



**AAS-041-2022**

5 de agosto de 2022

**RESUMEN EJECUTIVO**

El estudio se realizó de conformidad con la atención del Plan Anual de Trabajo 2022 del Área de Auditoría en Salud, en lo que corresponde a los servicios de urgencias (SUM) que prestan servicios las 24 horas en la institución.

Esta Auditoría considera importante fortalecer la gestión de los SUM, considerando que los coordinadores de los servicios de urgencias, al no ser una jefatura real, pero que asumen el desarrollo de las actividades del servicio, como apoyo a la dirección médica local, esto como recargo a sus actividades asistenciales y al no disponer de tiempo, ni apoyo administrativo para desarrollar labores de una jefatura, no están desarrollando funciones propias de la organización y buen funcionamiento del servicio.

En algunos servicios de urgencias de la institución, no están clasificando a los usuarios según CTAS o algún otro sistema de clasificación establecido, por las limitaciones de infraestructura y de recurso humano entrenado, por tales razones, los SUM están realizando filtros a través del personal de enfermería.

Actualmente muchos profesionales que laboran en los servicios de urgencias no han recibido el curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares (CREC) y los que lo tienen, en su gran mayoría esta desactualizado.

En la institución los servicios de urgencias no disponen de los medicamentos requeridos para el manejo de pacientes críticos, incluyendo el manejo avanzado de la vía aérea, necesarios para abordar de manera satisfactoria aquellas patologías críticas, que requieran ser intervenidos de forma inmediata.



**AAS-041-2022**

4 de agosto de 2022

## ÁREA AUDITORÍA DE SALUD

### AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL REFERENTE A LA GESTIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA INSTITUCIÓN GERENCIA MÉDICA-2901

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se atiende de conformidad con lo establecido en el plan anual operativo del Área de Auditoría en Salud del 2022.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar los procesos técnicos-Administrativos de los Servicios de Urgencias (SUM) que brindan atención 24 horas en las áreas de salud de la institución.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la disposición de manuales de organización, de funcionamiento, lineamientos de atención, programas de capacitación médica continua, identificación de riesgos de cada servicio, sistemas de control y supervisión aplicados, que garanticen la calidad en la prestación de servicios.
- Verificar que se disponga en los SUM de un sistema de clasificación tipo CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acute Scale).
- Determinar la disposición de medicamentos para el abordaje inicial de una emergencia en los Servicios de Urgencias

#### METODOLOGÍA

- Se realizó un recorrido de los siguientes Servicios de Urgencias de la Institución:
  - a. Area de Salud de Guadalupe
  - b. Area de Salud de Cariari de Pococí
  - c. Area de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí de Heredia
  - d. Area de Salud de La Cruz, Guanacaste
  - e. Area de Salud de Santa Cruz, Guanacaste
  - f. Area de Salud de Carrillo de Belén, Guanacaste
  - g. Area de Salud de Garabito
  - h. Area de Salud de Parrita
  - i. Area de Salud de Buenos Aires, Perez Zeledón
  - j. Area de Salud de Golfito, EBAIS de Puerto Jimenez



- Se aplica un cuestionario y una entrevista a los coordinadores de cada SUM visitado.

## ALCANCE DEL ESTUDIO

El estudio comprende la revisión de la gestión administrativa de los SUM, verificando la disponibilidad de manuales de su organización, funcionamiento, protocolos de atención, programa de capacitación médica, servicios de apoyo, sistemas de control y supervisión.

También se evaluarán aspecto como implementación del CTAS, capacitación del personal médico y medicamentos necesarios para la atención de emergencias.

Se incluyen solamente Servicios de Urgencias que laboran 24 horas, y se seleccionan 10 Áreas de Salud<sup>1</sup> que brinden este servicio, a criterio del médico auditor encargado del estudio.

Como limitante, la Gerencia Médica no ha brindado respuesta al oficio AI-348-2022, con fecha del 25 de febrero del 2022, donde esta Auditoría solicitó entre otros aspectos, los últimos informes o evaluaciones realizados por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), a los Servicios de Emergencias/Urgencias.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015, así como en las Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público, R-DC-119-2009, del 16 de diciembre de 2009.

## MARCO NORMATIVO:

- Ley General de Control Interno, 8292.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales.
- Ley 8239. “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”, publicada en la Gaceta 75 del 19 de abril del 2002.
- Manual de Procedimiento de Monitoreo y Control de los Indicadores de gestión para los Servicios de Emergencias de la Institución-Gerencia Médica 2018.
- Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Página 16, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM).

