agente positivo de gestión para los usuarios y sus familias y poder utilizar estas herramientas a su favor para poder mejorar, en este caso, su proceso de urgencia y post urgencia el cual cursa en la unidad, agilizando los procesos en que está involucrado.

Ray y la teoría burocrática retan a la enfermera a dar un paso atrás analizar la situación y crear innovación. Posiciona a la enfermera como estratega, y que logra equilibrar el cuidado de las personas con la gestión de los recursos lo que se encarna en este proyecto en la gestora de procesos o de flujos, actuando con una mirada holística en el desarrollo de los procesos de urgencias.

4.2.4 Contexto geográfico y demográfico.

La Región de Valparaíso es una de las quince regiones en las que se encuentra dividido el territorio chileno. Está conformada por ocho provincias, 38 comunas y su capital es la ciudad de Valparaíso.

Administrativamente las provincias que conforman la Región de Valparaíso son: Isla de Pascua, Los Andes, Petorca, Quillota, San Antonio, San Felipe, Marga Marga y Valparaíso. De la población regional el 49.2% corresponden a hombres y el 50.8% restante a mujeres. El 90.9% de la población habita zonas urbanas, equivalentes a 1.580.605 habitantes según las proyecciones del INE para el año 2010. Sólo el 9.1% de la población habita en zonas rurales, equivalentes a 173.674 personas según las proyecciones del INE para el año 2010. Las comunas más populosas de la región son Viña del Mar con un 16.8% de la población, Valparaíso con un 15.8% de la población, Quilpué y Villa Alemana con un 9.0% y un 7.2% respectivamente. Todas ellas superan los 100.000 habitantes. La administración de la salud pública en la Región de Valparaíso se compone y articula en tres Servicios de Salud: Servicio de Salud Aconcagua, Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. Un caso especial lo representa la comuna de Isla de Pascua, que desde que se promulgó la Ley No 20.229, publicada el 18 de diciembre de 2007 en el Diario Oficial, depende del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (33).

El Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota corresponde territorialmente a las comunas de Viña del Mar, Concón, Quintero y Puchuncaví pertenecientes a la Provincia de Valparaíso; Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué pertenecientes a la provincia de Marga Marga; Quillota, La Cruz, La Calera, Nogales e Hijuelas de la provincia de Quillota; y Zapallar, Papudo, La Ligua, Cabildo y Petorca de la provincia de Petorca. Es parte integrante de un sistema de red organizado y

jerarquizado a nivel nacional y regional, que le permite acceder y entregar atenciones de salud fuera de su área de influencia (33).

Todo lo anterior nos muestra como el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota se caracteriza por un amplio espacio territorial y gran cantidad de habitantes y como se menciona anteriormente el Hospital Dr. Gustavo Fricke es el centro de derivación por especialidad de la red por lo cual, personas hospitalizadas de toda la red se quedan en el recinto, y porcentaje no menor en la Unidad de Emergencia Adultos, cuando las camas son insuficientes.

4.2.5 Contexto socioeconómico:

El servicio de salud Viña del Mar- Quillota tiene una población asignada de 1.067.092 personas de las cuales, 850.472 son FONASA lo que se traduce en un 76.9% de la población

Al contrastar la razón de hospitalizaciones anuales por cada 100 beneficiarios de FONASA e ISAPRE, destaca que los beneficiarios de FONASA abarcan el 75,2% de la población y ocupan el 72,1% de las hospitalizaciones, con una razón de 8,9 hospitalizaciones anuales por 100 beneficiarios.

Esto nos muestra la gran cantidad de población asignada por nivel socioeconómico, y si a esto sumamos que el Hospital Dr. Gustavo Fricke es el centro de mayor complejidad de la red por lo tanto donde se derivan los usuarios de mayor complejidad o de resolución por especialidad, que no necesariamente residen en la comuna de Viña del Mar.

4.3 Objetivos del Proyecto

4.3.1 Objetivo general

- Mejorar el subproceso de egreso frente a episodios críticos de saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad de Emergencia Adulto.

4.3.2 Objetivos específicos:

- Crear y establecer un sistema de medición y alarma ante saturación de urgencias.
- Crear e implementar flujos estandarizados de acción ante nivel de saturación.
- Definir las características y funciones del gestor de flujo de urgencias.

4.4 Cartera de prestaciones y beneficiarios

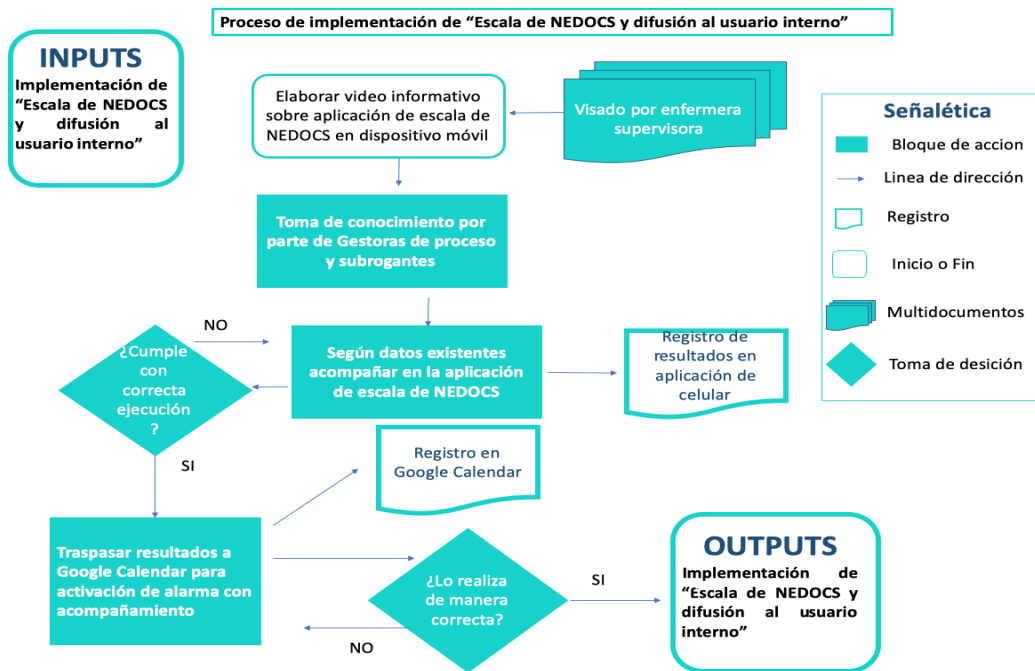
El proyecto alerta tiene como objetivo principal mejorar el subproceso de egreso. Para ello se establecieron objetivos específicos del mismo para cuyo cumplimiento se definieron actividades que compromete una cartera de prestaciones, que se presenta a continuación:

4.4.1 Actividades o productos que compromete el producto con sus respectivos protocolos.

- a) Aplicación de escala de NEDOCS y su difusión con el usuario interno

La aplicación de esta escala permite objetivar el nivel de saturación de las unidades de emergencia y posterior a esto poder difundirla de manera inmediata con los actores involucrados es poder tomar conciencia de manera objetiva que tan ocupada se encuentra la Unidad de Emergencia, para que el funcionario pueda comprender que es momento de actuar respecto a esta situación. Se pretende en esta instancia poder sensibilizar y poder lograr que la problemática sea vista como un problema que no aqueja a la Unidad sino que a todo el hospital. La aplicación de esta escala está a cargo de la Gestora de Flujos o de Procesos, la cual realizará mediciones en tiempos establecidos y difundiendo a encargados de activar protocolos que forman parte de este proyecto.

Para la implementación de esta escala se realizó una capacitación a las jefas de turno y sus subrogantes en la aplicación de esta escala, quienes serán las que ejecutarán el rol de gestoras de flujo y se difundió esta información a los involucrados, mediante video informativo se explicará en primera instancia el significado de los valores de esta escala tipo semáforo, se procederá a explicar la aplicación de escala de NEDOCS mediante la aplicación para celulares MEDCALC y posteriormente la activación de la alarma mediante un correo creado específicamente para este fin, y realizar la alarma mediante Google Calendar (véase en anexo 1)



Por otra parte se hizo una exposición a todos los enfermeros donde se explicó en qué consistía la alarma, la evidencia que lo sustenta, y el significado de los resultados que se obtienen.

- b) Protocolo de acción frente a la saturación de pacientes hospitalizados en la unidad emergencia adultos del hospital Dr. Gustavo Fricke.

Este protocolo estandariza las acciones a realizar, en vinculación con la activación de alarma por los líderes involucrados en el proceso, como son el Jefe de Turno Médico, Gestora de flujos o de procesos y Subdirector médico, de esta manera como se explicó en el ítem anterior es de suma importancia la una escala objetiva que nos permita medir y conocer el nivel de saturación de la urgencia, una vez sabido esto se activará una cascada de acciones dependiendo de este nivel como se puede observar en el anexo 2.

Este protocolo fue creado en conjunto con el jefe médico UEA y la enfermera supervisora de la unidad.

Fue enviado a las autoridades correspondientes, actualmente aún se encuentra en proceso de firma, igualmente el protocolo fue difundido a los profesionales enfermeros, médicos de turno y médicos jefes de turno.

c) Perfil de Cargo por competencias de Gestor/a de flujo o de procesos.

El objetivo de esto es poder definir las características y funciones del gestor de procesos y empoderar a la enfermera ya sea coordinadora o jefa de turno que este ejerciendo esta función, tendiendo claridad de sus funciones y que se espera de esta nueva figura en la urgencia.

En el anexo 3 se explica claramente el perfil de cargo por competencias, que será difundido en reunión de jefes de turno en compañía de la supervisora de la unidad.

4.5.4 Cobertura de actividades del subproceso de egreso

La implementación de las actividades se llevará a cabo en el Hospital Dr Gustavo Fricke, específicamente en la Unidad de Emergencia Adultos, donde se ejecutará el plan en su conjunto.

4.5.5 Rendimiento

Para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto se establece rendimiento de las actividades de acuerdo a cada una de las acciones contenidas en el plan de intervención

- a) Aplicación de escala de NEDOCS: involucra la aplicación de esta escala tres veces al día por el/la gestor/a de procesos en horarios establecidos con la información actual de la unidad

- b) Activación de Alarma: con los datos y resultados obtenidos por gestora de procesos procederá a traspasar la información a Google Calendar y activar la alarma, esta información llegará a las autoridades y a personal de turno en UEA.
- c) Protocolo de acción frente a la saturación de pacientes hospitalizados en la unidad emergencia adultos del hospital Dr. Gustavo Fricke: este se va a aplicar durante la jornada y se reevaluara su acción cada vez que se aplique la escala de NEDOCS

4.5.6 Responsables

De acuerdo con lo establecido en los protocolo los responsables de la ejecución y monitoreo son:

Del monitoreo de las actividades contenidas en el plan alerta, es la enfermera gestora de flujo la cual estará presente durante toda la ejecución de éste

De la ejecución será responsable el/la gestor/a de flujo y el jefe de turno médico, la primera encargada de aplicar la escala y aplicar la alarma además de una serie de acciones descritas en el anexo 2 en conjunto con el jefe de turno médico y subdirector médico dependiendo del nivel de saturación.

4.5.7 Beneficiarios

A continuación se detallan los beneficiarios por cada actividad o producto comprendido en el proyecto.

- a) Aplicación de escala de NEDOCS y su difusión con el usuario interno: los beneficiarios directos son los funcionarios que recibirán esta alarma ya que como dice la literatura, las personas involucradas en los procesos asistenciales de urgencia tienden a subestimar los niveles de congestión o sobresaturación, pudiendo obtener un puntaje objetivo y validado a nivel internacional de lo que ocurre en la unidad, tomando conciencia de la importancia de tomar medidas, así mismo el usuario externo o persona atendida sería un beneficiario indirecto, ya que el hecho de conocer este valor por el usuario interno permite agilizar su labor de atención, pero por sobre todo de gestión.
- b) Protocolo de acción frente a la saturación de pacientes hospitalizados en la unidad emergencia adultos del hospital Dr. Gustavo Fricke: los beneficiarios son tanto los usuarios internos como los externos, para el usuario interno de la misma unidad de emergencia le permite observar un flujo organizado de acciones, tanto como el encargado de activarlas, como al que las ejecuta, promoviendo orden dentro de un clima de congestión, y para el usuario externo le permite egresar de la unidad de emergencia de una manera más eficiente y eficaz, y para el que permanece en la unidad poder estar en un ambiente de menor congestión.
- c) Perfil de Cargo por competencias de Gestor/a de flujo o de procesos: El beneficiario es en primer lugar el enfermero o enfermera que ocupa ese rol, pudiendo empoderarse de este cargo nuevo, con funciones bien

definidas y teniendo claridad de lo que se espera de ellos, dado esto indirectamente se favorece el resto de los usuarios internos los cuales tienen una figura clara de gestión y ordene indirectamente el usuario externo por la eficiencia y eficacia que esta figura otorgará al flujo de urgencias.

