



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y  
TECNOLOGÍA

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004 Acreditada mediante Resolución No  
15 del 31 de octubre de 2012

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD CON  
ESPECIALIZACIÓN

EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DEL CUARTO DE URGENCIA, EN UN  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, PARA LA MEJORA DEL SERVICIO.**

Autor:

Libezky Melissa Quintero González

Panamá, Septiembre 5, 2017.



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y  
TECNOLOGÍA

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004 Acreditada mediante Resolución No 15  
del 31 de octubre de 2012

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD CON  
ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

**PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DEL CUARTO DE URGENCIA, EN UN  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, PARA LA MEJORA DEL SERVICIO.**

Informe presentado como requisito para optar al grado de Especialización

Autor:

Libezky Melissa Quintero González.

Tutor: Melida Rodés.

Panamá, Septiembre, 2017

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo con mucho amor y cariño a mis dos grandes razones de vivir; mis hijos, Roberto Carlo y Libezky Gretell, los que cada día me impulsan a seguir adelante, ellos son el motor de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco primeramente a Dios por darme la fortaleza y la oportunidad de hacer unos de mis sueños realidad.

A la profesora Melida Rodes, a la profesora Yris Palencia por conocimiento y tiempo. Y a todo aquel que colaboró conmigo.

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	5
Contextualización del Problema.....	7
Objetivos de estudio.....	10
Importancia o Justificación.....	10
Marco referencial.....	13
Fundamentación teórica.....	16
• Las normas generales del Cuarto de Urgencias.....	16
• Atención del paciente en el servicio de urgencia.....	17
• Infraestructura.....	18
• El sistema de triaje que se utiliza en los Cuartos de Urgencias es el Manchester.....	18
• El primer nivel de atención.....	19
• El segundo nivel de atención.....	20
• El tercer nivel de atención.....	22
• Sistema de Urgencias.....	23
• Servicios de Urgencias Médicas.....	24
Análisis.....	25
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos.....	30

## INTRODUCCIÓN

La presente monografía está estructurada en los servicios de urgencias dadas la problemática que se presenta a diario. Lo que está escrito o detallado en la contextualización del trabajo; además, contiene los objetivos de la investigación que engloba el fin o meta que se pretende alcanzar. Seguidamente se detalla la importancia o justificación del estudio explicando a profundidad, los beneficios que lleva consigo el desarrollo de la investigación de los usuarios al momento de solicitar el servicio. Este estudio a su vez, servirá como medio de formación para el uso debido de este servicio. Por otra parte, este estudio cuenta con un marco referencial donde se analiza estudios referentes a las variables tomando en cuenta el año y el impacto que pueda ofrecer tanto teórico como metodológico en el desarrollo de la investigación. Finalmente se menciona el aspecto metodológico que conforma el procedimiento científico utilizado para analizar fundamentar y plasmar los conceptos experiencias y conocimientos adquirido durante la indagación, análisis, y vivencias dentro de la policlínica, referente al uso adecuado del cuarto de urgencias; de esta manera se considera este estudio documental descriptivo y bibliográfico, acompañado de conclusiones y recomendaciones que surgen del desarrollo de los objetivos específicos propuestos.

En este Segundo Nivel de Atención debe disponerse de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel; se debe contar con capacidad de atender, resolver, realizar y accionar.

La población que acude al Cuarto de Urgencias de este Segundo Nivel de Atención, le da un mal uso a los servicios que éste presta, el propósito principal es atender las verdaderas urgencias en un momento oportuno y preciso. El aporte más importante en esta investigación es que el cuarto de urgencia no esté saturado con morbilidades o atenciones de consulta externa.

Se deben fortalecer la Atención Primaria de Salud, para brindarle a la población una atención de consulta externa y evitar que los pacientes recurran al cuarto de urgencias. Tanto el paciente como el personal que labora: farmacias, laboratorio, rayos x, enfermeras, técnicos de enfermería, atención al asegurado y personal de registros médicos, deberá de estar instruido en los procedimientos de urgencias, para así brindar una atención eficaz, eficiente y oportuna.

## CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

El sistema de Salud en Panamá está integrado por tres niveles de atención. El primero, se ocupa del diagnóstico, tratamiento de los padecimientos sencillos, seguimientos de los casos recibidos de otros niveles y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores a donde remite temporalmente al paciente.

El sistema está integrado por tres niveles de atención, el primero se ocupa del diagnóstico, tratamiento de los padecimientos sencillos, seguimientos de los casos recibidos de otros niveles y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente; se apoya en los niveles superiores a donde remite temporalmente a los pacientes. Las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente en preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia, y cuya resolución es factible mediante recursos simples.

En lo referente al medio, se procura lograr un saneamiento ambiental básico; el primer nivel es, en suma, el ámbito de la medicina general. Las actividades, que se traducen en los servicios mínimos o básicos que caracterizan a este nivel están dirigidas no sólo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva del nivel de salud.