<sup>1</sup> (Area de Salud de Guadalupe, Area de Salud de Cariari de Pococí, Area de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí de Heredia, Area de Salud de La Cruz, Guanacaste, Area de Salud de Santa Cruz, Guanacaste, Area de Salud de Carrillo de Belén, Guanacaste, Area de Salud de Garabito, Area de Salud de Parrita, Area de Salud de Buenos Aires, Perez Zeledón y Area de Salud de Golfito, EBAIS de Puerto Jimenez).

## CONCEPTOS IMPORTANTES.

### Emergencia.<sup>2</sup>

Se define como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Pero en los Estados Unidos se utiliza como aquella patología que, sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. Requiere de atención médica inmediata cara a cara (solo se resuelve si usted atiende al paciente). Ejemplos de condiciones de emergencia incluyen, convulsiones, heridas por puñalada/herida por arma de fuego, descompensación diabética aguda, paro cardiaco, meningitis, fractura obvia (con fractura expuesta).

### Urgencia.

Se define como caso urgente, que requiere atención pronta. El cuidado urgente es el cuidado médico dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en un deterioro de una emergencia, o causar daño prolongado, temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo.

### Triage.

El termino proviene del francés “to sort” clasificar, este concepto fue utilizado de manera inicial en las guerras napoleónicas, el método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. La prioridad es para los pacientes con mayor probabilidad de vida en las condiciones más urgentes. Los servicios de urgencias utilizan el triage de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes.

### Clasificación del usuario (Triage-CTAS):<sup>3</sup>

Es la primera actividad de gestión clínica, que permite recibir y clasificar al usuario. El sistema de clasificación de pacientes se debe efectuar de acuerdo con la escala Canadian triage and acuity scale (CTAS). Es competencia de los profesionales en salud designados por la institución realizar la labor de clasificación. El CTAS es el método usado en este momento oficialmente por la Institución, sin perjuicio de que a futuro pueda ser cambiado o modificado. Se asigna la prioridad de atención y recurso asistencial a los pacientes que acuden para su atención.

<sup>2</sup> Dr. Alejandro Villatoro Martínez

Medico adscrito al servicio de urgencias American British Cowdray Campus Santa Fe UMAE General CMN Raza IMSS  
Profesor Titular Urgencias Medico Quirúrgicas ESM IPN México DF. 2005

<sup>3</sup> Perfil Funcional Servicios de Emergencias de Hospitales, CCSS, 2018



1		Azul	Reanimación	Inmediato
2		Rojo	Emergencia	15 minutos
3		Amarillo	Urgente	30 minutos
4		Verde	Menos urgencia	60 minutos
5		Blanco	No urgente	120 minutos

\*Corresponde a los tiempos ideales de abordaje del paciente por parte del equipo de salud según la norma CTAS. Dichos tiempos pueden variar según las condiciones trabajo de la unidad.

## HALLAZGOS

### 1. RESPECTO A LA GESTIÓN TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:

Se determinó que en los Servicios de Urgencias que laboran 24 horas (SUM), no se dispone de una organización funcional del servicio, de lineamientos o protocolos locales de las patologías de mayor importancia, de programas de actualización médica continua, identificación de riesgos y sistemas de control o supervisión que permitan garantizar el buen desarrollo de las actividades diarias.

Como producto de un cuestionario aplicado por esta Auditoría Interna, sobre actividades propias de cada servicio, a los coordinadores de urgencias de las 10 Áreas de Salud previamente seleccionadas, se determinó lo que se detalla a continuación:

- 1) De los 10 SUM analizados, el 50% no dispone de un protocolo o guía para la atención de patologías urgentes que se manejan de manera regular. Y de los servicios que disponen de un protocolo, el 80% está desactualizado.
- 2) El 80% de los SUM visitados, no disponen de un manual organizacional ni funcional del servicio.
- 3) El 90% no dispone de un programa formal de capacitación médica continua.
- 4) En ninguno de los SUM visitados, se realiza una supervisión de la calidad de la atención que se brinda, mediante la revisión seleccionada de expedientes de salud.
- 5) Hay 5 SUM que reportan tener problemas de disponibilidad de ambulancias para trasladar pacientes críticos, de los cuales 2 están en proceso de análisis para una contratación a terceros, y los demás no han logrado solventar el problema.
- 6) Con respecto a los servicios de apoyo, que dan soporte al SUM que labora 24 horas, se determina que 3 establecimientos, no disponen de Farmacia 24 horas y 8 servicios no tienen laboratorio las 24 horas. En el SUM de Puerto Jimenez, el laboratorio se habilita dos días a la semana.

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Página 16, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”.