CAPITULO 5: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

5.1 Estrategias previas a la implementación

Previo a la implementación se realizaron una serie de gestiones para poder favorecer el desarrollo del proyecto como son:

- Entrevistas con Supervisora de la Unidad y Jefe médico de servicios para realizar la propuesta y hacerlos partícipes del plan, permitiendo la realización de aportaciones a la redacción del protocolo, que finalmente se realizó de manera conjunta.
- Entrevista con unidad docente asistencial sobre los requerimientos para poder realizar el proyecto final de grado en la institución, enviando los documentos correspondientes.
- Creación y búsqueda de un sistema que permitiera notificar por medios digitales a gran cantidad de personas seleccionadas en tiempo real.
- Elaboración de un perfil de gestor de flujos, y así poder empoderar la figura de este profesional enfermera en los flujos de urgencia.
- Solicitud de revisión y firmas del protocolo por directivos del hospital para su instalación definitiva.

5.2 Estrategias de implementación

Dado que este proyecto tiene que ver con la gestión del usuario interno, las acciones se verán volcadas a difundir este plan con todos los actores involucrados.

- a) Una vez aprobado el protocolo a nivel institucional este será enviado por el jefe de servicio a los directivos, jefes de servicio tanto médicos como de enfermería, médicos y cirujanos residentes, enfermeras clínicas para su conocimiento.
- b) Se realizará una capacitación a los enfermeros que cumplirán el rol de gestores de flujo y sus subrogantes a modo de que aprendan a aplicar la escala de NEDOCS y conozcan las características del protocolo.
- c) Mediante reunión clínica se informe en conjunto con el jefe de servicio las características del plan alerta, que comprende la aplicación de escala de NEDOCS a cargo de la gestora de flujo y las funciones que esta posee, la alarma institucional y el protocolo ante sobresaturación y el rol que cumplen en él.
- d) En la reunión mensual de enfermeros se informará de las características del plan alerta, y se ratificará su importancia dentro del proceso de urgencias.
- e) Se realizará acompañamiento y seguimiento durante las primeras tres semanas de la aplicación del plan y se abrirá un chat de consultas.

5.3 Factores favorecedores y entorpecedores de la implementación de estrategias para la socialización del proyecto

Los factores favorecedores de la implementación han sido los jefes de la unidad, me refiero a la excelente disposición que ha mostrado la supervisora Marjorie Marchant y el médico jefe de la Unidad de Emergencia Adultos, quienes han

mostrado interés en el proyecto y han facilitado tiempo y espacios para la implementación y creación de este plan.

Los factores que han entorpecido los tiempos de la implementación es la contingencia nacional, ya que vivimos actualmente un fenómeno social que ha incurrido en paralizaciones y desordenes en vía pública que incluso han afectado al hospital y ha generado que los esfuerzos de gestión vayan dirigidos a esto, ya que se han generado dificultades desde reiteradas dificultades para el ingreso de funcionarios, como desordenes en el mismo recinto lo que ha requerido modificar y flexibilizar las fechas de implementación.

5.4 Carta Gantt

CARTA GANTT	2019														
	septiembre	octubre					noviembre				diciembre				
	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	
ACTIVIDADES															
1. Elaboración de protocolo "PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE"															
1.1 Elaboración propuesta inicial de protocolo															
1.2 Elaboración de protocolo de manera conjunta con jefe medico y sup. Enfermeras															
1.3 Revisión por autoridades y obtención de firmas															
1.4 Autorización del Director del Hospital y obtención de firmas															
1.5 Difusión protocolo a autoridades via correo electrónico															
2. Elección de escala de medición de sobresaturación y creación de alerta															
2.1 Búsqueda bibliográfica sobre medición de sobresaturación															
2.3 Búsqueda de sistemas de alerta existentes															
2.4 Intento de creación de aplicación propia															
2.5 Búsqueda de creador de sistema de alerta															
2.6 Creación conjunta de sistema de alerta															
2.7 Presentación de escala NEDOCS como medidor de sobresaturación a jefe de servicio y EU supervisora															
2.8 Creación de escala de medición automática de sobresaturación basada en TrackCare															
2.9 Envío de datos a medir con su ponderación a Informático SSVQ															
2.10 Búsqueda de alerta alternativa con sistemas ya existentes de alerta															
3. Elaboración de perfil de cargo Gestor/a de Flujo o Proceso															
3.1 Elaboración de perfil															
3.2 Presentación de perfil de cargo a Supervisora UEA															
4. Elaboración de manual de aplicación de escala NEDOCS															
4.1 Elaboración de manual															
5. Difusión y capacitación de Plan alerta															
5.1 Capacitación jefas se turno que ejercerán como gestora de flujo															
5.2 Envío de protocolo a médicos UEA															
5.3 Reunión clínica de presentación de protocolo con jefe de servicio															
5.4 Difusión de plan alerta con enfermeros UEA															
6. Aplicación de Plan Alerta															
6.1 Aplicación de escala NEDOCS por Gestora de flujo															
6.2 Aplicación de protocolo según nivel de saturación obtenido por escala NEDOCS															
6.3 Acompañamiento y resolución de dudas															

4.5 Presupuesto

4.5.1 Presupuesto General

Proyecto Alerta	
ITEM	TOTAL
<i>RRHH</i>	
Brecha incorporación gestora de procesos 24 horas (2 cargos grado 12 EUS)	\$3.822.0000 Mensual
Capacitación	\$100.000
Celular Jefe de turno con plan de internet móvil	\$17.000
Total	\$3.939.000

5.6 Plan de Monitoreo

ACTIVIDAD	INDICADOR	META	PLAZO	VERIFICADOR	RESPONSABLE	RESULTADO EVALUACIÓN
Aplicación de Escala de NEDOCS	Nº total de ejecución de escala/Nº de ejecuciones programadas x 100%	90%	19 de diciembre 2019	Google Calendar en su perfil gestora de flujo cuantifica los eventos realizados	Supervisora UEA	
Activación de alarma institucional	Nº total de alarmas realizada/Nº de alarmas programadas x 100%	90%	19 de diciembre 2019	Google Calendar en su perfil gestora de flujo cuantifica los eventos realizados	Supervisora UEA	
Elaboración de protocolo "Plan de acción frente a la saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad Emergencia Adultos del hospital Dr.	Protocolo elaborado y aprobado Si - No	Protocolo elaborado y aprobado	25 de noviembre 2019	Protocolo "Plan de acción frente a la saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad Emergencia Adultos del hospital Dr. Gustavo Fricke"	Alumna de Magister de Enfermería UV.	

Gustavo Fricke"				elaborado y aprobado por el Director del Hospital Dr. Gustavo Fricke.		
Capacitación Gestoras de Flujo y subrogantes	Capacitación realizada Si-No	Capacitación Realizada	22 de Noviembre	Listado de asistencia, devolución de técnica de aplicación NEDOCS	Alumna de Magister de Enfermería UV.	
Elaboración y difusión de perfil de cargo gestora de flujo	Elaboración y socialización de perfil de cargo Si- No	Elaboración y socialización de perfil de cargo realizado	22 de noviembre	Lista de toma de conocimiento	Alumna de Magister de Enfermería UV.	
Reunión Clínica para presentación de Plan Alerta a médicos UEA	Reunión ejecutada Si - No	Reunión Realizada	22 de noviembre	Lista de asistencia	Alumna de Magister en Enfermería UV, Jefe Médico UEA	

CAPITULO 6: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1 Funciones

A continuación se presentan las principales funciones de los participantes de del plan en la etapa de ejecución.

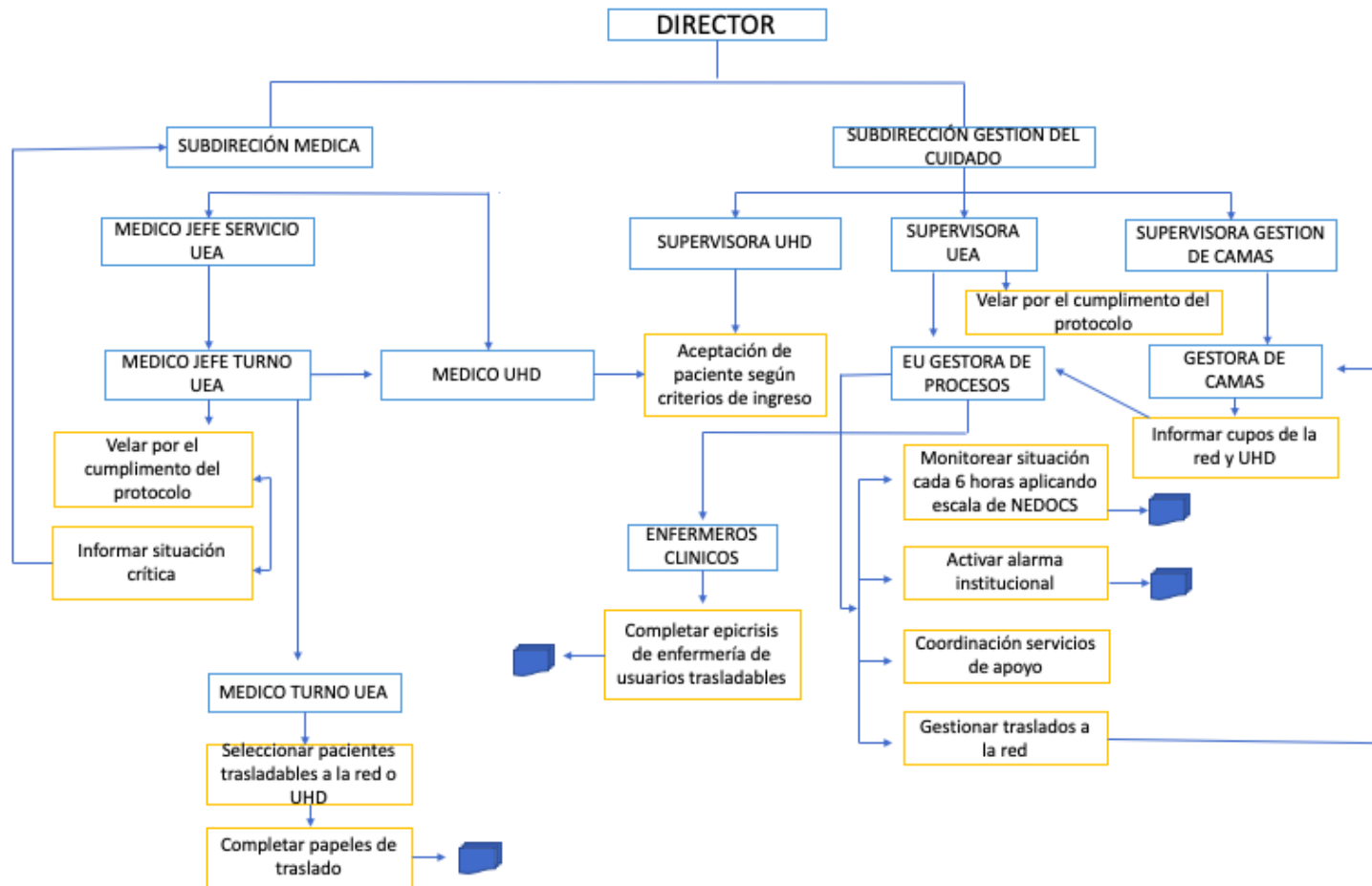
Participante	Funciones
Enfermera Gestora de Procesos	Monitorear el estado de sobresaturación aplicando escala de NEDOCS cada 6 horas.
	Obtener información mediante Gestora de cama sobre cupos de la red y hospitalización domiciliaria.
	Enviar alarma institucional sobre el nivel de sobresaturación.
	Organizar personal redistribuyendo a los sectores de mayor demanda para favorecer traslado de pacientes.
	Gestionar con gestión de camas eventuales traslados a recintos de menor complejidad.
	Avisar a personal de OIRS para mantener en conocimiento a los pacientes en sala de espera.
	Gestionar con servicios de apoyo como endoscopía e Imagenología exámenes pendientes de usuarios hospitalizados acelerando su resolución y eventual egreso de la Unidad.