En este mismo orden, corresponde al segundo nivel las actividades dirigidas a la restauración de la salud, con atención a daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas. En lo que respecta al ambiente se ejerce el control sanitario de la contaminación ambiental, con apoyo del laboratorio.

Según García, Martín, y Sánchez (2013). Expresa:

Aquí se incluyen pacientes que están esperando para ser clasificados, ser vistos en consulta o de resultados. Vía rara de entrada ya que la mayoría son pacientes ya vistos en consulta y sacados fuera del circuito interno de las urgencias por patología banal y suelen ser pacientes muy estable( p.33).

De acuerdo, a la opinión del autor el segundo nivel de atención se clasifican los pacientes, los más urgentes se atienden en poco tiempo, los demás deben esperar ya que como se menciona son pacientes estables.

El tercer nivel realiza actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido enviados por los otros niveles de atención.

La problemática que se visualiza en los centros del segundo nivel es la saturación de la sala de urgencia, por la cantidad de usuario que asisten diariamente a recibir el servicio, además la mayoría de las consultas no son urgentes son de morbilidad o consulta externa.

Hay muchas causas de esta problemática podemos mencionar las citas telefónicas. Que son otorgadas con un tiempo de 3 meses en delante de los médicos especialistas, medicina general y odontología, otra de las causas puede ser la falta de orientación del centro de llamada; los pacientes se le dificultad conseguir la cita por este medio y cuando logran conseguirla o el paciente se alivia, se le olvida o recurre a otro centro de salud que pueda solucionar su necesidad.

A la población de adultos mayores le es difícil al realizar sus citas vías telefónicas ya que ellos tienen otras costumbres, y por tal motivo no tienen sus medicamentos a

tiempo; ellos son los que más le dan una mala utilización a este servicio de urgencia. Esto trae como consecuencia pacientes descompensados ya sean por la diabetes, hipertensión u otras consecuencias que pudiese controlarse en la atención primaria; además, la falta de personal médico, es mucho más grande el área de responsabilidad, que la atención al paciente que se realiza.

Las variables que tenemos son los procedimientos del cuarto de urgencia y la mejora del servicio en la atención brindada. Según Villanueva (2012).

El paciente frágil o el enfermo crónico con recidivas y descompensaciones no plantea en los servicios de Urgencias un reto diagnóstico significativo, sino de manejo clínico sabio y equilibrado y una intensidad de cuidados acorde a su dependencia o vulnerabilidad; por eso los hospitales, tanto en sus circuitos de urgencias, como en sus modelos de atención sub especializada, pueden llegar a ser muy tóxicos para este tipo de pacientes frágiles y pluripatológicos. En resumen, y por imperativos de calidad asistencial, tenemos que rediseñar la actividad clínica para adaptarla al cambio de la demanda e incorporar definitivamente los cuidados integrales en los procesos urgentes y emergentes (p.202).

Según el autor mencionado, se destaca el segundo nivel de atención, se encuentran pacientes descompensando, ya que al solicitar su cita al centro de llamadas no encuentran disponibilidad con el médico y esto hace que no tengan sus medicamentos a tiempo, lo cual ocurre lo antes mencionado.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **Objetivo General**

Analizar los procedimientos del Cuarto de Urgencias del segundo nivel de atención, para brindar una atención oportuna.

### **Objetivos Específicos**

Identificar las causas que motivan a las personas hacer uso del cuarto de urgencias.

Clasificar las diferentes sintomatologías para hacer uso apropiado de la sala de urgencias.

Describir los servicios que presta los diferentes niveles de atención a la población panameña.

## **JUSTIFICACIÓN**

Los centros de salud de nivel dos, cuenta con un cuarto de urgencia el cual está integrado por médicos generales, pediatras, enfermeras, técnicos de enfermería, personal administrativo, personal de registros médicos.

De acuerdo a los conocimientos y experiencias en el área de salud y a las investigaciones que he podido realizar he observado que a nivel internacional otros cuartos de urgencias se manejan con los procedimientos del triaje ya que clasifica a los pacientes de acuerdo a su urgencia y se le da la atención en un momento oportuno. Entre más alarmante sea su síntoma, más rápido es su atención. El triaje comienza con la evaluación inicial por parte de un médico, que identifica al paciente; y luego lo

clasifica en función de la gravedad de su condición, para priorizar su atención. Luego es asignado a un médico para que este le dé la atención que corresponda. Con esta medida se busca identificar de forma rápida la situación de riesgo del paciente y asignarlo al área de tratamiento más adecuado.

De igual manera Serrano, R. (2013)

La disponibilidad de un triaje estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias y emergencias. La disponibilidad de un sistema de triaje de cinco niveles, válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una manera fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.(p 6).

De acuerdo a lo definido anteriormente el segundo nivel de atención realiza estos procedimientos de evaluación por medio del triaje, el cual se les atiende a los pacientes más graves. Pero los usuarios desconocen cuales con los síntomas primordiales en la cual el paciente se atiende en poco tiempo.