**“(...) RESULTADOS:**

**Sobre las Jefaturas:**

*Para el adecuado funcionamiento y gestión de los Servicios de Emergencias y Urgencias, mismos que funcionan en la mayoría de los casos con jornadas laborales superiores a las 8 horas diarias, se debe de contar con personal que desarrolle las labores administrativas; a bien de evitar los recargos clínicos a las labores de jefatura.*

*Así mismo, en este punto, es importante contar con un equipo básico que este conformado por apoyo secretarial y hasta de un asistente administrativo; ya que, sin este apoyo, se dificulta el desempeño adecuado del médico que se encuentra con la jefatura / coordinación, ya que el tiempo destinado a labores administrativas se encuentra reducido y fraccionado por labores clínicas, y viceversa (...).”*

Debe recordarse lo establecido en la Ley General de Control Interno, específicamente lo señalado en el artículo 12 sobre los deberes del Jerarca y de los titulares subordinados:

*“(...) a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo. b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviación o irregularidades”.*

La misma norma en cuanto a la importancia de la supervisión constante establece:

*“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al Sistema de Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos”.*

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan en el apartado “Normas sobre actividades de control” señalan:

*“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”*

La institución no tiene establecido dentro de su estructura organizativa, disponer de Jefaturas en los Servicios de Urgencias de un Area de Salud, dicha responsabilidad esta sobre los directores de las Áreas de Salud y estos designan en su mayoría a médicos del mismo servicio, para que asuman la coordinación, pero esa función, es asumida como un recargo a sus funciones propias asistenciales que tienen dentro de ese mismo Servicio de Urgencias.



Manejar un Servicio de Urgencias como una coordinación de recargo, cumpliendo al mismo tiempo funciones asistenciales, sin disponer de tiempo o apoyo administrativo, incrementa el riesgo de que muchas de las funciones y responsabilidades administrativas del servicio, estén quedando en un segundo plano, tal situación podría estar generando un inadecuado aprovechamiento del recurso, al no tener claro la organización, funcionamiento y distribución de las actividades diarias del servicio. Sin dejar de lado que, al no ser una jefatura real, con poco respaldo de su director médico, en algunos casos, es sujeto a que algunos colaboradores del servicio y otras estructuras del centro médico no apoyen su gestión.

Al no disponer de protocolos o guías de atención actualizadas, un programa de capacitación médica continúa, falta de supervisión y control en los procesos de atención, no tener identificado posibles riesgos del servicio, podría estar generando que se brinden servicios asistenciales inadecuados, no estandarizados, ni acordes a la actualidad médica, poniendo en riesgo la salud de los usuarios y eventualmente exponiendo a la institución a posibles demandas y perjudicando la imagen institucional.

## **2.RESPECTO A LA GESTIÓN TÉCNICO-OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:**

### **2.1 CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (TRIAGE).**

De los 10 Servicios de Urgencias (SUM) visitados<sup>4</sup> por esta Auditoría, solo 3 disponen de un Área exclusiva para la realización del CTAS<sup>5</sup> con personal médico y de enfermería. Los 7 SUM restantes, no tienen un Área exclusiva para tales efectos, y no se realiza un CTAS como tal, disponen de filtros a través del personal de enfermería, donde la enfermera según su percepción, y los signos vitales del paciente, realizan una priorización en el manejo.

Los servicios de urgencias por lo general están sobresaturados por enfermos, con patologías en su gran mayoría no urgentes, que podrían solucionarse en el primer nivel de atención, pero en algunos casos, llegan pacientes que requieren una prioridad en su manejo y al no disponer de un sistema de clasificación formal, no son atendidos según la complejidad.

Con el fin de usar los recursos de forma más eficiente, oportuna y racional, se hace imprescindible, a nivel institucional, la implementación del CTAS o el método que la institución considere pertinente, para la clasificación de la priorización con la que un paciente en la sala de urgencias debe ser atendido.

La institución tiene definido en el Perfil Funcional de los Servicios de Emergencias de Hospitales de la CCSS, del sistema de Clasificación del usuario (Triage-CTAS), y lo define como la primera actividad de gestión clínica, que permite recibir y clasificar al usuario. El sistema de clasificación de pacientes se debe efectuar de acuerdo con la escala Canadian triage and acuity scale (CTAS).

<sup>4</sup> Área de salud de Buenos Aires, Área de Salud de Guadalupe y Área de Salud de Santa Cruz de Guanacaste

<sup>5</sup> Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

Sin embargo, no está bien definido, si este método de clasificación es funcional en algunos Servicios de Urgencias de la institución que, por sus particularidades locales, donde el flujo de usuarios es bajo en algunas jornadas específicas, o porque disponen de poco personal de salud.