	<p>Gestionar con laboratorio y unidades de apoyo diagnóstico, celeridad en todos aquellos exámenes de los pacientes que sean de la UEA.</p>
<p>Jefe de Turno Médico</p>	<p>Jefe de turno médico orienta principalmente su atención hacia la gestión de traslado de pacientes y supervisión de los ingresos médicos</p>
	<p>Informa la situación de camillas de unidad de emergencia a Subdirección Médica y jefatura de unidad de emergencia.</p>
	<p>Informar a Gestión de camas del hospital.</p>
	<p>Traslados a los servicios clínicos en comunicación activa con los residentes del servicio de medicina, cirugía y unidades de crítico.</p>
	<p>Solicitar a médico liberado de guardia o médico de turno selección de pacientes de baja complejidad eventualmente trasladables a hospitalización domiciliaria y hospitales de baja complejidad junto con la realización de epicrisis correspondiente.</p>
	<p>Gestionar con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) ingreso de pacientes en esta</p>

	<p>modalidad y envío a domicilios, se solicitará tempranamente a médico encargado de ésta unidad elegir pacientes para que estos sean trasladados tempranamente, en conjunto a enfermera supervisora de UHD y Gestora de Procesos.</p>
	<p>Informar al Centro Regulador del SAMU situación crítica de UEA y capacidad de box de reanimación ante eventuales claves críticas múltiples que requieran derivación a otro centro con capacidad de respuesta.</p>
	<p>Solicitar en Pabellón celeridad en la resolución de pacientes en espera de cirugía de la UEA</p>
<p>Subdirector Médico</p>	<p>Solicitar altas en los servicios, mediante visita administrativa de jefes de servicios en sus unidades.</p>
	<p>Solicitar celeridad en los procesos de alta de los pacientes en los servicios clínicos.</p>
	<p>Informar a Director de Hospital</p>

6.2 Niveles de dependencia del personal

A continuación se presenta los niveles de dependencia funcional mediante un organigrama funcional.



6.3 Mecanismos de control

6.3.1 Control de actividades

De manera quincenal las enfermeras que efectúan la función de gestoras de proceso, tendrán una reunión donde se evaluará la ejecución de protocolo, una vez cumplido dos meses esta reunión evaluativa se realizará de manera mensual como se realiza habitualmente para tratar otros temas propios de la unidad.

Los principales ejes a evaluar son:

- Dificultades en el proceso
- Aspectos a mejorar
- Se crearán estrategias para la mejora.
- Se leerá el acta anterior para evaluar si son los mismos aspectos los que presentan fallas.

Finalizada esta reunión se elaborará el acta de reunión contenida en el anexo. Las cuales quedarán en poder de la enfermera supervisora.

6.3.2 Supervisión de actividades

Se realizará una supervisión mensual sobre la ejecución de la alarma que quedará registrada en la aplicación Google Calendar, donde por otra parte se evaluará que contenga toda la información necesaria.

- Nivel de saturación según NEDOCS

- Que se haya realizado en los horarios estipulados (8, 14 y 20 horas)
-

Esto estará a cargo ya sea de la supervisora UEA o coordinadora de la unidad que una vez al mes podrá realizar la evaluación a continuación se muestra la ficha del indicador.

Nombre del indicador: Porcentaje de ejecución programada de escala de NEDOCS de Gestora de procesos	
Fórmula matemática	Nº total de alarmas realizada/Nº de alarmas programadas x 100%
Porcentaje de cumplimiento	90%
Periodicidad de la evaluación	Mensual aproximadamente (randomizada)
Responsable de la medición	Enfermera supervisora

Se realizará una supervisión aleatoria, en horario hábil sobre la ejecución de la escala de NEDOCS por parte de la gestora de procesos, esta supervisión será al menos una vez al mes.

Nombre del indicador: Porcentaje de ejecución correcta de escala de NEDOCS por Gestora de procesos	
Fórmula matemática	Nº de ejecuciones efectivamente correctas evaluadas/Nº ejecuciones evaluadas
Porcentaje de cumplimiento	100%
Periodicidad de la evaluación	Cada 15 días

Responsable de ejecución	Enfermera supervisora
---------------------------------	-----------------------

6.2.3 Sistema de evaluación y seguimiento

- Evaluación del grado de satisfacción del usuario interno

Se creará una encuesta que identifique el valor que le otorga al plan el usuario de la unidad involucrado en su ejecución, y lo involucrado que se siente en este proceso, pensando en la permanencia de la instalación. Anexo

- Evaluación de ejecución mediante reuniones con equipo multidisciplinario

Se ejecutarán reuniones multidisciplinarias mensuales, donde se verá la necesidad de realizar seguimiento y acompañamiento dependiendo de los resultados de las reuniones de las cuales nacerá un acta.

CAPITULO 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

La Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Dr. Gustavo Fricke es una unidad de alta complejidad y alta demanda asistencial, es parte del recinto centro de derivación del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, del cual es Hospital base, lo cual por sus características, socioeconómicas y sociodemográficas le otorgan una gran carga respecto a otros hospitales del país.

En esta unidad se observa un fenómeno de saturación, que al ser estudiado bajo el alero de la gestión por procesos se puso identificar que tenía relación mayormente en el subproceso de egreso, es decir la imposibilidad de los usuarios que finalizan su proceso de urgencias con destino de hospitalización de salir de las dependencias de la urgencia a una unidad de hospitalización.

Para subsanar este problema se plantearon objetivos con el fin de mejorar el subproceso de egreso frente a episodios de sobresaturación de pacientes hospitalizados en la Unidad de Emergencia Adultos.

Uno de ellos fue crear y establecer un sistema de medición y alarma ante saturación de urgencias, el cual se cumplió, ya que se estableció la medición de la sobresaturación con datos que se obtenían previamente pero no se traducían en un valor real y específico, lo que demostró que la mayor parte del tiempo la urgencia se encontraba en niveles peligrosos de saturación, sin que previamente se le haya tomado el peso a este fenómeno, siendo internalizado por las jefaturas locales. Por otra parte la alarma institucional marcó un precedente de cómo la

atención en salud va de la mano con la tecnología que usamos a diario y puede traducirse en herramientas eficaces, en este caso de difusión en tiempo real, cosa que sin estas herramientas perderíamos la instantaneidad y la capacidad de periodicidad de canalizar esta valiosa información.

Así mismo todo lo anterior se obtiene gracias a la intervención y posicionamiento de la enfermera gestora de procesos, que por las características que posee la enfermería por su formación en la gestión como parte inherente de su quehacer y la visión holística de la persona y en los procesos en que se ve involucrada la sitúan como el profesional que por excelencia debe ocupar ese rol. La teoría de Ray nos sustenta en esta visión como la figura de estrategia capaz de mezclar perfectamente el ámbito de la gestión con la clínica, si bien es cierto previamente existía el papel de coordinadora o jefa de turno que se encontraba realizando quehaceres de gestión diurna, empoderar a esta profesional con el rol recomendado por el MINSAL en las orientaciones técnicas para el rediseño de las urgencias hospitalarias de adultos, tomando sus atributos, su conexión con el personal técnico de enfermería, auxiliares, médicos de turno y el proceso de urgencias son sin duda atributos incomparables a la hora del ejercicio de ese rol. Y que se pudo observar en este proceso de implementación.

Por otra parte la creación e implementación de flujos estandarizados ante sobrecarga se pudo llevar a cabo y tuvo una excelente recepción, de las jefaturas de la unidad, tanto de la parte médica como de enfermería propiciando su implementación independientemente de que el proceso de firma por el director del Hospital aún no se haya llevado a cabo. Así también los enfermeros clínicos y jefes de turno recibieron de buena forma la iniciativa y valoraron que estas mejoras estuvieran basadas en la evidencia.

7.2 Recomendaciones

Desde el punto de vista práctico:

1. Sería deseable conseguir el cargo de enfermera gestora de procesos 24 horas, que está planificado para el nuevo Hospital, con nuevas dimensiones y espacios más amplios, por lo que es esperable que pueda concretarse.
2. Este modelo de proyecto es replicable a otras unidades de emergencias, por lo cual sería recomendado poder hacerlo posible.
3. Poder fusionar las aplicaciones de generación de valor de la escala de NEDOCS y la alarma institucional, para facilitar su administración

Desde el punto de vista metodológico:

1. Sería recomendable poder continuar el proyecto con una investigación que permita evaluar la efectividad del plan y poder resolver en qué punto se podrían realizar mejoras.

Desde el punto de vista académico:

1. Sería deseable poder incentivar la realización de un estudio en conjunto entre carreras que permita integrar otras áreas de conocimiento, cómo el informático y así poder realizar mejoras integrando un equipo multidisciplinario no necesariamente con carreras de salud.
2. Generar instancias de investigación sobre este tema que ha sido poco estudiado en Chile, para poder seguir planteando soluciones que se adapten a la realidad nacional.

Desde el punto de vista de la disciplina:

1. Empoderar a la enfermera con este rol de gestora de procesos de urgencias a nivel nacional que es el nuevo modelo que se avecina en el rediseño de las urgencias hospitalarias, entendiendo que ese rol debe ser por excelencia de ocupación de la profesional enfermera, por su perfil de formación.

CAPITULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande MF, González F, Waisman GD. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Mayo [citado 2019 Mayo 31]; 145(5): 557-563. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500001>.
- (2) Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J 2003; 20 (5):402-6.
- (3) Arkun A, Briggs WM, Patel S, Datillo PA, Bove J, Birkhahn RH. Emergency Department Crowding: factors influencing flow. West J Emerg Med 2010; 11: 10-5
- (4) Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med 2003;42:173-80.
- (5) Delgadillo S. Reporte Unidad de Emergencia Adultos Marzo a Julio del 2019
- (6) Santelices E, Santelices JL. Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (rdu) en Chile. Recomendaciones desde una mirada sistémica. Revista Médica Clínica Las Condes, 28 (2); 2017, pp. 199-205
- (7) Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria, 2018. Ministerio de Salud

- (8) Indicadores básicos de salud, MINSAL 2014. <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/> o www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf
- (9) Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Health Working Papers, No. 83, OECD Publishing, Paris (2015)
- (10) DEIS – REM 2013 - REM-A08. sección G. Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH. <http://www.deis.cl/rem-2013-2/>
- (11) Cespedes E. Análisis Red Unidades Emergencias SSVQ. 2019
- (12) Hospital Dr. Gustavo Fricke. Cuenta publica 2018 Hospital Dr. Gustavo Fricke servicio de salud Viña del Mar – Quillota. 2018. Viña del Mar Chile. Disponible en: http://www.hospitalfricke.cl/wp-content/uploads/2019/04/Presentación-CP-2018-23-de-abril_compressed.pdf
- (13) Reporte extraído de Trackcare, Julio 2019
- (14) Bond K, Ospina MB, Blitz S, et al. Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. Healthc Q 2007;10:32-40).
- (15) Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. Joint position statement on emergency department overcrowding. CJEM 2001;3:82-8.
- (16) Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust 2006; 184(5):213-6.
- (17) Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med 2008;52: 126-36