En este mismo orden, es significativo mencionar que este nivel de atención, los pacientes consideran obligatorio por parte del centro la atención inmediata; sin percatarse de las prioridades que requieren los pacientes en estado crítico.

Según Molina y Zavala. (2014)

Nos dice que la evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización de un triaje correcto es a través de la informatización del mismo. Por tanto, la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente que acude a urgencias es un factor imprescindible para la adecuada implementación de este sistema en nuestro país. Otro factor fundamental a la hora de implementar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano, sin olvidar que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia. (p 16)

En este artículo como nos explica que los pacientes deben estar informados de cuál es su evaluación a que urgencia corresponde y en qué tiempo aproximado se le puede estar dando la atención.

El presente estudio tiene su mayor relevancia en poder darle un servicio satisfactorio al paciente que acude a los servicios de urgencias. Los beneficiarios directos son los pacientes que acuden a diario a recibir una atención oportuna en un momento preciso.

En este mismo orden, se señala que existen beneficiarios indirectos los médicos y personal de salud que labora en dicha área, al no saturar el cuarto de urgencia, y darle una atención en el momento indicado a los pacientes críticos.

Finalmente, la investigación se enmarca en la línea de investigación son los Programas Preventivos de Salud en la calidad de la atención de la salud.

## MARCO REFERENCIAL

El tema tiene relación tanto nacional como internacional. Hay estudios que presentan también dichas problemáticas, y normas que se deben cumplir, para dar una mejor atención. A continuación se mencionan:

Según, Huaman, S (2014), realizó una Tesis sobre “La Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital General I. José Soto Cadenillas Chota”. El siguiente trabajo se realizó con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de atención, siguiendo el Modelo de Donabedian quien hace énfasis en las dimensiones: estructura, proceso y resultado. La investigación a desarrollar es de tipo cuantitativa y por su alcance descriptiva, estudia, estudia hechos de la realidad, un proceso activo, sistemático y riguroso orientado a describir e interpretar los fenómenos o hechos de la realidad. En este trabajo se buscará evaluar las dimensiones de estructura, proceso y resultado en la calidad de atención del servicio de emergencia. Es descriptivo porque los datos se obtendrán directamente de la realidad sin que sean modificados o alterados. Se hará un análisis sistemático del problema con el propósito de describirlo, entender su naturaleza transversal, porque estudia la variable en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo. **Población**, está constituida por un total de 24 trabajadores que laboran en el Servicio de Emergencia y 102 pacientes. Para calcular la población de pacientes se ha tenido como fuente el libro de emergencias, donde se ha contado uno a uno los pacientes que reúnen los criterios de inclusión para este estudio a partir de 01 de agosto del 2013 al 31 de julio 2014, sumando un total de 1224 pacientes, de ellos se divide entre 12 meses resultando una población de 102 pacientes que se atendieron por mes. **Muestra** la población de trabajadores del servicio de emergencia por su pequeña se constituyera en muestra.

**Método de Investigación**, lógico-Inductivo, dada la naturaleza del trabajo de investigación, se ha llegado a conclusiones generales, teniendo en cuenta los resultados de la aplicación de cuestionarios y encuestas, a quienes se les aplicó como son trabajadores del servicio y pacientes, que vendrían hacer las premisa particulares. Analítico sintético, este método permitirá al investigador analizar la información relevante respecto al marco teórico, así mismo servirá para procesar la información recogida luego de aplicar los instrumentos de trabajo de campo que permitirán formular las conclusiones finales de la investigación. Método inductivo-deductivo, este en un método de inferencia basado en la lógica relacionado con el estudio de hechos particulares, aunque es deductivo en un sentido (parte de lo general a lo particular) e inductivo en sentido contrario (va de lo particular a lo general).

**Técnicas e instrumentos de recolección de datos** técnicas de gabinete, la aplicación de dicha técnica permitió recopilar información proveniente de diversas fuentes, la que se materializará mediante el empleo de los siguientes instrumentos. **Fichas de resumen:** tuvo como finalidad organizar en forma concisa los conceptos más importantes que aparecen en una o más páginas. Usamos esta ficha para sintetizar los contenidos teóricos de las fuentes primarias que servirán como contexto cultural de esta investigación. Fichas textuales: sirvieron para transcribir literalmente contenidos de la versión original. Lo usamos para consignar aspectos puntuales de la investigación como marco conceptual, principios de la investigación.

**Conclusión**, el 75% de los trabajadores del servicio de emergencias, tienen una percepción global de la calidad de atención es regular, y solo el 21% un percepción buena, en el mismo sentido lo hacen los pacientes; el 67% de los mismos perciben la calidad de atención como regular y el 32% perciben buena calidad de atención. **Recomendación**, capacitación al personal y jefaturas del servicio de emergencia sobre calidad de atención con énfasis en temas: gestión de los servicio de salud, elaboración protocolos de atención, auditorias de historias clínicas, comunicación asertiva, con el fin de mejorar la percepción de la calidad de atención al usuario interno y externo.