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Página 12 y 42, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”.

### **“(…) TRIAGE**

*Se debe revisar la aplicación institucional del Sistema de clasificación CTAS, ya que todavía se identifican algunos centros que no lo están utilizando, pese a la capacitación respecto de estos desde el periodo 2013. Para estos efectos, se debe considerar que según lo mencionado por los diferentes centros visitados las razones de la no implementación son: falta de recurso humano (tanto médico como enfermería), falta de capacitación del personal y ausencia de área destinada para tal fin. (...). Los centros que no cuentan aun el sistema de Triage CTAS deberán implementarlo y documentar los resultados.”*

La Ley 8239 “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados en su artículo 2 dispone:

*“Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:*

*e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas ...”.*

Las particularidades propias de cada servicio de urgencias, la falta de recurso humano profesional para poder habilitar un sistema de Clasificación CTAS (tanto médico como de enfermería), la falta de entrenamiento del personal y las limitaciones de la infraestructura, que no permite tener un área funcional, para realizar la clasificación CTAS, según los requerimientos de cada servicio, son las limitantes que se logran observar en muchos SUM. Lo anterior conlleva a que los coordinadores de cada servicio se vean obligados a utilizar métodos no establecidos a nivel institucional, que se adaptan a las necesidades y condiciones de su servicio, esto debido a la no disponibilidad de recurso humano para tales efectos, esos métodos de clasificación, no establecidos por la institución, no necesariamente garantiza una mejora en el flujo y una priorización real en la atención de los pacientes.

## **2.2 CAPACITACIÓN PERSONAL MÉDICO:**

De 137 médicos que laboran en los 10 servicios de urgencias visitados por esta Auditoría, los cuales laboran en tiempo ordinario y extraordinario, en donde 51 (37%) profesionales tienen el Curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares (CREC), y 86 (63 %) de los médicos que no lo han recibido.

Un grupo de 65 médicos, de los cuales no se logró obtener información real, ya que no son propiamente del SUM, sino que son de las Áreas de Salud que realizan tiempo extraordinario, incluyendo algunos médicos del servicio social.

Según nos manifiestan los coordinadores de los servicios de urgencias, por efectos de la pandemia, ha obligado a que este curso fuera suspendido, y por el tiempo trascurrido en este momento, prácticamente todos los médicos requieren recibir la actualización del CREC.

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Recomendaciones finales, Página 44, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”.

*“(...) se recomienda que los médicos no especialistas que laboran en los servicios de Emergencias/Urgencias sean capacitados por la institución, según los parámetros que esta defina (...), para el abordaje inicial de los pacientes críticos. Para esto sugerimos que los médicos realicen cursos institucionales como el CREC (Curso de Reanimación y Emergencias Cardiovasculares) y pasantías en los Hospitales que pertenezcan a su RED donde haya Médico Emergenciólogo, con el fin de que adquieran las destrezas necesarias (...).”*

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan en el apartado “Normas sobre actividades de control” señalan:

*“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”*

Los servicios de urgencias evaluados, por sus características propias de brindar un servicio las 24 horas, por el alto volumen de la consulta y con recurso humano limitado, hace difícil lograr que todos los profesionales puedan asistir a las convocatorias realizadas por el CENDEISS para recibir esta capacitación.

Sin dejar de lado también, que los cupos otorgados son pocos y muy distanciados, esto debido a situaciones geográficas de algunas zonas del país, que dificultan aún más recibir esta capacitación, según nos manifiestan los coordinadores de los servicios de urgencias. El no disponer de la capacitación y actualización en el manejo de las emergencias de mayor prevalencia en los servicios de urgencias, podría poner en detrimento la salud de los usuarios, al no recibir un abordaje adecuado y actualizado que le garantice con las destrezas aplicadas, restablecer de forma oportuna aquellas afecciones que atentan contra la vida inmediata y lograr estabilizar su condición de salud, mientras es preparado para un traslado de forma segura a un Centro de Salud, con capacidad resolutive para ser intervenido por otras especialidades que así lo requieran.



### 2.3 MEDICAMENTOS DE USO EN EMERGENCIAS:

En todos los servicios de urgencias visitados, se determinó que no disponen de los medicamentos requeridos para el manejo avanzado de la vía aérea, como insumo para ser utilizado en la Secuencia Rápida de Intubación (SRI) en caso de una emergencia.

La secuencia de intubación rápida<sup>6</sup>, es un procedimiento el cual tiene como objetivo el asegurar la vía aérea lo más rápido posible, utiliza agentes de inducción y de bloqueo neuromuscular para lograrlo.