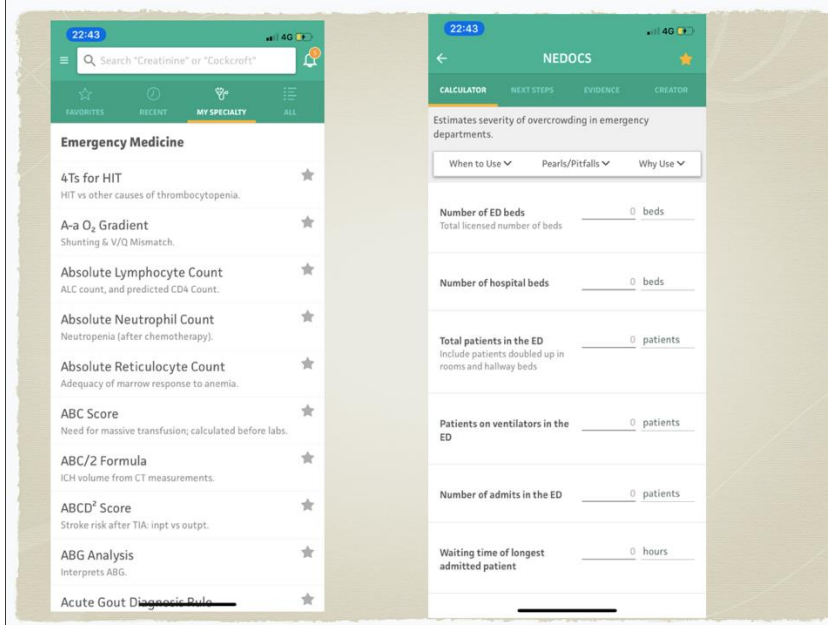
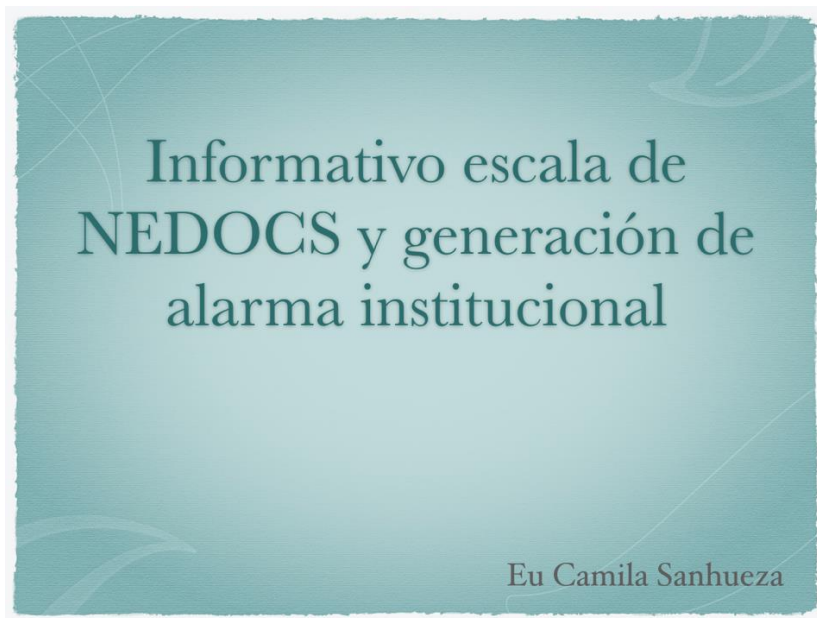
- (18) Villa-Roel C, Guoa X, Holroyd BR, Innes G, Wong L, Ospina M, Schull M, Vandermeer B, Bullard J, Rowe BH. The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding in EDs. *American Journal of Emergency Medicine* (2012) 30, 412–420.
- (19) Viccellio P, Zito JA, Sayage V, Chohan J, Garra G, Santora C, Singer AJ. Patient overwhelmingly prefer inpatient boarding to Emergency department boarding. *JEM* 2013; 45(6): 942-946.
- (20) McGowan H, Gopeesingh K, O’Kelly P, Gilligan P. Emergency Department Overcrowding And The Full Capacity Protocol Cross Over Study: What Patients Who Have Experienced Both Think About Being An Extra Patient In The Emergency Department Or On A Ward. *Irish Medical Journal* 2018;111(7):788
- (21) Garson C, Hollander JE, Rhodes KV. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med* 2008; 51(1):9-12.
- (22) Mandavia S, Samaniego L. Improving ED efficiency to capture additional revenue. *Healthc Financ Manage* 2016; 70(6):66-9.
- (23) Emergency Department Crowding: Emergency Medicine Practice Committee High Impact Solutions May 2016
- (24) Weiss S, Derlet R, Arndahl J, Ernst A, Richards J, Fernández M, et al. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11: 38-5.
- (25) Ramirez V. Protocolo de Overcrowding del Servicio de Urgencia Marcoleta: Conceptos UC 2018.
- (26) Protocolo gestión de cama hospitalaria servicios medico quirúrgicos de adultos frente a umbrales de ocupación. Hospital de Puerto Montt 2016.
- (27) Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. American College of Emergency Physicians 2008.



- (28) Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.
- (29) Orientación Técnica del Sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en Unidades de Emergencia Hospitalaria. 2018. Ministerio de Salud.
- (30) Estándares y recomendaciones al proceso de atención hospitalaria 2018. Ministerio de Salud.
- (31) Mora J. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. 1ra ed. Madrid (Es): Díaz de Santos; 2003. 536p.
- (32) Cabo J. Gestión sanitaria integral pública y privada. 1ra ed. Madrid (Es): Ediciones Cef; 2010. 1006p.
- (33) Ayanian J, Markel H, Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. N Engl J Med 2016; 375:205-207.
- (34) Net A, Suñol, R. La Calidad de la Atención. Disponible en: www.coordinadoraprofundos.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
- (35) Ministerio de Salud. Superintendencia de salud (Chile). Observatorio de calidad en salud Guía práctica calidad y seguridad asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud. Santiago de Chile 2018
- (36) Ley núm. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario oficial de la República de Chile, número 40245, de 24-04-2012.
- (37) Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 7° ed. Madrid (Es). Elsevier; 2011. P. 190-221.
- (38) Nursing theorist and nursing practice. 4° ed. Philadelphia. F.A Davis Company; 2015. 565p.

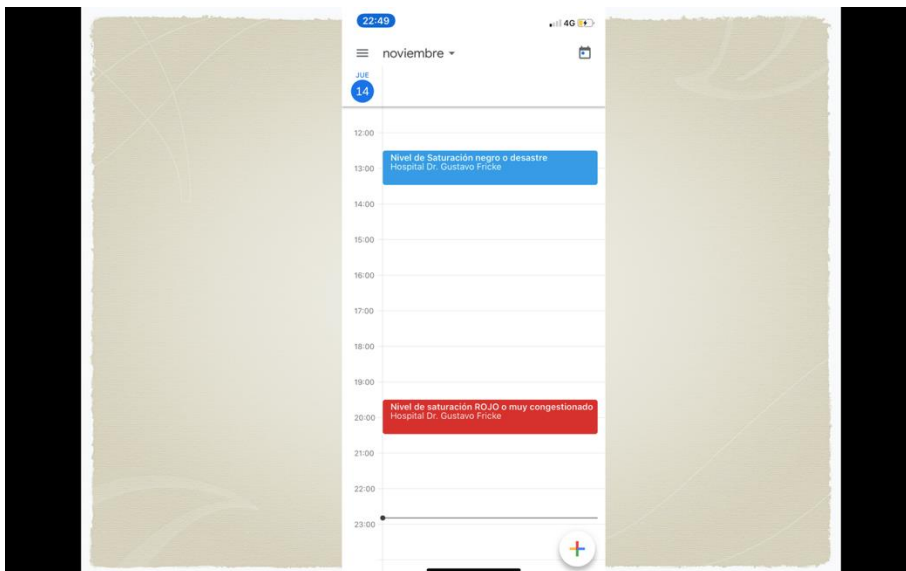
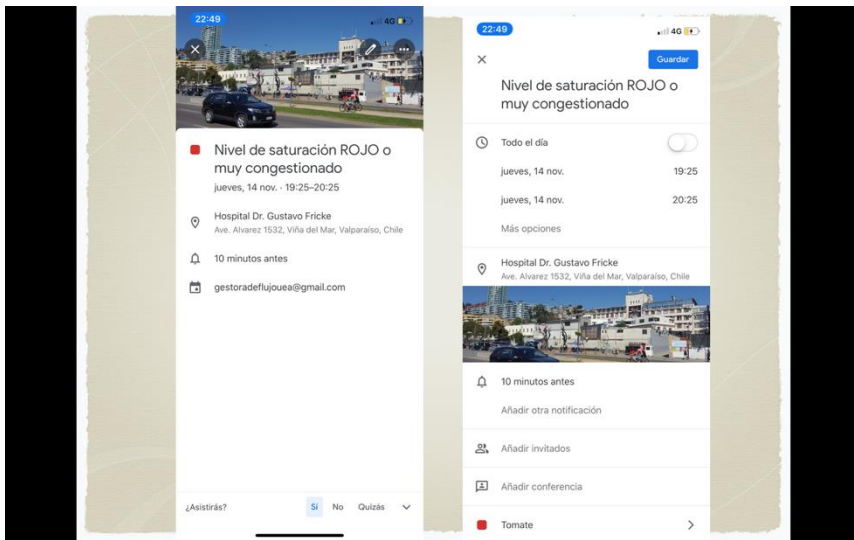
- (39) Hospital Dr. Gustavo Fricke. Planificación estratégica 2016-2018. Viña del Mar Chile. Disponible en: <http://www.hospitalfricke.cl/wp-content/uploads/2014/09/Planificación-estratégica.pdf>



ANEXOS

Anexo 1: Video Informativo



 <p>Gobierno de Chile</p> <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 78 de 126</p>	



 Gobierno de Chile Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 79 de 126	



Anexo 2

PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE



HOSPITAL
DR. GUSTAVO FRICKE

Elaborado	Elaborado	Autorizado
EU. Camila Sanhueza C. Enfermera Clínica Unidad de Emergencia Adultos Dr. Andrés Pizarro C. Jefe Unidad de Emergencia Adultos. EU. Marjorie Marchant R. Supervisora Unidad de Emergencia Adultos.	EU. Gloria Barcaza I. Subdirectora Gestión del Cuidado Dr. Guillermo Rojas B. Subdirector Médico	Sr. Leonardo Reyes Director Hospital Dr. Gustavo Fricke
Fecha: Noviembre 2019	Fecha:	Fecha:

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 80 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			



Índice

1.- Introducción:	80
2.- Objetivos:	82
3.- Alcances del plan	83
4. Desarrollo	84
5.- Distribución actual de Boxes UEA	86
7.- Conclusiones:	100
8.- Referencias Bibliográficas:	101

1.- Introducción:

La saturación de pacientes hospitalizados en Unidades de Emergencia es un grave problema que afecta a diversos países. Los factores que intervienen en este problema son muchos, pero podemos agruparlos en tres tipos según el modelo de Asplin (1,2).

1. Factores “de entrada”: que corresponden a todos los que tienen que ver con la demanda por atenciones. Por ejemplo: derivaciones desde Hospitales de la Red por no contar con la capacidad técnica de manejo del paciente, derivaciones de pacientes desde policlínicos, aumento de consultas durante períodos hibernales, etc.



 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 81 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

2. Factores de eficiencia: que corresponde a la capacidad de respuesta de la propia Unidad de Emergencia. Aquí podemos citar como ejemplo la plantilla de recurso humano, su profesionalización y capacidad de resolución. Además déficits estructurales de la unidad y demoras en los exámenes de apoyo diagnóstico

3. Factores “de salida”: relacionados con el drenaje de pacientes hospitalizados hacia los servicios, según la complejidad. Las causas de esto son las insuficientes camas de hospitalización en los servicios, demoras en las altas de hospitalización, falta de pabellones para resolución quirúrgica, falta de instrumental en pabellones, ingresos programados desde el SOME, etc.

Los factores de salida constituyen sin duda alguna los que de mayor forma inciden en la permanencia excesiva, en espacios propios de la Unidad de Emergencia Adultos (UEA), de pacientes que ya han sido ingresados para hospitalización y además constituye una de las principales causas evitables de saturación de la unidad.

Las soluciones a este problema difícilmente pueden ser adoptadas exclusivamente desde la UEA. La responsabilidad de una adecuada gestión de pacientes que incluya una correcta gestión de las camas hospitalarias es una responsabilidad de la Subdirección Médica y de los jefes de los Servicios a los cuales los pacientes hospitalizados deberían ser dirigidos según su patología de ingreso y cuidados que estos requieran (3,4).

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 82 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

La gestión adecuada de camas hospitalarias debería garantizar todos los días del año un número suficiente de camas para la admisión urgente sin necesidad de suspender las admisiones programadas. En lo que hace referencia al ingreso por patología médica, en los últimos años hay suficientes experiencias publicadas sobre la eficacia de las unidades ambulatoria (hospitalización domiciliaria) que permiten disminuir las estancias promedio de hospitalización en patología médicas prevalentes. Del mismo modo, la ambulatorización de los procesos quirúrgicos mediante la cirugía mayor ambulatoria (CMA) contribuye a una mejor gestión de las camas hospitalaria.



2.- Objetivos:

Objetivo general:

- Contribuir a optimizar la gestión hospitalaria frente a episodios críticos de saturación de pacientes hospitalizados en la Unidad de Emergencia Adulto.

Objetivos específicos:

- Contar con plan de acción protocolizado para responder a la sobredemanda de pacientes hospitalizados en la UEA.
- Establecer las acciones específicas que cada uno de los involucrados debe realizar ante la sobresaturación de pacientes en la UEA
- Establecer un plan de apoyo coordinado y cooperativo entre los diferentes servicios involucrados en la sobresaturación de la UEA: medicina, cirugía, UPC y UPC cardiovascular.



 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 83 de 126</p>	

- Asegurar prestaciones mínimas y vitales para brindar atención en situaciones de sobredemanda o saturación o saturación de pacientes hospitalizados en la UEA.