El mismo autor señala; Huaman, S (2014)

Que son los miembros de la comunidad los que deben evitar el abuso del servicio con el pensamiento que ellos serán los ganadores cuando acudan en busca de ayuda oportuna y encuentren un servicio de emergencia listo para atenderlos; un servicio de emergencia lleno de pacientes sin condiciones de urgencia no puede cumplir sus responsabilidades para con la comunidad. (pg35)

De acuerdo, a lo señalado por el autor, los centros de salud de segundo nivel de atención se da esta situación el abuso del servicio de urgencias, ya que no se puede dar una atención satisfactoria por la saturación de pacientes de consulta de morbilidad; los más beneficiados será siempre la comunidad; siempre y cuando le den un buen uso a este servicio de urgencias.

De este mismo tema se mencionan, Tejedor y Ferrer (2016), quienes elaboraron un artículo sobre: Seguridad del paciente, resultados clínicos y eficiencias en los servicios de emergencias.

Nos habla de que toda una serie de factores pueden contribuir a la aparición de eventos adversos en la atención a emergencias en el ámbito pre hospitalario: el entorno en donde se desarrolla la acción, factores del mismo paciente, factores relacionados con los proveedores de la asistencia (muy especialmente los problemas derivados de la comunicación) y los relacionados con la mirada de intervinientes en el sistema.

En este artículo podemos mencionar que si son muchos los factores que con llevan y contribuyen a que los usuarios necesiten de los servicios de urgencias, uno de ellos es la falta de comunicación de los pacientes en cuanto al uso adecuado de urgencias, la falta del personal médico en la consulta externa.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Según el Manual de Organización y gestión de los servicios de urgencias DENSYPS-CONASU (2012), nos explica las siguientes normas.

### **Las Normas Generales del Cuarto de Urgencias**

- a. Se deberá contar con el personal de perfil adecuado y la capacitación requerida para evaluar el tipo de gravedad y decidir hacia donde encausar el paciente dentro de este servicio.
- b. El responsable del Servicio de Urgencias procurará estar al tanto de las decisiones que en su ausencia tome el personal a su cargo, a fin de asegurar un buen manejo y restablecimiento del paciente.
- c. Todo padecimiento o evento de pacientes recibidos en el servicio de urgencias, haya sido calificado o no como urgencia deberá ser documentado debidamente en protocolos de ingreso y atención médica de paciente y demás formatos autorizados por las áreas respectivas de la Coordinación de Salud.
- d. Para el caso de que el paciente sea trasladado en ambulancia, el personal de primer contacto hará exigible identificación, firma y debido registro en el formato respectivo al médico y/o paramédico que lo acompañan. Además, de que informen sobre la situación en que se haya el paciente. Así mismo, se les requieren los objetos personales y los de valor, los cuales se entregaran ya sea al familiar o personal de tesorería para su resguardo quedando registro de ello.
- e. El Servicio de Urgencias de la Unidad Ejecutora deberá recibir a todo paciente que solicite atención médica, aun cuando no presente documentación alguna de referencia o de identificación de la persona.

f. Todo paciente que sea presentado en estado grave o inestable se canalizará de inmediato al área de choque y posteriormente se realizarán los trámites de traslado o ingreso hospitalario.

g. La estancia de los pacientes en el área de observación no podrá exceder a las veinticuatro horas, dada la demanda del servicio de urgencias.

h. Toda solicitud de atención médica por urgencias deberá ser otorgada durante las veinticuatro horas del día.

i. El médico tratante deberá solicitar los estudios necesarios de laboratorio y gabinete a efecto de establecer el diagnóstico y el tratamiento necesario.

### **Atención del Paciente en el Servicio de Urgencias**

a. El paciente que llega vertical al Servicio de Urgencia, referido por otro médico, debe pasar por el área de evaluación inicial y por el médico coordinador de turno, quien será el que determine la prioridad de atención y el manejo del paciente.

b. El paciente que llega horizontal al Servicio de Urgencia, referido por otro médico, debe pasar al médico coordinador de turno, quien será el que determine la prioridad de atención y el manejo del paciente.

c. Todo paciente que llega al Servicio de Urgencias será escuchado su motivo de consulta.

d. La atención no se dará necesariamente por el orden de llegada.

e. Si por el volumen de pacientes a la hora de cierre, el personal de urgencia labora más allá del horario establecido, se computará dicho tiempo para dar la compensación pertinente.

f. Es el médico coordinador quien determina la prioridad de la atención médica.

g. Es responsabilidad del Servicio de Urgencias, atender urgencias médico quirúrgicas aunque se trate de paciente NO ASEGURADO.

h. El criterio de prioridad es aplicable durante todo el horario de atención de la unidad ejecutora.

