



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**PLAN FUNCIONAL
DE LA SECCIÓN DE URGENCIAS
DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS**

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Subdirección de Asistencia Especializada – Gestión Sanitaria
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

1. FUNDAMENTO

- 1.1 Introducción y justificación
- 1.2 Premisas básicas

2. ESTRUCTURA FUNCIONAL

- 2.1 Cartera de Servicios
- 2.2 Areas funcionales
- 2.3 Circuito de pacientes

3. ATENCIÓN AL PACIENTE

- 3.1 Elementos básicos de la atención
- 3.2 Organización de la atención al paciente
- 3.3 Historia Clínica y documentación

4. EQUIPO HUMANO

- 4.1 Actividades del personal
- 4.2 Mapa de competencias

5. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

6. RELACIONES Y COORDINACIÓN

7. CALIDAD ASISTENCIAL

8. PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN

- 8.1 Análisis de situación
- 8.2 Elaboración del plan
- 8.3 Actuaciones en el hospital
- 8.4 Fases de aplicación del plan en el hospital
- 8.5 Actuaciones en atención primaria
- 8.6 Fases de aplicación del plan en atención primaria

1. FUNDAMENTO

1.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde las transferencias a la Junta de Andalucía de las competencias sanitarias y, muy especialmente, desde la creación del Servicio Andaluz de Salud por la Ley 8/1986 de 6 de Mayo y sus decretos de desarrollo posteriores, quedan encomendadas a dicho organismo autónomo la organización, gestión y administración de las urgencias sanitarias en general y de las hospitalarias en particular.

La Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud, ha desarrollado a lo largo de este tiempo un importante esfuerzo inversor y de gestión, que se ha concretado especialmente en la ejecución de importantes obras de nuevas áreas de urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, así como en actuaciones de mejora y/o ampliación de lo existente, todo lo cual supone un incremento estimable de la infraestructura de servicios sanitarios de urgencias propios.

Por otra parte, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía considera que el ciudadano es el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y que sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción son los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza.

El Plan de Calidad de la Consejería de Salud establece un enfoque de calidad donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la satisfacción de los ciudadanos es irrenunciable. Dicho enfoque se centra en el elemento básico del sistema sanitario, el proceso asistencial, integral y único, en el que la continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira la organización y funcionalidad del sistema.

La continuidad asistencial, mucho más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano.

En esta perspectiva debe contemplarse la actividad de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), de los Equipos de Emergencias y de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).

Su papel en dicho modelo de calidad debe contribuir a generar más satisfacción en el ciudadano, actuando, entre otros aspectos, sobre los tiempos de asistencia, la accesibilidad a los servicios y la atención sanitaria personalizada.

Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias fueron creados mediante la resolución 6/94 del Servicio Andaluz de Salud. Dicha resolución establece una estructura organizativa en la que, conceptualmente, pueden definirse cuatro puntos básicos:

- Las áreas de Urgencias de los hospitales se estructuran como una Sección que, junto con la Sección de Intensivos, constituyen el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Ambas Secciones dependen orgánica y funcionalmente del citado Servicio.
- La Sección de Urgencias ostenta la responsabilidad de la atención de todos los enfermos que demanden en ella atención sanitaria urgente.
- Los facultativos de guardia de otros servicios o especialidades actuarán como médicos consultores bajo llamada en los problemas específicos que sean de su competencia cuando se superen las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la Sección de Urgencias. En este caso, las decisiones asistenciales adoptadas serán de responsabilidad conjunta entre la Sección de Urgencias y la especialidad correspondiente.
- La Sección de Urgencias integra diversos profesionales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores, personal de limpieza,...) que dependen orgánicamente de su línea jerárquica, pero, funcionalmente, dependen del Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y, por delegación, del Jefe de la Sección de Urgencias.

Los planes funcionales son herramientas que pueden contribuir a la mejora de la calidad ofertada por las distintas unidades asistenciales. En este sentido se concreta el Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los SCCU, que debe dar respuesta adecuada a lo que, hoy día, se considera (por la OMS y la mayoría de organizaciones sanitarias) una “urgencia” médica, esto es, “toda aquella situación entendida como tal por un ciudadano”.

En relación con ello, el Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los SCCU debe orientarse a organizar la actividad, con el objetivo de garantizar una asistencia integral y de calidad al ciudadano que demanda atención urgente y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial, promoviendo una interrelación activa con los distintos niveles de atención.

El Plan Funcional debe dar respuesta a cuatro preguntas clave:

- ¿Qué actividad asistencial se está realizando?
- ¿Qué recursos humanos y materiales se están utilizando?
- ¿Con qué nivel de calidad?
- ¿Qué aspectos de la actividad se pueden mejorar?

1.2. PREMISAS BÁSICAS

El fin último de la Sección de Urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Para ello, la Sección de Urgencias adaptará, por un lado, la cartera de servicios para proveer aquellas prestaciones sanitarias con rentabilidad social para que sean eficaces, efectivas y eficientes, y por otro, su organización interna para que esté centrada en el ciudadano como cliente y en la comunidad como referente.

En relación con ello, las premisas básicas de la Sección de Urgencias, y del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias en que se integra, deben ser:

1.2.1 Servicio Integrado

La Sección de Urgencias no es un ente aislado, sino que forma parte del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, donde también se incluye la Sección de Cuidados Intensivos.