3.- Alcances del plan

Está dirigido a:



- Subdirector Médico
- Jefe de Unidad de Emergencia Adulto
- Enfermera Supervisora Unidad de Emergencia adultos
- Jefe de servicios de Medicina, Cirugía y Unidades de paciente crítico
- Jefes de turno Médico y de Enfermería
- Enfermeras clínicas y coordinadoras
- Médicos de turno o de otros servicios
- Unidad de Gestión de Camas
- Unidad de Traslados
- Médico regulador SAMU
- Unidades de apoyo (Imagenología, Procedimientos y laboratorio, que ante una saturación deben responder y prepararse a las necesidades con planes de acción propios.)

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 84 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

4. Desarrollo

Las Unidades de Emergencia a nivel mundial sufren el problema de sobresaturación que se entiende como el desequilibrio entre la demanda simultánea de la atención de salud y la capacidad del sistema para responder (5). Las consecuencias de la saturación de los servicios de urgencia están descritas en la literatura. Entre ellas podríamos enumerar: disminución de la seguridad de los pacientes atendidos en urgencias, el aumento de la duración de los días de estada de los pacientes, permanencia excesiva en los espacios propios de la Unidad de Emergencia, insatisfacción de los pacientes, burn-out del personal, disminución de la eficacia clínica. Este problema es una realidad a nivel mundial donde ya se han realizado intervenciones exitosas al respecto, dentro de estas se encuentran acciones anticipadas ante la congestión de urgencias, como el triage inverso o reubicación de usuarios dentro del hospital a modo de mejorar el proceso de egreso de estos usuarios que requieren hospitalización y de esta manera disminuir la congestión o hacinamiento (5).



Una estrategia diseñada para abordar este problema se llama Protocolo de Capacidad Total, Full Capacity Protocol (FCP) o plan de Umbral de ocupación. Se han implementado protocolos de capacidad completa en un esfuerzo por aumentar

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 85 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

la capacidad funcional de los UEH mediante el transporte de pacientes ingresados desde los Servicios de Urgencias (SU) a espacios de atención temporal el objetivo del FCP es compartir de manera segura la carga de pacientes hospitalizados sin camas asignadas en todo el hospital, con la intención de mejorar las operaciones clínicas y mitigar los efectos negativos del hacinamiento en el Departamento de Emergencias. Además, las intervenciones de FCP se han integrado en diversas intervenciones de todo el sistema, movilizándolo al personal involucrado con acciones estructuradas que se han implementado en un esfuerzo por mejorar la eficiencia del flujo de pacientes admitidos, liberar espacios de atención de los Servicios de Urgencia. Se ha demostrado la reducción en al menos 5 horas de la atención de las personas al tener un plan de umbral de ocupación que además implica acciones como las mencionadas previamente con adaptaciones a nivel local y personas específicas a participar de la ejecución de estas actividades (6-10).

Varios estudios han demostrado que el FCP se ha asociado con una disminución de la duración de la estadía en el servicio de urgencias (11), menor tiempo de espera (12), menos pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin haber sido vistos (11), menor mortalidad de pacientes (13), y una mayor satisfacción del paciente (8).



Las intervenciones para reducir el tiempo de hospitalización para pacientes admitidos pueden jugar un papel importante en la reducción del grado y las consecuencias del hacinamiento en los departamentos de emergencia (7) es por eso que una planificación adecuada de las estrategias a realizar durante condiciones de saturación de camas es clave para una correcta gestión institucional.

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 86 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			



Por otra parte el rol de un gestor de flujo o de proceso, emerge como una recomendación en el rediseño de Urgencias Hospitalarias del Adulto emanada por el MINSAL el año pasado donde se enmarca como un profesional clínico enfermero/a, con capacitación en manejo administrativo, encargado de la gestión de pacientes durante el proceso de urgencia. Dentro de sus tareas debe estar coordinar y facilitar los flujos de atención de los pacientes, promoviendo la rápida atención y detectando nodos críticos que vayan apareciendo y signifiquen demoras en la atención. Junto a la jefatura de turno, es encargado de reasignación del personal de turno a los flujos según demanda (3). Figura que emerge como un facilitador donde las acciones emanadas de un protocolo de capacidad completa adaptado a la realidad hospitalaria local, el cual tiene como objetivo facilitar el subproceso de egreso de los usuarios que finalizaron su proceso de atención de urgencias y deben cursar con la hospitalización puedan ser egresadas a su destino ultimo de manera más eficiente.

5.- Distribución actual de Boxes UEA

Haciendo hincapié en el concepto de que en la unidad de emergencia no debiera haber pacientes hospitalizados, en los últimos años la estructura original de nuestra unidad ha tenido que sufrir varias modificaciones, gatilladas principalmente por la baja oferta de camas para que los pacientes hospitalizados, puedan ser derivados a un servicio clínico. Es por ese motivo que ha tenido múltiples transformaciones, siendo actualmente esta la distribución:

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 87 de 126</p>	

1. **Box de reanimación (Box 10):** existen 4 camillas de reanimación, las cuales también son utilizadas con pacientes hospitalizados, llegando a un número máximo de 4 pacientes.
2. **Box 7:** área de observación de pacientes con capacidad de 11 camillas, que en la práctica se usa como sala de hospitalización médico quirúrgica de complejidad intermedia.
3. **Sector “B”:** que también se ocupa como sala de hospitalización transitoria médico quirúrgico, con pacientes de complejidad de cuidados intermedios y básicos. En este espacio hay capacidad para 8 camillas.
4. **Box 4:** capacidad de 2 camillas. Se ocupa como sala de hospitalización transitoria médico quirúrgico, con pacientes de complejidad de cuidados intermedios y básicos
5. **Box 5:** capacidad de 2 camillas. Se ocupa como sala de hospitalización transitoria médico quirúrgico, con pacientes de complejidad de cuidados intermedios y básicos
6. **Box 6:** capacidad de 1 camilla. Se ocupa como sala de hospitalización transitoria médico quirúrgico con paciente de complejidad de cuidados intermedios y básicos.
7. **Pasillo Central:** en el cual están dispuestas 12 camillas. Se utiliza para mantener a pacientes con necesidad de cama básica. Esta zona no cumple con las condiciones para poder dar una atención con la privacidad adecuada al paciente.
8. **Transición:** caen en esta categoría los pacientes que no alcanzan a tener camillas para ser acostados. Por no cumplir con las condiciones mínimas de

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 88 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

seguridad para nuestros pacientes, es imperioso para nuestra unidad no tener pacientes en transición

En cuanto a la distribución del personal:

- Hay técnicos en algunos box de atención, como se visualiza en la fig.1.
- El Box 7 cuenta con enfermera exclusiva, pero en los Box 4, 5, 6 es a la vez enfermera del box de reanimación donde se realiza atención de pacientes críticos o de gran riesgo-dependencia a su vez la profesional enfermera del sector "B" es también encargada de box de atención abierta de traumatología y cirugía maxilofacial por tanto esta encargada de usuarios hospitalizados, ingresos y procedimientos de pacientes ambulatorios.
- No existe médico fijo asignado a estos puntos, por lo que los médicos de turno en la UEA pasan visita médica al menos una vez al día a todos estos pacientes.





 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 89 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

Figura N°1.

	Nº camillas	TENS	Enfermera	Médico
Box 7	11	SI	SI	NO
Box 4	2	SI	Compartida	NO
Box 5	2	SI	Compartida	NO
Box 6	1	SI	Compartida	NO
Sector "B"	8	SI	Compartida	NO
Pasillo	12	SI	SI	NO
Transición	Sin camillas	SI	SI	NO
Total	36			

En resumen la capacidad máxima actual de camillas en la Unidad de Emergencia es de 36, ya que en el box de reanimación debe estar siempre disponible. Sobre los 36 los pacientes que pasan a hospitalizarse ya no tienen camillas para ser acostados.

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 90 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

6. Plan de acción frente a la saturación de la UEA

Se definen diferentes acciones a tomar por los jefes de turno médico, de enfermería y la subdirección médica frente al escenario de saturación de paciente hospitalizados en la UEA. Hay que tener en cuenta que todas estas medidas mencionadas obedecen a intentar responder a la demanda y así prevenir situaciones que pongan en riesgo la integridad y el bienestar físico y psíquico de los pacientes que atendemos.

El nivel de saturación se medirá con una escala objetiva de sobresaturación denominada NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Scales) (14) puntaje que se obtiene evaluando 7 ítems. El cual realizará al ingresar al turno de día la coordinadora o Gestora de Procesos.

(A1) Cantidad pacientes en UEA ocupando cama;

(A2) Cantidad total de camas en UEA;

(B1) Cantidad de pacientes internados en UEA esperando cama de hospitalización;



(B2) Cantidad total de camas del hospital que en el caso de nuestro hospital para adultos son 335.

(C) Tiempo de espera en sala de espera del último paciente llamado;

(D) El tiempo más largo de espera por cama de hospitalización para pacientes internados en UEA;

(E) Cantidad total de pacientes ventilados en UEA.

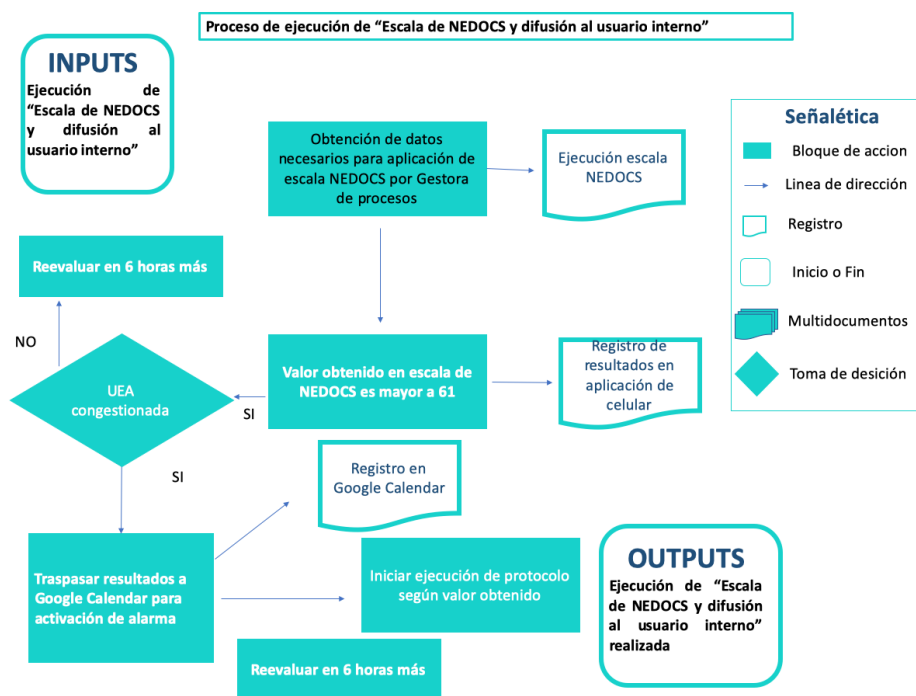
$$\text{NEDOCS} = (-20) + 85,8 * (A1 / A2) + 600 * (B1 / B2) + 5,64 * C + 0,93 * D + 13,4 * E$$



 <p>Gobierno de Chile</p>	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>		
<p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>			

Este algoritmo podrá ser rápidamente calculado mediante una aplicación donde se podrán obtener los siguientes resultados.

- 0-20 No Ocupado
- 21- 60 Ocupado (Verde)
- 61-100 Muy ocupado pero no congestionado (Amarillo)
- 101-140 Congestionado (Naranja)
- 141- 180 Gravemente Congestionado (Rojo)
- 181-200 Peligrosamente congestionado (Negro)

La ejecución se realizará como lo muestra la figura 2.



 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 92 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			



A partir de estos resultados se ejecutarán acciones predeterminadas que se mencionarán a continuación

Nivel de saturación Naranja o congestionado:

Responsables de ejecución: jefe de turno Médico UEA, Enfermera coordinadora o Gestora de procesos (ver anexo 1), Subdirector Médico.

Procedimientos a efectuar por el Jefe Turno Médico:

- a) Jefe de turno médico orienta principalmente su atención hacia la gestión de traslado de pacientes y supervisión de los ingresos médicos
- b) Informa la situación de camillas de unidad de emergencia a Subdirección Médica y jefatura de unidad de emergencia.
- c) Informar a Gestión de camas del hospital.
- d) Traslados a los servicios clínicos en comunicación activa con los residentes del servicio de medicina, cirugía y unidades de paciente crítico.
- e) Solicitar a médico liberado de guardia o médico de turno selección de pacientes de baja complejidad eventualmente trasladables a hospitalización domiciliaria y hospitales de baja complejidad junto con la realización de epicrisis correspondiente (Ver anexo B).
- f) Gestionar con Hospitalización Domiciliaria ingreso de pacientes en esta modalidad y envío a domicilios, se solicitará tempranamente a médico encargado de ésta unidad elegir pacientes para que estos sean trasladados



 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 93 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

tempranamente, en conjunto a enfermera supervisora de Hospitalización y Gestora de Procesos (Ver anexo B).