### **Infraestructura**

a. Los Servicios de Urgencias deben contar para el desarrollo del trabajo con las siguientes áreas:

- Área de Evaluación inicial (Triage).
- Área de REGES (recepción)
- Área de consultorios
- Área de observación
- Área de hidratación
- Área de procedimientos
- Área de inhalo terapia
- Área de reanimación
- Área de trauma
- Área crítica
- Área de descontaminación

### **El Sistema de Triage que se utiliza en los Cuartos de Urgencias es el Manchester**

El Sistema de Triage Manchester (MTS, de sus siglas en inglés Manchester Triage System), es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90 por profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo. El sistema, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los Servicios de Urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del

paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad que puede significar

Prioridad 1, atención **Inmediata** (identificados con el color Rojo),

Prioridad 2, atención **Muy Urgente** antes de 10 minutos, (color Naranja),

Prioridad 3, atención **Urgente** antes de 60 minutos (color Amarillo),

Prioridad 4, atención **Menos Urgente** antes de 120 minutos (color Verde),

Prioridad 5, atención **No Urgente** antes de 240 minutos (color Azul).

Se trata de un método de priorización de pacientes sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución (cada triaje dura entre 1 y 1,5 min), válido para pacientes adultos y en edad pediátrica y que define unos flujos y circuitos de pacientes que contribuyen de manera decisiva a la reorganización del Servicio de Urgencias Este método, que inicialmente se hizo para ser empleado en los Servicios de Urgencias de la Ciudad de Manchester, pronto fue adoptado como método de triaje en el Reino Unido y posteriormente en muchos países Europeos y de América del Sur. En España inició su andadura en el año 2004, de la mano de los profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital de Orense, extendiéndose desde ahí a más 70 hospitales a lo largo de nuestra geografía.

[www.tiaje Manchester manual.com](http://www.tiaje Manchester manual.com)

Al respecto el Dr. Manuel Barquín en su libro Dirección de Hospitales, menciona los diferentes niveles de atención:

### **El Primer Nivel de Atención**

La infraestructura, recursos y organización de este nivel responden al hecho de que su finalidad es la atención de la salud simple, pero continua, de poca complejidad y accesible a la población que habita en la comunidad o en sus inmediaciones.

Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender cuando menos 70% de los problemas que se presenten en el sistema, incluir la aceptación y participación de la comunidad, y lograr que éste satisfaga merced al desarrollo de las mejores relaciones humanas.

Las actividades, que se traducen en los servicios mínimos o básicos que caracterizan a este nivel están dirigidas no sólo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva del nivel de salud; por ello, deben abarcar tanto al ser humano como al ambiente y puede haber diversas modalidades, según el país, situación económica, social y grado de desarrollo.

Aun cuando la característica básica sea la simplicidad de los recursos, en la práctica se requiere la conjugación de recursos médicos, de enfermería y de promoción social para realizar tareas tales como la detección de enfermedades crónico de generativas, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad.

Los servicios o actividades que ha de emprender el equipo de atención primaria son: vacunaciones, más comunes contra: tuberculosis, difteria, tosferina, tétanos, poliomiélitis y sarampión, y la prevención de la caries dental. La consulta médica y el control de las enfermedades en algunos casos se incluyen dentro del programa; otras prestaciones dependen de la situación local y del estado de salud de la comunidad, como ocurre en el caso de la alimentación complementaria y de la promoción de obras de saneamiento. En las urbes es común ofrecer, además, algunas especialidades básicas: dental, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología y urgencias.

### **El Segundo Nivel de Atención.**

Debe disponer de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel; para ello se debe contar con capacidad para lo siguiente:

Atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presentan aproximadamente en 12% de los casos totales, y que requieren técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo del personal con adiestramiento, experiencia y equipos adecuados.

Atender y resolver los problemas ambientales en aspectos de control y vigilancia, para evitar daños directos a la salud debidos a agentes patógenos y sustancias tóxicas. También deben organizarse los recursos necesarios para efectuar acciones de ordenamiento urbano y ambiental en campos que sean responsabilidad del ministerio o secretaría de la salud, tales como el control de fuentes contaminantes por humos y polvo, desperdicios industriales, eliminación de desechos y vigilancia del saneamiento en sitios de reunión, baños públicos y sanitarios, y expendios de alimentos y bebidas.

Realizar, con base en la información generada por el sector, la función de vigilancia epidemiológica, estableciendo subsistemas necesarios para tener conocimiento oportuno de los daños a la salud, precisar sus dimensiones, profundizar en el conocimiento de sus variables y establecer las medidas adecuadas de atención a los individuos y al ambiente, conforme a los problemas detectados.

En este nivel se suman las acciones y recursos del conjunto de la estructura de salud pública en un área geográfica, para lo cual se requieren servicios de coordinación, dirección y control. Esto representa la integración de un nivel administrativo cuyo número de recursos y población por atender sea acorde con el nivel operativo regional.

Sin embargo, es necesario enfocar con flexibilidad la diferenciación entre el segundo y tercer niveles, pues los recursos humanos de especialidad médica no tiene ninguna formación diferente para funciones en uno u otro nivel; por tanto, si hay el equipo necesario en un segundo nivel, a veces resuelven problemas del tercero o viceversa.