En el servicio de urgencias todo paciente que llega debe ser considerado como portador de estómago lleno, ya que en la mayoría de los casos se desconoce la hora de la última ingesta alimentaria. El problema se da, cuando este paciente que llega de la calle, en su gran mayoría por accidentes de tránsito, o por cualquier otro tipo de trauma, requiera una SRI para manejar la vía aérea.

El propósito de la SRI es facilitar el acceso a la vía aérea del paciente crítico minimizando el riesgo de complicaciones y aumentando la tasa de éxito de la intubación. Su uso para pacientes con aumento de riesgo de broncoaspiración y regurgitación de contenido gástrico es cada vez más común.<sup>7</sup>

Las condiciones de intubación<sup>8</sup> en situaciones de urgencia rara vez son las óptimas, habitualmente son urgentes e imposterables. En el paciente crítico, el manejo inicial debe orientarse hacia la obtención de una vía aérea definitiva y segura. La Secuencia Rápida de Intubación (SRI) es el procedimiento estándar para el manejo avanzado de la vía aérea en los servicios de urgencia.

Como punto importante, y que es fundamental para lograr y permitir una adecuada intubación, es la disponibilidad de los equipos de laringoscopia y sus respectivas hojas, que le permitan al profesional que realiza el procedimiento, tener acceso a la vía aérea con su hoja iluminada, para que pueda apartar la lengua y permitir la identificación de algunas estructuras anatómicas que son una guía para lograr la introducción del tubo endotraqueal.

De los Servicios de Urgencias visitados, el 90 % si disponen de estos equipos para intubar, los cuales, en el momento de la revisión por parte de esta Auditoría, todas tenían sus hojas de diferentes tipos y numeración, con su respectiva luz al momento de montarlas en el mango del laringoscopio. En el caso específico del SUM del Ebais de Puerto Jimenez, no se logró verificar el buen estado de los equipos, ya que, pese a que el mango tenía baterías, no encendían la luz de ninguna de las hojas del equipo.

<sup>6</sup> Revista Médica Sinergia Vol.5 (11), noviembre 2020 - ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279 <http://revistamedicasinergia.com>  
Secuencia de intubación rápida una revisión de la literatura - Dra. Alina Castillo Jiménez; Dra. Sofía Gallo Durán Dra. Gloriana Villalobos Alvarado

<sup>7</sup> Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. *reper med cir.* 2016;25(4):210–218, Artículo de revisión Inducción de secuencia rápida para intubación orotraqueal en Urgencias.

<sup>8</sup> Revista Chilena de Medicina Intensiva 2015; Vol 30(1): 23-32. Secuencia rápida de intubación en el Servicio de Urgencia.

Como punto adicional a la ausencia de algunos medicamentos para el manejo del paciente crítico, así como la no estandarización de las cantidades de medicamentos que deberían de estar en el carro de paro, por ejemplo; en algunos lugares mantienen solo una ampolla de diazepam, en otros tienen 10, en algunos lugares el Midazolam y el Diazepam lo tiene la farmacia, en otros solo dejan 1 ampolla, y otros manejan 5 ampollas en el carro de paro. La Amiodarona en algunos SUM solo tienen 1 ampolla, en otros manejan hasta 5 ampollas.

Según el “Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS – 2017, Página 17, emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), en representación a la Gerencia Médica”.

“(…) **MEDICAMENTOS:**

*Según lo establecido en el Oficio DFE-AMTC-3518-12-15 “**Asunto: Actualización de medicamentos para carro de paro para primero y segundo nivel de atención**” hace mención del listado de dichos medicamentos que tienen que estar presentes en el carro de paro y otro listado que tienen que estar de STOCK de farmacia en el servicio de emergencias en Clínicas y Áreas de salud de primero y segundo nivel de atención. Cabe mencionar que pese a que existe una normativa para el uso de algunos medicamentos, dicho oficio refiere que los medicamentos de la segunda lista podrán estar en centros que cuenten con las condiciones en cuanto de equipamiento y recurso humano capacitado (médicos especialistas en emergencias, médicos capacitados con manejo de RCP avanzado), con el fin de garantizar el uso racional de estos medicamentos, sin especificar las estrategias para asegurar la presencia de dichos medicamentos en todos los servicios de emergencias/urgencias de los diferentes centros. Consideramos además que a esas listas le faltan una serie de medicamentos importantes para la atención del paciente críticamente enfermo. **Como por ejemplo lo requerido para el manejo avanzado de la vía aérea (...).**”*

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan en el apartado “Normas sobre actividades de control” señalan:

*“4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”*

Aunado a lo que se menciona en el Informe Técnico emitido por la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), la institución, como parte de un proceso en la formación y en el entrenamiento que está facilitando a los médicos que laboran en los servicios de urgencias, impartiendo el curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares, conocido por sus siglas CREC, que es un curso propio de la institución, creado para satisfacer las necesidades de capacitación en emergencias, en el Módulo 2, titulado “Introducción a la vía aérea y la ventilación”, como parte de los medicamentos recomendados dentro de la secuencia rápida de intubación (SRI), menciona el uso de la Succinilcolina como parte de sus algoritmos de actuación.