- g) Informar al Centro Regulador del SAMU.
- h) Solicitar en Pabellón celeridad en la resolución de pacientes en espera de cirugía de la UEA
- i) Traslados a la red coordinados según la información entregada por la unidad de gestión de camas.

Procedimientos a realizar por Enfermera Coordinadora o Gestora de procesos:

- a) Informar nivel de saturación a Gestión de cama, quien le informará oportunamente camas disponibles en la red, cupos de hospitalización domiciliaria y camas hospitalarias disponibles (Ver anexo B).
- b) Organizar personal redistribuyendo a los sectores de mayor demanda para favorecer traslado de pacientes.
- c) Gestionar con gestión de camas eventuales traslados a recintos de menor complejidad (Ver anexo B).
- d) Avisar a personal de OIRS para mantener en conocimiento a los pacientes en sala de espera.
- e) Gestionar con servicios de apoyo como endoscopia e imagenología exámenes pendientes de usuarios hospitalizados acelerando su resolución y eventual egreso de la Unidad.

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 94 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

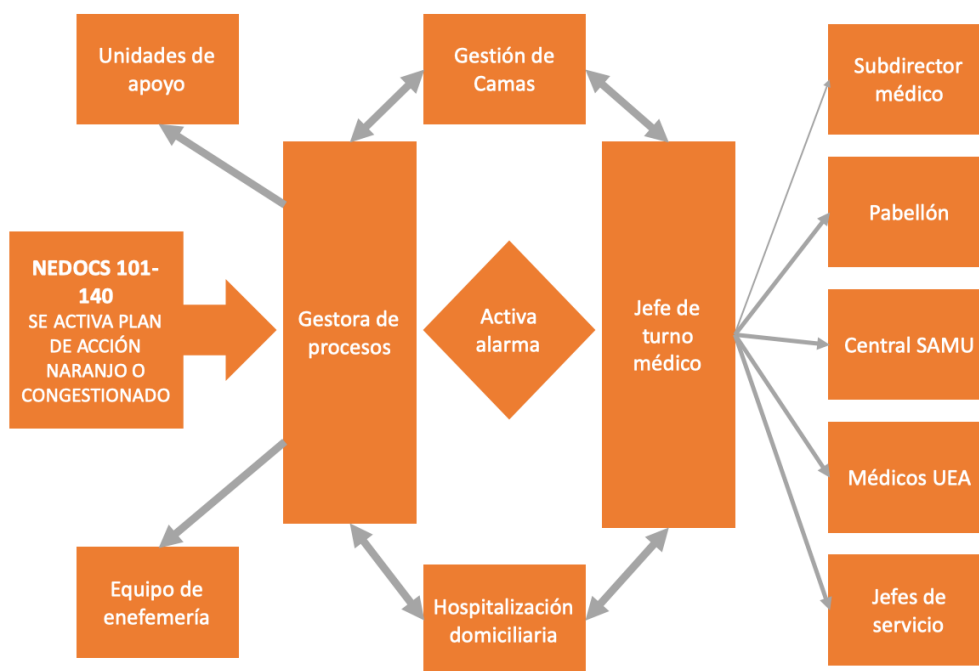
- f) Gestionar con laboratorio y unidades de apoyo diagnóstico, celeridad en todos aquellos exámenes de los pacientes que sean de la UEA
- g) Reevaluar situación en la unidad reapiando escala NEDOCS luego de 6 horas del primer cálculo.



Procedimientos a realizar por Subdirector Médico:

- a) Informar a Director de Hospital
- b) Solicitar altas en los servicios, mediante visita administrativa de jefes de servicios en sus unidades
- c) Solicitar celeridad en los procesos de alta de los pacientes en los servicios clínicos.
- d) Ordenar utilización de salas de pre alta a servicios clínicos.

Se debe mantener una evaluación continua de las estrategias por la jefatura de turno médico y de enfermería. Si las medidas tienen efecto se pasa a un funcionamiento normal, si esto no ocurre se implementarán medidas del próximo nivel de saturación.

Figura n°2 Acciones en nivel de saturación naranja o congestionado



 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 96 de 126</p>	

Nivel de saturación Rojo o Gravemente congestionado:

Responsables: Jefe de turno Médico UEA, Jefe de turno de enfermería de UEA o Gestora de procesos, Subdirector Médico.

Procedimientos a efectuar por el Jefe Turno Médico:



- a) Se informará la situación a subdirector médico para recibir instrucciones respecto a estrategias a seguir
- b) Deberá reforzar todas las estrategias iniciadas en el nivel de saturación naranja
- c) Traslados de pacientes con necesidad de intermedio vía UGCC

Procedimientos a realizar por Enfermera Coordinadora o Gestora de Procesos:

- a) Reforzar todas las medidas iniciadas en el nivel de saturación naranja
- b) Solicitar refuerzo de enfermería y paramédicos

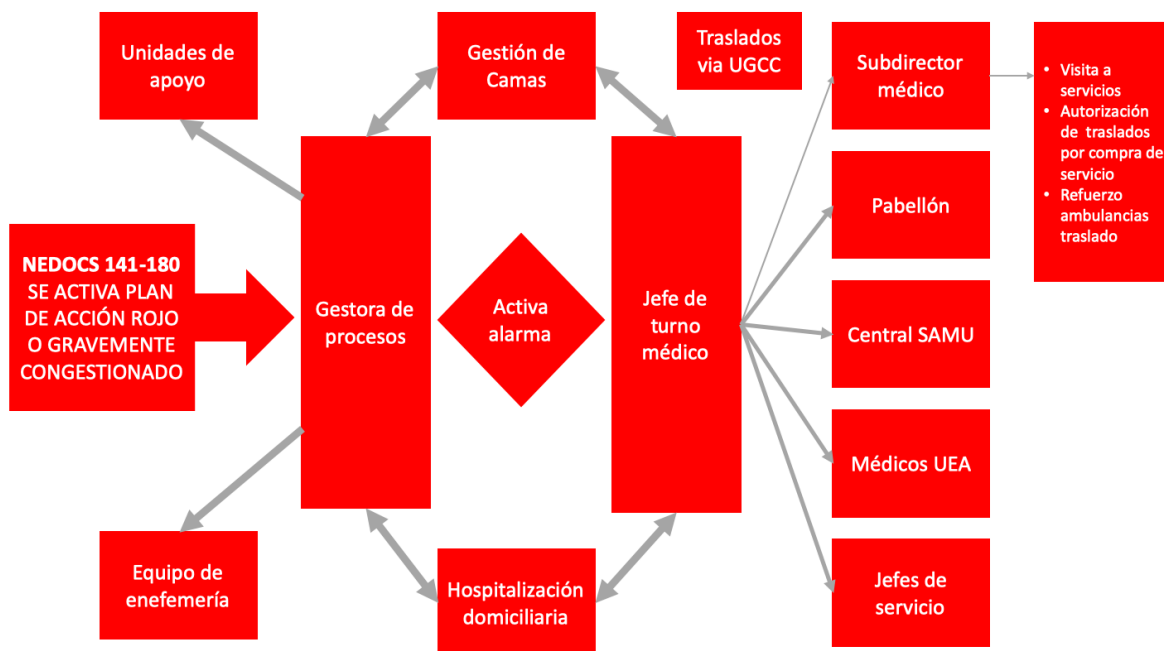
Procedimientos a realizar por Subdirector Médico:

- a) Visita de Subdirector en los Servicios Clínicos para altas
- b) Autorizar traslados de pacientes a clínicas o instituciones según convenios.
- c) Fortalecer el traslado de pacientes mediante ambulancias particulares de traslado



 Gobierno de Chile Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 97 de 126	

Luego se reevaluara la situación por la jefatura de turno médico y de enfermería. Así si las medidas tiene efecto se pasa un funcionamiento normal, si esto no ocurre se implementarán medidas del próximo nivel de saturación.

Figura N°3 Acciones en nivel de saturación rojo o gravemente congestionado



Nivel de saturación Negro o peligrosamente congestionado: es el máximo nivel de saturación.

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 98 de 126</p>	

Responsables: Jefe de turno Médico UEA, Jefe de turno de enfermería de UEA o Gestora de procesos, Subdirector Médico

Procedimientos a efectuar por el Jefe Turno Médico:

- d) Se informará la situación a subdirector médico para recibir instrucciones respecto a estrategias a seguir
- e) Deberá reforzar todas las estrategias iniciadas en el nivel de saturación naranja y rojo

Procedimientos a realizar por el Jefe Turno de Enfermería:

- c) Reforzar todas las medidas iniciadas en el nivel de saturación naranja y rojo
- d) Solicitar refuerzo de enfermería y paramédicos

Procedimientos a realizar por Subdirector Médico:

- a) Mantener y fortalecer todas las acciones del nivel de saturación naranja.
- b) Suspender tabla de pabellones electivos
- c) Autorizar traslado a los servicios de pacientes en lugares supra numerarios ver criterios en Anexo C.



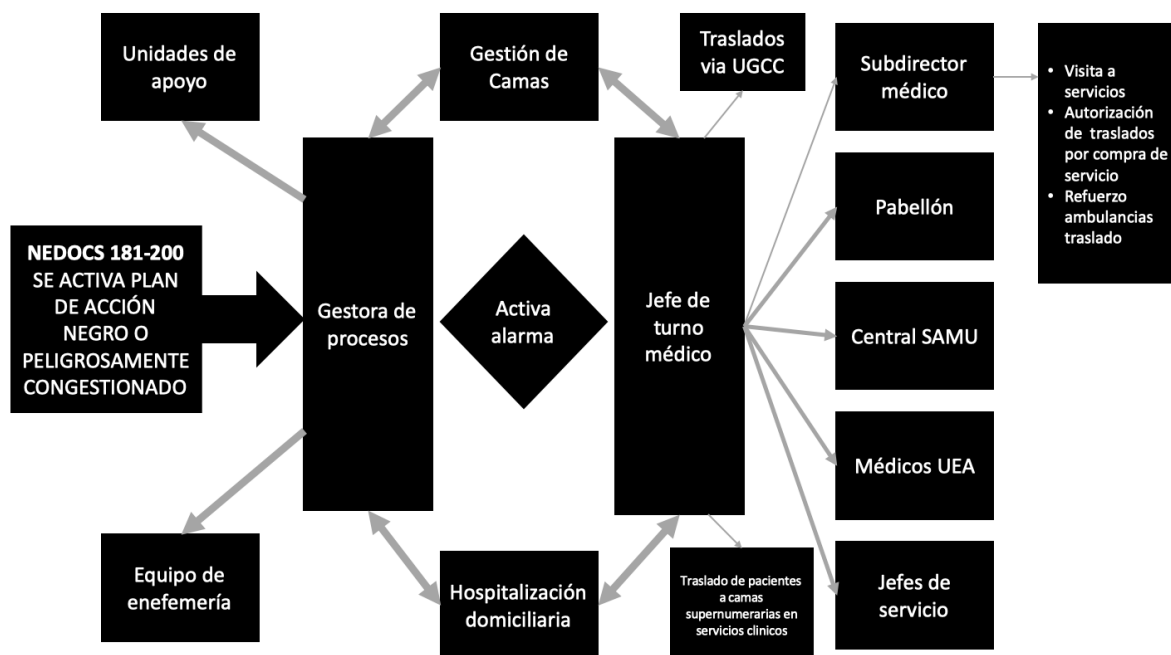


 <p>Gobierno de Chile</p>	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>		
<p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>			

Figura Nº4 Acciones en nivel de saturación negro o peligrosamente congestionado





 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 100 de 126</p>	

7.- Conclusiones:



La Unidad de Emergencia Adultos esta constantemente expuesta al fenómeno de sobresaturación, produciendo efectos negativos tanto sobre usuarios internos y externos como lo demuestra la literatura y se evidencia día a día, es por eso que contar con una guía que muestre acciones estructuradas a ejecutar durante estas situaciones, sin duda ayudará al personal hospitalario a trabajar colaborativamente con un fin común, logrará evidenciar la congestión como problemática no sólo de la Unidad sino como una institucional, ya que si la puerta de entrada a la institución se encuentra colapsada, todo el hospital lo está.