### **El Tercer Nivel de Atención**

Este nivel de atención tiene como objetivo resolver el 8% restante de la demanda total de consulta y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población y que requiere de servicios muy complejos; sus unidades de atención médica para operar adecuadamente y con eficiencia deben tener una amplia área de influencia, y estar ubicadas en una zona urbana para efectos de conjugar los recursos humanos y materiales necesarios, pudiendo abarcar varios millones en población, con una isócrona máxima de dos horas por los medios habituales de transporte.

El tercer nivel tiene las siguientes características:

- Atiende problemas de salud poco frecuentes, pero muy complejos.
- Asiste a pacientes a los que se les proporciona atención episódica, en una gran mayoría referidos por los otros niveles de atención.
- Se emplea tecnología compleja y muy especializada.
- Requiere de personal altamente calificado en áreas específicas.
- Realiza investigaciones biomédicas y de servicios de salud de alto rango científico o académico.
- Se forman especialistas en las áreas propias del hospital.
- Se estudian y controlan los factores ambientales que repercuten en la salud humana.

Sin embargo, un número considerable de estas unidades atiende pacientes que corresponden a un segundo nivel, por las siguientes razones, para usuarios que habitan en sus inmediaciones se requiere un servicio oportuno y de la mayor accesibilidad geográfica en lo relativo a este segundo nivel. Se necesita formar recursos humanos en forma integral en una especialidad (médicos, odontólogos, etc.). A veces es

indispensable contribuir en algunos programas de investigación biomédica en los casos en que se requieren sujetos con morbilidad de segundo y a veces de primer nivel.

### **Sistema de Urgencias**

Los servicios de urgencia de las instituciones médicas pueden definirse como unidades que prestan servicios inmediatos al usuario, cuando ésta se encuentra en peligro de morir, de sufrir una incapacidad permanente u otro riesgo grave. Los servicios de urgencias tienen, desde luego, diferente amplitud y capacidad, según se trate de sistemas integrales de atención médica, unidades médicas aisladas, o locales para primeros auxilios e internación transitoria de pacientes en puestos o postas periféricas.

En muchas regiones cubiertas por sistemas de atención médica se ha intentado planificar los servicios tomando en cuenta el área geográfica y la demanda probable de servicios de urgencias, y procurando asignar recursos a las diferentes unidades médicas que operan en lo regional y en lo local.

En algunos modelos de atención médica se cuantifican las urgencias con respecto al número total de casos que atienden el sistema; así, los servicios urgentes representan en términos generales un 10% de la demanda de atención médica. Sin embargo, este porcentaje no sólo abarca a quienes van a morir o quedarán incapacitados en forma permanente; en muchos casos se solicita la atención por comodidad y accesibilidad del servicio, por la imposibilidad de que el paciente sea atendido en horas normales o simplemente por tratarse de un enfermo aprensivo. Todo esto influye en el volumen de la demanda. Por tanto, debe distinguirse entre la urgencia verdadera y las atenciones extemporáneas que se brindan en todos los servicios de este tipo, y que en muchos casos contribuyen, por su número, a un verdadero bloque para enfermos cuya condición es de extrema gravedad.

La proporción de enfermos de urgencias verdadera puede ser sólo la quinta parte de la demanda del servicio en las unidades médicas. Esta demanda puede equiparse a número de ingresos diarios que tiene un hospital para atención de pacientes de estadía corta.

## **Servicios de Urgencias en las Unidades Médicas**

Desde el punto de vista de las instalaciones, es necesario contar en el conjunto arquitectónico con el número suficiente de recintos para realizar el diagnóstico, la observación y el tratamiento de estos casos; en muchos países con gran población infantil y en hospitales de más de 50 camas, es posible encontrar servicios de urgencia que cuentan con secciones diferentes para el tratamiento de adultos y de menores; en nosocomio de más de 200 camas de tipo general se pondrán diferenciar locales para casos de medicina interna y de cirugía, y por separado de ginecoobstetricia y pediatría. Con respecto a las grandes divisiones de la atención médica, puede afirmarse que es similar la puesta en práctica de los servicios de medicina, de cirugía y de ginecoobstetricia, pero que la atención de los menores requiere una serie de cubículos con mesas pediátricas en los que se pueden efectuar tratamientos en casos de deshidratación, desnutrición de tercer grado e infecciones de los aparatos digestivo y respiratorio. Por tanto, es menester que, independientemente de las instalaciones de oxígeno y succión, se prevean las que tienen que ver con la introducción de líquidos reparadores a través de venoclisis y cámaras con ambiente húmedo y temperatura graduable, para enfermos pediátricos.