La no disponibilidad de medicamentos necesarios para el manejo avanzado de la vía aérea, en los servicios de urgencias de la institución, se da por una restricción establecida por nivel de usuario, la cual se viene arrastrando hace muchos años, y la administración no ha generado las soluciones respectivas, pese a las recomendaciones de la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM), ente asesor de la Gerencia Médica, donde recomendó desde el 2017, la incorporación de dichos medicamentos.

Se le realiza entrevista al Dr. Pablo Rodríguez Chaves Coordinador del Servicio de Urgencias del Area de Salud de Cariari de Pococí, se le consultan algunos aspectos en relación con el manejo de la vía aérea de emergencia:

1) Si ellos disponían de algún agente de bloqueo neuromuscular (como por ejemplo la Succinilcolina):

*“No, pese a que basados en los cursos realizados por los médicos del servicio se podría justificar el contar con el medicamento, el comité de farmacoterapia nos lo ha negado en múltiples ocasiones por el nivel de usuario. Esto conlleva a un riesgo enorme para los pacientes que cotidianamente vemos (...). La cantidad de pacientes con compromiso de vía aérea es alta, tanto por accidentes de tránsito como de violencia y sicariato, los cuales se suman a los pacientes con patología cardiovascular que se complican súbitamente.”*

2) Han recibido pacientes de trauma, que han requerido una SRI, y por no disponer de relajantes musculares, han presentado alguna complicación o dificultad, que podrían haber expuesto la condición clínica de salud del paciente:

*“Si, en múltiples ocasiones, sin embargo, nosotros con recursos propios hemos adquirido dispositivos supraglóticos que permiten una vía paliativa y temporal del manejo de la vía aérea, sin embargo, el manejo definitivo y la evolución clínica se ven comprometidas por no contar con medicamentos que faciliten el proceso de intubación (...).”*

El Dr. Luis Alberto Campos Juárez, Coordinador del Servicio de Urgencias del Area de Salud de Carrillo, se le consultan aspectos en relación con el manejo de la vía aérea de emergencia:

1) Si ellos disponían de algún agente de bloqueo neuromuscular (como por ejemplo la Succinilcolina):

*“No disponemos de succinilcolina en este momento. Su uso se menciona en el Curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares (CREC), y considero un riesgo no disponer de este medicamento ya que aumenta considerablemente el éxito en la secuencia rápida de entubación y por consiguiente disminuye el riesgo de broncoaspiración”*

2) Han recibido pacientes de trauma, que han requerido una SRI, y por no disponer de relajantes musculares, han presentado alguna complicación o dificultad, que podrían haber expuesto la condición clínica de salud del paciente:

---

*“En unas varias ocasiones hemos tenido que hacer uso de la mascarilla laríngea al no tener una adecuada laringoscopia por la falta de succinilcolina”.*

El Dr. Roulán Jiménez Chavarría, Coordinador del Servicio de Urgencias del Área de Salud de Santa Cruz, se le consultan aspectos en relación con el manejo de la vía aérea de emergencia:

1) Si ellos disponían de algún agente de bloqueo neuromuscular (como por ejemplo la Succinilcolina):

*“No, debido a restricción de nivel de usuario. La ausencia de cualquier medicamento para el adecuado manejo de las emergencias es un riesgo para la vida de los pacientes y la seguridad de los funcionarios y la institución.”*

2) Han recibido pacientes de trauma, que han requerido una SRI, y por no disponer de relajantes musculares, han presentado alguna complicación o dificultad, que podrían haber expuesto la condición clínica de salud del paciente:

*“Si en varias ocasiones, en este servicio los accidentes de tránsito se presentan con frecuencia.”*

Es criterio de esta Auditoría, que el no disponer de medicamentos necesarios para el manejo de pacientes críticos, que faciliten a los médicos tratantes las condiciones adecuadas para brindar un buen manejo de la vía aérea, podría estar generando eventos ventilatorios que ponen en riesgo inminente la vida del paciente y posibles complicaciones como las asociadas a la broncoaspiración.