Esta estrategia está probada a nivel internacional, con éxito hace ya dos décadas en Estados Unidos y ha sido replicado en otros países con esta problemática con buenos resultados, por tanto la evidencia avala esta intervención con buenos antecedentes.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 101 de 126</p>	
<p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>			



8.- Referencias Bibliográficas:

- (1) Antoni J, Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias a Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, España.
- (2) Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solbery LL, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of Emergency Department. Ann Emerg Med. 2003;42:173-80.
- (3) Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria, 2018. Ministerio de Salud
- (4) Labarca A. “Modelo de medición de desempeño en unidades de urgencias” Tesis para optar al grado de Magíster en Control de Gestión. Santiago, Octubre 2015.
- (5) Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande MF, González F, Waisman GD. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad:



 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 102 de 126	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke			

estudio de cohorte retrospectiva. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Mayo [citado 2019 Mayo 31]; 145(5): 557-563. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500001>.

- (6) Santelices E, Santelices JL. Descripción y análisis del sistema de red de urgencia (rdu) en Chile. Recomendaciones desde una mirada sistémica. Revista Médica Clínica Las Condes, 28 (2); 2017, pp. 199-205
- (7) Villa-Roel C, Guoa X, Holroyd BR, Innes G, Wong L, Ospina M, Schull M, Vandermeer B, Bullard J, Rowe BH. The role of full capacity protocols on mitigating overcrowding in EDs. American Journal of Emergency Medicine (2012) 30, 412–420.
- (8) Viccellio P, Zito JA, Sayage V, Chohan J, Garra G, Santora C, Singer AJ. Patients overwhelmingly prefer inpatient boarding to Emergency department boarding. JEM 2013; 45(6): 942-946.
- (9) McGowan H, Gopeesingh K, O'Kelly P, Gilligan P. Emergency Department Overcrowding And The Full Capacity Protocol Cross Over Study: What Patients Who Have Experienced Both Think About Being An Extra Patient In The Emergency Department Or On A Ward. Irish Medical Journal 2018;111(7):788

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 103 de 126</p>	



- (10) Garson C, Hollander JE, Rhodes KV. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med* 2008; 51(1):9-12.
- (11) Innes G, Mcrae A, Holroyd B, Rowe B, Schmid C, Liu M, et al. Policy-driven improvements in crowding: system-level changes introduced by a provincial health authority and its impact on emergency department operations in 15 centers: 1. *Acad Emerg Med*. 2012;19:S4–5.
- (12) Alishahi Tabriz A, Trogdon JG, Fried BJ. Association between adopting emergency department crowding interventions and emergency departments' core performance measures. *Am J Emerg Med*. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.04.048>. PubMed PMID: 31060861. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675719302736>.
- (13) Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann Emerg Med*. 2009;54(4):487–91.
- (14) Weiss S, Derlet R, Arndahl J, Ernst A, Richards J, Fernández M, et al. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11: 38-5.

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 104 de 126</p>	



Anexo A.

Gestora o Gestor de procesos



1. Nombre de cargo	Enfermero/a Gestor/a de procesos de Emergencia Adultos Hospital Dr. Gustavo Fricke
2. Jerarquía	Experto
3. Dependencias	<p>Jerarquía directa: Enfermera supervisora Unidad de Emergencia Adultos</p> <p>Jerarquía Administrativa: Enfermera supervisora Unidad de Emergencia Adultos</p>
4. Requisitos	<p>Legales:</p> <p>Cumplir con los Requisitos exigidos para ingresar a la Administración Pública señalados en el artículo 12 y 13 de la Ley No 18.834 sobre Estatuto Administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser ciudadano(a). • Haber cumplido con la Ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere procedente; • Tener salud compatible con el desempeño del cargo; • No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria;

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 105 de 126</p>	



	<ul style="list-style-type: none"> • No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargo públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito. <p>Generales:</p> <p>Título profesional de una carrera de, a lo menos ocho meses de duración, otorgado por una universidad o instituto profesional del estado o reconocido por este o aquellos validados en Chile de acuerdo con la legislación vigente.</p> <p>Específicos:</p> <p>Título profesional de Enfermero/a o Enfermero/a Matrn/a</p> <p>Deseable:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deseable contar con Cursos atingentes de al menos 50 horas, con 5 años de vigencia, tales como: BLS, ACLS, FCCS, PHTLS, IAAS, Manejo de Vía Aérea Avanzada, Ventilación Mecánica. - Deseable contar con Diplomado o Pos título en Urgencias, Pacientes Críticos o atingente de acuerdo al perfil del cargo. - Deseable contar con cursos o diplomado de Gestión o Calidad en Salud
--	--

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 106 de 126</p>	



5. Horario de trabajo	4to turno
6. Descripción del cargo	<p>Enfermero/a capaz de coordinar las actividades de la Unidad de Urgencia Adulto, favoreciendo los flujos organizando los recursos disponibles y procurando una atención integral basada en la gestión del cuidado de enfermería, dando cumplimiento a una atención oportuna, segura y eficaz</p>
7. Funciones del cargo	<p>Las funciones principales Enfermero Gestor de procesos tienen relación con las competencias las cuales incluyen tres ámbitos; un saber, que se refiere a conocimientos adquiridos, un saber hacer, relacionado con lo procedimental y un saber estar, que emana de los comportamientos.</p> <p>Saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conocer los flujos de urgencias y saber identificar los nodos críticos ○ Conocer las redes internas del hospital para la gestión de exámenes o procedimientos de los usuarios. ○ Conocer a su equipo de trabajo. ○ Conocer, cumplir y supervisar Normas de Prevención de IAAS y Calidad y Seguridad del Paciente. ○ Tener conocimiento sobre pacientes críticos y patologías más frecuentes observadas en Urgencias. ○ Saber participar y manejar las funciones dentro de una reanimación.

 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE		
		Página 107 de 126	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conocer los manuales de procedimientos y protocolos actualizados. <p>Saber hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar continuamente la atención de enfermería que se realiza en la Unidad de Urgencia de acuerdo a los programas y normas establecidas. ○ Asegurar la continuidad de la atención durante las 24 horas, a través del cumplimiento del protocolo de entrega y recepción de turno. ○ Coordinar las actividades de enfermería de la unidad en todos los ámbitos de su quehacer. ○ Organizar y supervisar al personal en funciones relacionadas al cuidado del paciente. ○ Supervisar el desempeño y trato del personal hacia los pacientes y familiares. ○ Evaluar periódicamente los registros de dicha atención, a fin de cautelar el cumplimiento de las normas establecidas sobre la materia, particularmente sobre la calidad de atención que se está brindando. ○ Mantener coordinación activa con las unidades de apoyo, durante su jornada laboral.
--	--



 <p>Gobierno de Chile</p>	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	
<p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	<p>Página 108 de 126</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover en forma permanente la calidad de la atención mediante el cumplimiento de Programas de Mejoramiento Continuo y participando en su evaluación. ○ Contribuir al cumplimiento de los compromisos de Gestión del Hospital en conjunto con el Equipo de salud. ○ Cumplir con normas medico legales establecidas por la institución. ○ Supervisar la labor del personal a su cargo. ○ Velar por la de los registros, como respaldo del proceso de atención de enfermería realizado durante su jornada de trabajo ya sea en forma digital o en ficha tradicional según corresponda. ○ Participar en forma activa en el proceso de registro en los sistemas informáticos de la Institución según se requiere. ○ Usar y propiciar el uso del dispensador automático de insumos en las distintas áreas de trabajo. ○ Supervisar el correcto cumplimiento de las normativas del REAS. ○ Participar activamente en programas de satisfacción usuaria cumpliendo con el protocolo de entrega de información al usuario externo y facilitando el ejercicio de la Ley de deberes y derechos de los usuarios. ○ Colaborar activamente en el control y manejo de equipos e informar oportunamente del deterioro de estos o falencias pesquisadas.
--	--



 <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	<p>S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Noviembre 2019</p>	 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	<p>PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>	<p>Página 109 de 126</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participar en reuniones técnico administrativas programadas y extraordinarias de su unidad, con los diferentes niveles de Enfermería en relación a la Gestión de Enfermería y con otros estamentos. <p>Saber actuar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser un enfermero integro, veraz en su actuar. ○ Promover las buenas relaciones con el usuario interno y externo. ○ Participar de las reuniones clinicas correspondientes.
--	---

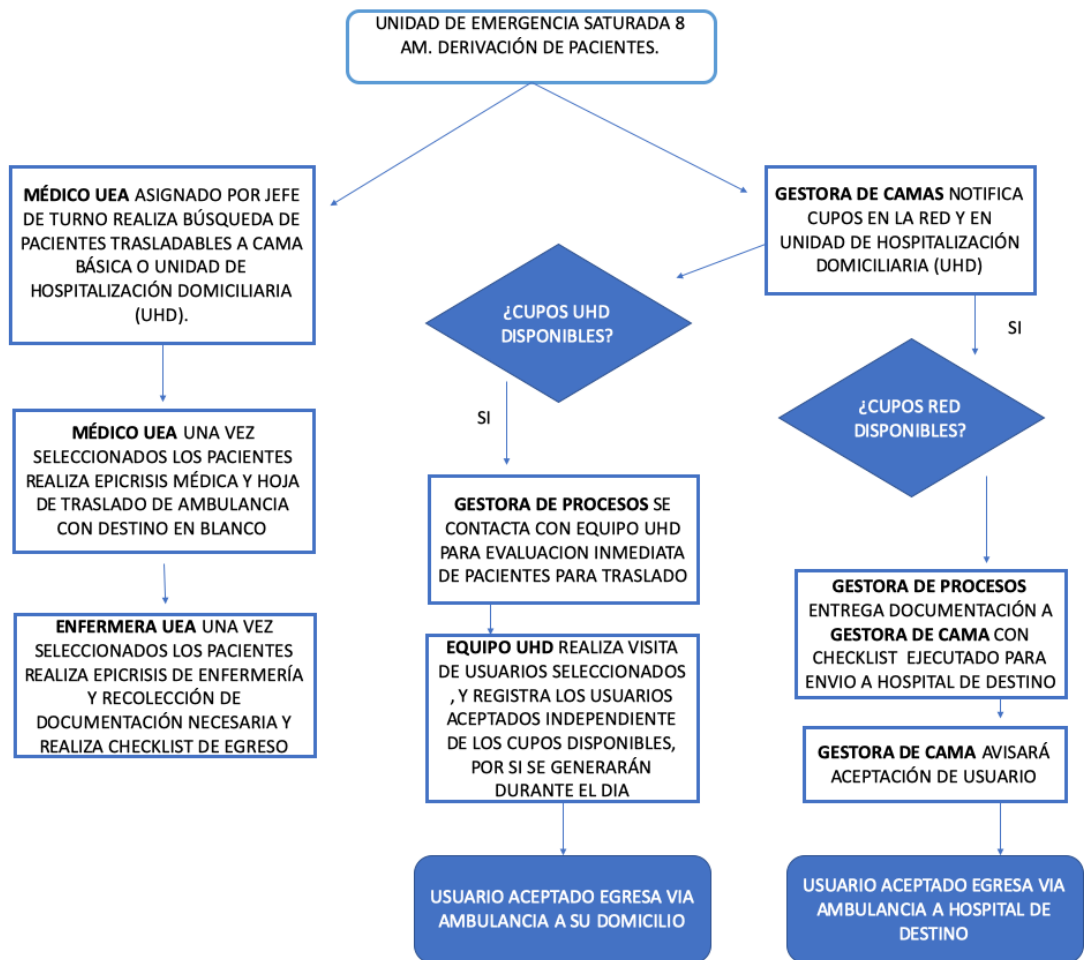
PERFIL DE CARGO POR COMPETENCIAS PARA EL ENFERMERO GESTOR DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE		
TIPO DE COMPETENCIA	NIVEL	COMPETENCIAS
COMPETENCIAS TRASNVERSALES	****	Motivación/interés: capacidad de estimular a pares y al equipo para realización de determinadas acciones y persistir en ellas para el cumplimiento de los objetivos. Poseer voluntad y el animo para realizar un gran esfuerzo y alcanzar las metas propuestas por el equipo.
	****	Orientación al usuario: identificar y satisfacer las necesidades y expectativas tanto de los usuarios internos o externos. Implica la disposición a servir a los clientes, de un modo efectivo, cordial y empático.
	****	Probidad: Actuar de modo honesto, leal e intachable. Implica subordinar el interés particular al interés general o al bien común.
COMPETENCIAS GENÉRICAS	****	Trabajo en equipo: capacidad de estimular a pares y al equipo para realización de determinadas acciones y persistir en ellas para el cumplimiento de los objetivos. Poseer voluntad y el animo para realizar un gran esfuerzo y alcanzar las metas propuestas por el equipo.
	****	Responsabilidad: capacidad para mantener el balance entre las obligaciones personales y profesionales, asociado al compromiso con que las personas realizan las tareas asignadas.
	****	Tolerancia bajo presión: Se refiere a la capacidad de desenvolverse en entornos demandantes de resultados. Requiere organizar la conducta y mantener la energía para alcanzar metas específicas sin descuidar el nivel de desempeño a pesar de la presión.