## ANÁLISIS

Después de hacer un análisis profundo e interpretación de la temática, se considera que el primer, segundo y tercer nivel de atención médica en Panamá, deben tener una orientación a los pacientes para que ellos conozcan en qué circunstancias se debe recurrir a los cuartos de urgencias. Se debe de coordinar con el departamento de atención al asegurado ya que ellos son los encargados de orientar al paciente, para que estos a su vez realicen charlas sobre todo en los cambios de turnos, esto contribuiría a que el paciente conozca por qué no se está evaluando en el triaje; distribuir trípticos con información a las sintomatología que tiene preferencias en este servicio y el tiempo de espera de cada categorización.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron fuentes secundarias de manera de poder apoyar esta teoría con trabajo de investigación, artículos y libros que permitieron desarrollar la temática. Por otra parte se puede decir que este estudio es documental y bibliográfico, porque a través de la selección de antecedentes o investigaciones laboradas se realizó una interpretación profunda de las variables que serían en este caso los procedimientos del cuarto de urgencias y las mejoras del servicio en la atención al paciente.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación relacionada a la atención en los cuartos de urgencias de segundo nivel de atención y el desempeño efectivo del personal de salud adjunto a cada uno de los departamentos, permite establecer las prioridades en servicios médicos de urgencias:

Para dar respuesta al objetivo N.- 1, se concluye que las razones que motivan a las personas a utilizar los servicios de urgencias son la falta de personal médico, la falta de orientación sobre todo a los adultos mayores en cuanto a la realización de adquirir sus citas en el centro de llamada, la demora en contestar para solicitarlas, es larga la espera para acudir a la cita. Los usuarios buscan otras alternativas como otros centros de salud que le dé respuesta a sus necesidades. Otros por no tener la facilidad de ir a otras instalaciones su mejor alternativa es recurrir a los cuartos de urgencias.

Para dar respuesta al objetivo N.-2, debe ser del conocimiento de los usuarios cuales son los pacientes críticos, motivos o síntomas que se atienden en el cuarto de urgencias, que tiempo aproximadamente puede tardar que el médico le dé la atención. Por eso se requiere darle el uso adecuado a cada uno de los niveles de atención, para que estos a su vez no se saturan con morbilidades que se pueden atender en consulta externa.

Para dar respuesta al objetivo N.-3, referente a los niveles de atención de salud médica en Panamá que se debe recurrir, esto todo depende de la urgencia que tenga. Por lo menos si es para un control de salud usted debe recurrir a un primer nivel de atención el cual se encarga de la promoción y prevención de enfermedades. Si el médico general lo refiere a un especialista, si debe recurrir a un nivel dos. Pero recordarle a los usuarios que en los cuartos de urgencias de este nivel no se cuenta con especialistas, solo médico general y en ocasiones pediatras. Se debe asistir al tercer nivel si la urgencia pudo ser

ocasionada por un arma blanca o de fuego y otras muchas razones que hemos mencionado.

A diario se da esta problemática de saturación de los cuartos de urgencias, muy mal uso, falta de educación y de orientación de los usuarios y también de los médicos con ellos. Ya que, en algunas ocasiones no se le da la atención adecuada en la consulta externa. Y esto al sentirse insatisfechos con la atención regresan a los servicios de urgencias a que estos le solucionen aunque sea por tres días, ya que este servicio solo se le da medicamentos por los días mencionados.

En el anexo (1 y 2), podemos observar una comparación del mes de julio 2016, y el mes julio 2017 la cantidad de pacientes que le dan mala utilización a los servicios de urgencias y los que son pacientes críticos o sea las verdaderas urgencias, esto demuestra el mal uso de las instalaciones en datos estadísticos reales, la cantidad de pacientes que no obtienen respuesta en consulta externa o en otros servicios, asisten a urgencias por una atención inmediata, que no se le puede dar como ellos esperan, ya que se deben atender solo casos urgentes y por eso su tiempo de espera es más extenso.

## **RECOMENDACIONES**

### **A la Caja del Seguro Social**

Planificar actividades conjuntamente con el departamento de atención al asegurado para que estos le den en la sala de espera charlas, del por qué se deben utilizar los servicios de urgencia. Comunicarles cuales son las verdaderas urgencias y porque se les atiende a ciertas persona antes.

Nombramiento a más personal de salud llámese médico, enfermera, etc.

Realizar un estudio en los diferentes niveles de atención en cuanto a los servicios de urgencias, para visualizar las necesidades del personal de salud que labora en esta área, para así poder ofrecerle una atención de calidad.

Invitar a las autoridades competentes a utilizar los diferentes medios de comunicación para la divulgación del uso adecuado de los diferentes niveles de atención llámese valla publicitaria, televisión, radio, folletos que impartan conocimiento al paciente.

### **A los Pacientes**

Se le sugiere que para medicamento, control de salud, solicitud de exámenes, se debe de solicitar sus citas por el centro de llamada.

### **Al personal Médico**

Orientar a los pacientes, según su sintomatología como esta categorizado y en qué tiempo se le puede dar la atención.

## BIBLIOGRAFÍA

Barquín, M. (1992). Dirección de Hospitales: Sistemas de atención médica. México, D.F. (6th ed.).

García, Martín & Sánchez. (2013). Atención integral al paciente crítico. Actuación de enfermería en urgencias. Granada.

Huaman, S. (2014). Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencias del hospital general I “José Soto Cadenillas”, Chota. Septiembre. Recuperado de <https://es.slideshare.net/salomonhuamanquina/tesis-final-corregida-huamn-quia>.