Aunado a lo anterior, al no disponer de los medicamentos necesarios para el manejo avanzado de la vía aérea, y la necesidad imperante de colocar un tubo endotraqueal, a un paciente crítico, induce a los médicos tratantes, a la utilización inadecuada de algunos medicamentos que, pese a las altas dosis, no consiguen las condiciones adecuadas para realizar una SRI.

## CONCLUSIONES

Los resultados evidencian la importancia de fortalecer la a gestión administrativa de los SUM, ya que los coordinadores no son una jefatura real, sin embargo, asumen la responsabilidad del desarrollo de actividades, como recargo a sus funciones asistenciales y al no disponer de tiempo ni apoyo administrativo para desarrollar labores administrativas, no están desarrollando funciones propias de la organización y buen funcionamiento del servicio.

En algunos servicios de urgencias de la institución, no están clasificando a los usuarios según CTAS o algún otro sistema de clasificación establecido, ante las limitaciones de infraestructura y de recurso humano entrenado, por tales razones, los SUM están realizando filtros a través del personal de enfermería, donde la enfermera según su percepción, y los signos vitales del paciente, realizan una priorización en el manejo.

De conformidad con la naturaleza de las actividades que se llevan a cabo en los SUM, se considera importante fortalecer el programa establecido para impartir el Curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares (CREC) en todos los servicios de urgencias de la institución, ya que actualmente muchos profesionales que laboran en los servicios no lo han realizado y los que lo tienen, en su gran mayoría esta desactualizado.

De conformidad con los servicios de urgencias sujetos a evaluación de esta Auditoría, no disponen de los medicamentos necesarios, para abordar de manera satisfactoria aquellas patologías críticas que requieran asegurar la vía aérea de pacientes que, debido a los accidentes de tránsito u otro tipo de trauma, ponen en riesgo la vida inmediata de los usuarios.

## RECOMENDACIONES

### AL DR. RANDAL ÁLVAREZ JUÁREZ, DE LA GERENCIA MÉDICA O EL QUE EN SU LUGAR CORRESPONDA.

Considerando que los resultados del estudio evidencian la relevancia de los SUM, en la oferta de servicios y en el impacto que genera en el fortalecimiento de los servicios de salud, se considera importante que esa Gerencia lleven a cabo las siguientes acciones para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud en las Áreas de Salud en las que se ofrece el servicio de urgencias:

#### RECOMENDACION 1:

Considerando que los coordinadores de los servicios de urgencias asumen funciones administrativas dentro de cada servicio, como apoyo a la dirección general del centro, llevar a cabo por la Comisión Asesora de los Servicios de Emergencias (CASEM), o por quien esa gerencia considere pertinente, un análisis según complejidad y las variables que se consideren, donde se valore la pertinencia de brindarles el apoyo administrativo necesario, o bien coordinar con quien corresponda, para la creación de un perfil funcional para los servicios de urgencias, que permitan desarrollar esas actividades administrativas, propias de la organización y funcionamiento del servicio, ya que actualmente desarrollan sus labores como recargo a sus actividades asistenciales.

Para el cumplimiento de la recomendación, se deberá de presentar a esta Auditoría los análisis realizados y las variables consideradas, donde se valoró la pertinencia de brindarles apoyo administrativo o bien la solicitud formal para la creación de un perfil funcional a los coordinadores de los servicios de urgencias.

**Plazo de cumplimiento: 9 meses posterior al recibido del presente documento.**

#### RECOMENDACION 2:

Con el objetivo de estandarizar la atención en los servicios de urgencias, esa gerencia, deberá de instruir a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, junto con las instancias que consideren pertinentes, la elaboración de lineamientos o guías de atención de aquellas patologías prioritarias, que, al no ser atendidas de forma inmediata, podrían atentar contra la vida de los usuarios.



Para el cumplimiento de esta recomendación, presentar a esta auditoría interna los lineamientos y/o guías de atención de las patologías prioritarias que se atienden en los servicios de urgencias.

**Plazo de cumplimiento: 12 meses posterior al recibido del presente documento.**

### **RECOMENDACION 3:**

Establecer la implementación del CTAS en todos los servicios de urgencias, para la clasificación de la priorización con la que un paciente en la sala de urgencias debe ser atendido, esto previo análisis de las limitaciones o particularidades de cada servicio de urgencias e informar en que lugares se aplicaría el CTAS 24 horas, según el volumen de pacientes y la disponibilidad de personal de salud.

Se deberá presentar a esta Auditoría Interna, el informe con los lugares que aplicaría el CTAS 24 horas.