 <p>Gobierno de Chile</p> <p>Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA		 <p>HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE</p>
	HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE		
		Página 111 de 126	

COMPETENCIAS CRÍTICAS O CLAVES	****	Planificación y organización: <i>Se refiere a la capacidad de poder analizar la información del medio de manera eficiente, pudiendo tomar decisiones certeras respecto a las tareas prioritarias y las urgentes, organizando las actividades en un corto, mediano y largo plazo según los requerimientos.</i>
	****	Liderazgo: <i>Capacidad para utilizar estilos y métodos interpersonales apropiados para inspirar, guiar y motivar a los individuos (subordinados, colegas y superiores) hacia la consecución de las metas; modificar el comportamiento para adaptarse a las tareas, situaciones e individuos de que se trate.</i>
	****	Conocimiento: <i>Capacidad de entender, compartir y proclamar distintos niveles de información, valores creencias, experiencias y construcciones individuales, añadiendo valor para el logro de los objetivos del equipo y de la unidad. Aviva de manera constante el interés por aprender y compartir con otros los conocimientos y experiencias.</i>

 Gobierno de Chile Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Página 112 de 126	

Anexo B.





 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA		 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE		Página 113 de 126

Anexo C.

Criterios que deben cumplir pacientes seleccionables para estadía en pasillo de servicios clínicos.

- No requerir oxígeno ni nebulizaciones
- No contar requerir bomba de infusión continua.
- No tener riesgo de caída según escala de Downton.
- No requerir aspiración de secreciones.
- No contar con traqueostomía o tubo endotraqueal.
- No encontrarse hemodinámicamente inestable.
- No requerir algún tipo de precaución según IAAS.
- Poder alimentarse sin ayuda.
- Tener bajo riesgo de LPP

 Gobierno de Chile	S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA		 HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE
	HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE	Noviembre 2019	
Servicio de Salud Viña Quillota Hospital Dr. Gustavo Fricke	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA SATURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE		Página 114 de 126

Anexo D.

CHECK LIST DE TRASLADO PACIENTE AL EXTRASISTEMA

NOMBRE PACIENTE:

EDAD:

FECHA:

HORA:

DOCUMENTOS	SI	NO	OBRERVACIONES
Epicrisis médica			
Epicrisis de enfermería			
Exámenes de laboratorio			
Exámenes imagenológicos.			
EKG			
Brazalete de identificación			
Otros			

Firma y nombre quien entrega.

ANEXO 3: CARTA DE APOYO INSTITUCIONAL


Gobierno de Chile
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

COMPROMISO FORMAL

En Viña del Mar, a 10 de Octubre, entre el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Persona Jurídica de Derecho Público, Rut N° 61.606.602-1, representado por su Director Sr. Leonardo Reyes Villagra, Nacionalidad, chilena, Profesión Médico Cirujano, C.I. N° 06.870.707-2, domiciliado en calle Alvares N°1532, Viña del Mar, en adelante “El Hospital” por una parte, y don(a) Camila Paz Sanhueza Contreras, Nacionalidad: Chilena, Profesión: Enfermera, rut 17344854-6 con domicilio en Calle Limache 1280 departamento 1507, Ciudad Viña del Mar, en adelante el Responsable Principal del Proyecto del centro formador Universidad de Valparaíso, se celebra el siguiente acuerdo:

PRIMERO: Que en virtud de la solicitud de fecha 8 de Octubre, 2019 del Centro Formador Universidad de Valparaíso para ejecución del Proyecto de Gestión: “Subproceso de egreso de hospitalizados de la Unidad de Emergencia Adultos” a ser dirigido por el Responsable de Proyecto antes individualizado, se comprometen a respetar las normas y reglamentación del establecimiento de Salud.


SEGUNDO: Que el investigador principal se compromete a entregar 2 copias versión escrita de la tesis terminada una destinada al Jefe de Servicio o Unidad en que se realizó el trabajo, la otra para la Biblioteca del Hospital y una versión digital destinada al archivo de la Unidad de Asistencial Docente.

TERCERO: El centro formador se compromete a cumplir con las retribuciones acordadas.

CUARTO: Que mediante sus firmas las partes manifiestan su entera conformidad respecto al acuerdo celebrado.


**INVESTIGADOR PRINCIPAL
PROYECTO DE GESTIÓN O EBE**


**DR. LEONARDO REYES VILLAGRA
DIRECTOR
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**



**Dr. Raúl Oyarce López
Sub Director Médico (S)
Hospital Dr. Gustavo Fricke**


**Sub Director Médico (S)
Hospital Dr. Gustavo Fricke**



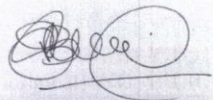
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

FORMULARIO PRESENTACION DE ANTECEDENTES PARA AUTORIZACION DE PROYECTO DE GESTIÓN O EBE HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

1.-	NOMBRE DEL (LA) INVESTIGADOR PRINCIPAL	Camila Sanhueza Contreras		
2.-	NOMBRE DE LA ENTIDAD PATROCINANTE	Universidad de Valparaíso		
3.-	NOMBRE DEL TRABAJO	Subproceso de egreso de pacientes hospitalizados desde la unidad de Emergencia Adultos "Proyecto Alerta"		
4.-	MARQUE EL TIPO DE ESTUDIO CON UNA X			
	CLINICO:	EPIDEMIOLOGICO:	OTRO ESPECIFIQUE:	X Proyecto de Gestión
	FASE:			
5.-	NUMERO DE PACIENTES QUE SE INTEGRARAN AL ESTUDIO	No aplica		
6.-	ESPECIFIQUE BREVEMENTE LAS ACCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS QUE SERÁN REALIZADAS A LOS PACIENTES (no exceda el espacio habilitado)			
	El proyecto de gestión busca mejorar el proceso de Atención de Urgencias en la Unidad de Emergencia Adultos , apuntando específicamente al proceso de egreso de los usuarios hospitalizados por medio del "proyecto alerta" que pretende implementar un sistema de alarma ante saturación mediante una escala validada internacionalmente que permitirá objetivar el nivel colapso de la unidad y difundir esta información a personas claves del hospital y a partir de esto por medio de un protocolo de sobrecapacidad activar acciones predeterminadas dependiendo del nivel de colapso y mediante acciones estructuradas ayudar a mejorar la eficiencia del egreso de estos usuarios desde la unidad.			
7.-	REALIZAR BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PESQUISA DE LOS PACIENTES PARA EL INGRESO AL ESTUDIO, SEÑALE CON UNA X CUAL ES EL MECANISMO DE INGRESO AL HOSPITAL (no exceda el espacio habilitado)			

No Aplica					
POLICLINICO					
UNIDAD DE EMERGENCIA					
HOSPITALIZADO					
SAMU					
8.-	ESPECIFIQUE INSTALACIONES Y/O INFRAESTRUCTURA A UTILIZAR, SERVICIOS CLINICOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS (no exceda el espacio habilitado)				
Se trabajará en la Unidad de Emergencia Adultos, pero con comunicación frecuente de unidades afines como gestión de cama y hospitalización domiciliaria.					
9.-	INDIQUE SI EL ESTUDIO REQUIERE MAS DE UN CONTROL Y EVENTUALMENTE ANALISIS ADICIONALES.				
No aplica					
10.-	SI LA INDICACION DEL PUNTO ANTERIOR ES AFIRMATIVA, EL INVESTIGADOR COMPROMETE PRESENTAR UNA AGENDA EXCLUSIVA PARA LOS EFECTOS EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 30 DIAS DESPUES DE LA APROBACION (marque con una X)				
	<table border="1"> <tr> <td>SI COMPROMETO</td> <td></td> <td></td> <td>NO COMPROMETO</td> </tr> </table>	SI COMPROMETO			NO COMPROMETO
SI COMPROMETO			NO COMPROMETO		
11.-	ESPECIFIQUE INSUMOS A UTILIZAR (no exceda el espacio habilitado)				
No aplica					
12.-	NUMERO DE PERSONAL QUE PARTICIPARA DEL ESTUDIO PROFESION Y ESTAMENTO: El proyecto involucra a enfermeras de la Unidad de Emergencia Adultos (supervisora, coordinadoras, jefas de turno y clínicas) medico jefe de servicio, médico jefe de turno y médicos de turno. jefes de servicio del hospital, gestora de camas y equipo de Hospitalización domiciliaria				
13.-	TIEMPO ESTIMADO DE DURACION DEL ESTUDIO: No aplica				
	<table border="1"> <tr> <td>FECHA DE INICIO</td> <td></td> <td>FECHA DE TERMINO</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO	
FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINO			
14.-	CONTROL DE INGRESO, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS				
	<table border="1"> <tr> <td>UNIDAD QUE ALMACENARA LOS MEDICAMENTOS</td> <td>No aplica</td> </tr> </table>	UNIDAD QUE ALMACENARA LOS MEDICAMENTOS	No aplica		
UNIDAD QUE ALMACENARA LOS MEDICAMENTOS	No aplica				

	UNIDAD QUE DISTRIBUYE LOS MEDICAMENTOS	No aplica	
15.-	MONTO QUE PAGARA LA ENTIDAD PATROCINANTE POR PACIENTE OVER HEAD Y TOTAL ESPERADO (equivalente en pesos chilenos y moneda original) NO APLICA		
	PAGO POR PACIENTE	\$	TOTAL ESTUDIO \$
	PAGO POR PACIENTE	US\$	TOTAL ESTUDIO US\$
16.-	HORARIO DONDE SERÁN ATENDIDOS LOS PACIENTES: No aplica		
	INSTITUCIONAL		EXTENSION HORARIA
17.-	FORMA DE PAGO ACORDADA CON LA ENTIDAD PATROCINANTE Y PLAZOS ASOCIADOS (debe indicar monto o porcentaje y fecha o plazo. NO APLICA		
	CUOTA 1		CUOTA 3
	CUOTA 2		CUOTA 4



**INVESTIGADOR PRINCIPAL
PROYECTO DE GESTIÓN O EBE**

	AUTORIZA	REPARO	RECHAZA
OBSERVACIONES: (solamente llenar por Director)			



DIRECTOR




SUB-DIRECTOR MEDICO
 Raúl Oyarce López
 Sub Director Médico (S)
 Hospital Dr. Gustavo Fricke



de 20

ANEXO 4: EVIDENCIA SOCIALIZACIÓN PROYECTO CON ENFERMEROS


 Hospital Dr. Gustavo Fricke
 Unidad Emergencia Adultos

LISTA DE ASISTENCIA

FECHA: 17/12/19 HORA INICIO: 8:40
 LUGAR: B. Blue Eco
 HORA DE TERMINO:

Estamento	Nombre	Turno	Firma
EU	Cesar Paman Espinoza	III	[Firma]
EU	Camila Ortega Michel	III	[Firma]
EU	Arciana Jekicia	II	[Firma]
EU	Solange Pizarro	VI	[Firma]
EU	PAOLA Pizarro	II suplente P. Pizarro	[Firma]
EU	Esther Rojas	II	[Firma]
EU	Belen Jara Orma	Suplente	[Firma]
EU	Javier Troncoso Arenas	suplente	[Firma]
EU	Camila Rojas Vega	Suplente	[Firma]
EU	Katherine Gonzalez	I	[Firma]
EU	Giancarlo Venturini Escobar	Suplente	[Firma]
EU	RODRIGO TOBIN CASANOVIA	3	[Firma]
EU	Mitchell Payne Talledo	suplente	[Firma]
EU	Carina Soukier	II	[Firma]
EU	Nataly Vera M. NAVARRETE	suplente	[Firma]
EU	Claudio Cepeda Melo	(-)	[Firma]
EU	Andres Rosales	II	[Firma]
EU	Natalia Gonzalez Rodriguez	I	[Firma]
EU	Karen Flores Escobar	Suplente	[Firma]
EU	Diana Colacion Zuniga	II	[Firma]
EU	Juan Carlos Soto	IV	[Firma]
EU	Carolina Pizarro	II	[Firma]
EU	Patricia Calderon	III turno	[Firma]

ANEXO 5: FIRMA ASISTENCIA A REUNION PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE CALIDAD Y MATRIZ DECISIONAL

asistente	firma
Karen Flores	Karen Flores
Cecilia Padilla	Cecilia Padilla
Alexandra Garcia	Alexandra Garcia
Patricia Calderon	Patricia Calderon
Christian Romo	Christian Romo
Francisco Venanzi	Francisco Venanzi