Molina & Zavala. (2014). CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAJE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. Revista CONAMED, Vol. 19, Núm.1, enero-marzo, 11-16. <https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/4730738>.

Tejedor, Ferrer & Ferrer. (2016). SEGURIDAD DEL PACIENTE, RESULTADOS CLÍNICOS Y EFICIENTES EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS. Revista de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias. DIALNET. Vol. 28. Junio.

Serrano, R. (2013). Sistema de triaje en urgencias generales. Recuperado de [dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561\\_serrano.pdf](https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_serrano.pdf).

Villanueva, J. Atención diferenciada al paciente frágil en urgencias. Actuación de enfermería en urgencias. Granada. Abril (2012).

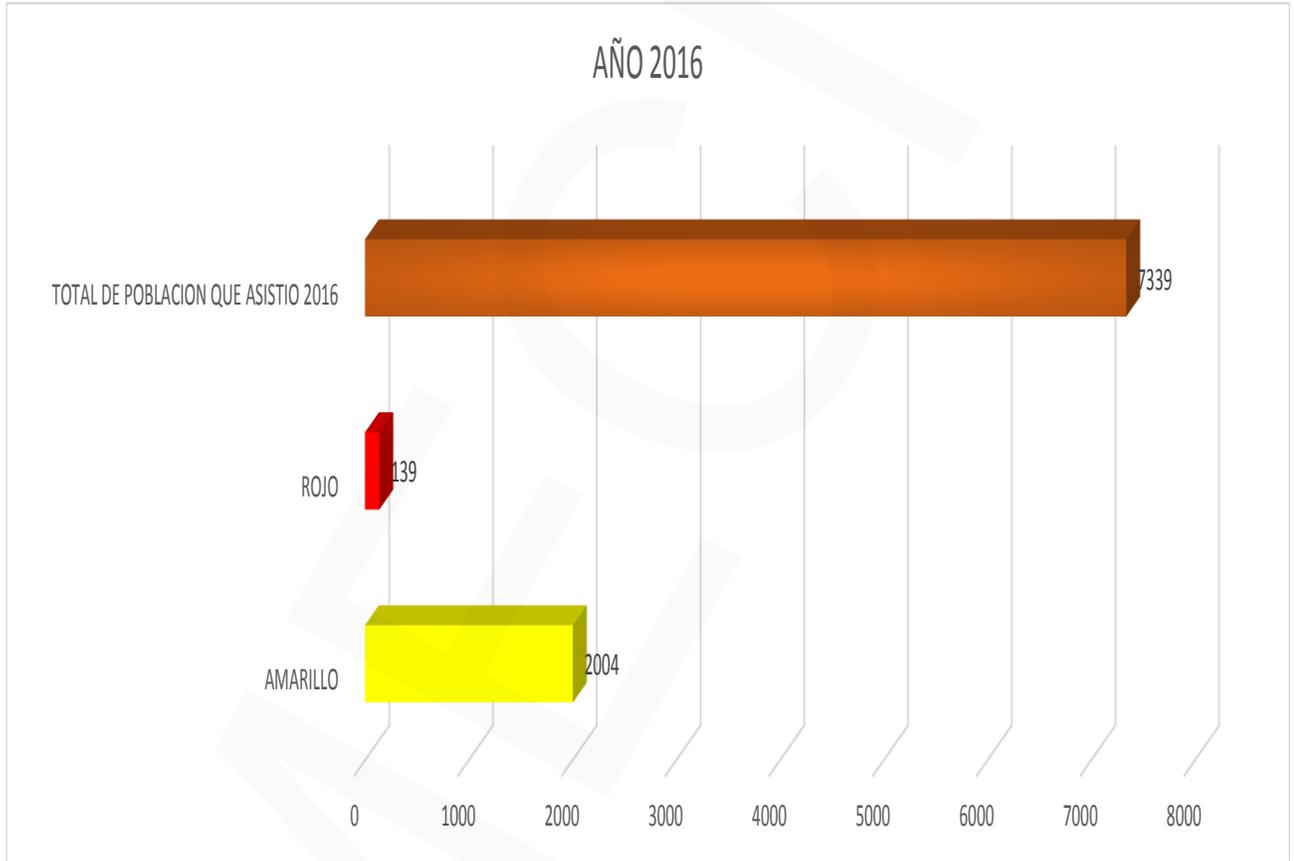
[www.cajadesegurosocial.go.pa.com](http://www.cajadesegurosocial.go.pa.com)

Manual de organización y gestión de los servicios de urgencias. DENSYPS.CONASU. Abril 2012.

[www.manualdeusuariosdeclasificación](http://www.manualdeusuariosdeclasificación) v.1.0.2.

# ANEXO

ANEXO 1  
GRAFICAS DEL MES DE JULIO 2016  
SERVICIOS DE URGENCIAS



ANEXO 2  
GRAFICAS DEL MES DE JULIO 2017  
SERVICIOS DE URGENCIAS