**Plazo de cumplimiento: 6 meses posterior al recibido del presente documento.**

### **RECOMENDACION 4:**

Con respecto a los medicamentos que se utilizan en los servicios de urgencias, se considera importante disponer de aquellos que se utilizan en el manejo avanzado de la vía aérea, específicamente la succinilcolina, la cual es necesaria para proveer condiciones adecuadas para un buen manejo de la vía aérea, para lo cual, se deberá de solicitar el criterio técnico respectivo a la Dirección de Farmacoepidemiología, con el fin de valorar que la succinilcolina se encuentre disponible en Servicios de Urgencias que no cuenten con Médico Emergenciólogo y/o Intensivista y/o Anestesiólogo y/o Internista las 24 horas, de igual forma, definir que requisitos debe cumplir en cuanto a la capacitación del personal disponible, equipamiento, servicios de apoyo e insumos para el manejo transitorio del paciente crítico que requiere ser trasladado a un centro con mayor capacidad resolutive.

Como entregable a esta Auditoría, se deberá de facilitar la lista de medicamentos aprobadas para el manejo avanzado de la vía aérea, para ser utilizada por los médicos generales en aquellos servicios de urgencias que dispongan de las condiciones adecuadas para estabilizar pacientes críticos para un traslado adecuado.

**Plazo de cumplimiento: 3 meses posterior al recibido del presente documento.**

### **RECOMENDACION 5:**

Esa gerencia deberá de coordinar con el CENDEISS o con la instancia que corresponda, para que en los servicios de urgencias a nivel institucional se retomen las capacitaciones en el manejo de emergencias, tales como el Curso de Reanimación en Emergencias Cardiovasculares (CREC), así como el curso para clasificación de pacientes denominado como CTAS, entre otras capacitaciones que se considere pertinentes, para fortalecer los conocimientos y destrezas aplicadas al momento de una emergencia que atentan contra la vida inmediata de los pacientes.



Se deberá presentar a esta Auditoría Interna, un plan de capacitación por el responsable de impartir el CREC/CTAS, donde se defina fechas de los cursos/proyección del número de participantes por regiones.

**Plazo de cumplimiento: 6 meses posterior al recibido del presente documento.**

#### **RECOMENDACION 6:**

En coordinación con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, la Dirección de Red Integral de Servicios de Salud y la CASEM, se defina formalmente dentro de la organización de trabajo de los servicios de urgencias de la institución, la estandarización de los procesos que se desarrollaran en cada área funcional de los Servicios de Urgencias (clasificación de pacientes, observación, consultorios de atención, sala de reanimación, Área de Inhaloterapia, Área de colocación de Intravenosos, cirugía menor).

Se deberá de presentar a esta Auditoria el documento con la estandarización de los procesos de cada área funcional de los Servicios de Urgencias.

**Plazo de cumplimiento: 9 meses posterior al recibido del presente documento.**

#### **RECOMENDACION 7:**

Instruir a la Dirección de Red de servicios de salud, para que se implemente a nivel regional o local de la institución, programas de actualización médica continua, donde participen especialistas de diferentes ramas de cada región, y se aborden actualizaciones en temas de emergencias, así como temas relacionados con el buen trato al usuario y aquellos otros temas de interés, relacionados con la prestación de los servicios de salud en urgencias.

Para su cumplimiento, presentar a esta Auditoria la instrucción realizada por parte de la Gerencia Médica y las acciones ejecutadas por cada Dirección de Red Integrada, donde se debe incluir un cronograma de las actividades a realizar de forma anual.

**Plazo de cumplimiento: 6 meses posterior al recibido del presente documento.**

#### **RECOMENDACION 8:**

Instruir a las Dirección de Red de Servicios de Salud, para que realice un protocolo de supervisión aleatoria, mediante la revisión en el EDUS, donde determine la calidad de los registros en cuanto a la documentación adecuada y objetiva de la información, el desarrollo de las actividades sustantivas y procedimientos que se llevan a cabo en el acto médico en los servicios de urgencias de la institución.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, se debe presentar a la Auditoria Interna los protocolos elaborados por cada Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud,

**Plazo de cumplimiento: 6 meses posterior al recibido del presente documento.**



## **COMENTARIO DEL INFORME**

De conformidad con lo establecido en el Artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe fueron comentados el 05 de julio del 2022, con los siguientes funcionarios de la administración: Dr Randall Álvarez Juárez, Gerente Médico, Dr. Donald Corella Elizondo, Coordinador de la CASEM, Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de la Gerencia Médica,

## **ÁREA AUDITORÍA DE SALUD**

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías, jefe  
**Subárea**

Dr. Juan Carlos Morales Sánchez  
**Asistente de Auditoría**

RMJM/JCMS/lbc