Esto implica relaciones amplias, coordinadas, con protocolizaciones conjuntas y actuaciones diagnósticas y terapéuticas secuenciales, en función de los niveles de gravedad, para dar una respuesta, de manera rápida, eficaz y confortable, a las necesidades de los pacientes, sin solución de continuidad en la atención entre las dos secciones.

1.2.2 Servicio Comunitario

El Servicio debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y, para ello, debe establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias: con los restantes Servicios del hospital, consensuando sus protocolos y organizaciones de trabajo; con el resto de Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, ya sean comarcales o de especialidades, con los que su relación sea intensa, estableciendo planes estratégicos conjuntos, tanto a nivel de la Sección de Cuidados Intensivos como de la Sección de Urgencias; con los profesionales de Atención Primaria y de DCCU, para actuaciones después del alta de los enfermos y protocolizaciones comunes, incluidas las indicaciones de derivación al hospital; con los Servicios de Emergencias extrahospitalarios; y, sobre todo, con los ciudadanos, dando a todos

los aspectos organizativos una orientación al cliente, que incluya aspectos de prevención y promoción de la salud y autocuidados.

1.2.3 Servicio Eficiente

El cambio generado en los últimos años en los servicios sanitarios exige un nuevo enfoque en la actividad hospitalaria, que permita utilizar los recursos existentes, tanto humanos como materiales, con visiones de eficacia, efectividad y eficiencia, que generen el máximo posible de rentabilidad social y posibiliten el logro de los fines y prioridades de la Administración Sanitaria Pública.

No se trata, pues, sólo de funcionar de manera eficiente, sino también de posibilitar la puesta en marcha de experiencias singulares en relación con nuevas fórmulas organizativas y presupuestarias que, paulatinamente, puedan ser exportadas a otros servicios (Unidades de Gestión Clínica, etc.).

1.2.4 Servicio General

El Servicio debe atender, con un nivel de calidad excelente, la demanda asistencial de su área de influencia. En este sentido tiene que compatibilizar dos aspectos: por un lado, la necesidad de una actividad polivalente pero que huya de una dinámica incrementista, y por otro, aparentemente opuesto, la también necesidad, tanto de la organización como de los profesionales, de incorporar aspectos de servicios y tecnologías punta en áreas específicas de actividad.

El sabio balance entre estos dos conceptos y el entender que las prioridades de desarrollo del servicio y de sus profesionales deben ser consecuentes con las líneas estratégicas del hospital en su conjunto, permitirán que no se produzcan disintonías entre los intereses particulares y los generales.

1.2.5 Servicio Innovador

El Servicio debe adoptar una estructura organizativa flexible que permita dar respuesta a la mayor parte de la demanda actual y a las variaciones que puedan producirse en el futuro inmediato, tanto desde el punto de vista tecnológico como de gestión de personal o de cambios conceptuales. No se trata de olvidar el pasado, sino de analizarlo, utilizarlo y, conjuntamente con los cambios en el entorno, diseñar permanentemente el futuro.

1.2.6 Servicio de Alta Calidad

El concepto de excelencia en el trabajo, de calidad total y de perfeccionamiento continuado de la calidad debe impregnar todas las decisiones y

actuaciones del propio Servicio y de los profesionales, convirtiéndose, pues, en uno de sus principios de funcionamiento predominantes.

Los criterios de calidad aplicables deben recoger los intereses de los tres actores del sistema sanitario, profesionales, gestores hospitalarios y ciudadanos, y abordar por tanto las vertientes de accesibilidad al servicio, objetivos institucionales, calidad científico-técnica, aceptación y satisfacción del cliente.

2. ESTRUCTURA FUNCIONAL

2.1 CARTERA DE SERVICIOS

2.1.1 INTRODUCCIÓN

Es indudable que las Urgencias constituyen uno de los sectores, hoy en día, más dinámicos de la Medicina. La aparición de nuevas tecnologías y materiales hace que los protocolos y procedimientos se ajusten y modifiquen constantemente, por lo que resulta casi imposible el dominio de toda la panoplia de técnicas y aparatos disponibles.

La Cartera de Servicios, entendida como el conjunto de prestaciones que se ofertan a los usuarios de dicho servicio, tiene como objetivo brindar una mejor atención al paciente, y es evidente que cada Sección de Urgencias, cada hospital y cada zona geográfica y de salud tienen unas particularidades que obligan a que la Cartera de Servicios de cada Sección de Urgencias dé respuesta específica a las singularidades que les son propias.

La Cartera de Servicios de una Sección de Urgencias se define en función de tres premisas generales:

- A) Un área de Urgencias debe estar diseñada para dar atención a la demanda de asistencia urgente de su entorno, por lo que debe proyectar su Cartera de Servicios de forma que pueda:
- Garantizar la atención.
 - Ofrecer una atención integral.
 - Asegurar la continuidad del proceso asistencial.
- B) Un área de Urgencias debe dar respuesta a todas las situaciones. Considerando que el índice de resolución de las diferentes situaciones de urgencia debe estar en función de la complejidad del propio hospital en el que se encuentre, se deberá:

- Priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y recursos, a la urgencia en cualquiera de sus niveles.
- Atender la situación patológica que presente el paciente. Como requisito mínimo se exige que un área de Urgencias tenga los recursos para:
 - a) Asistir una Parada Cardiorrespiratoria.
 - b) Estabilizar cualquier proceso patológico.
 - c) Emitir un juicio diagnóstico sindrómico.
- Derivar, en su caso, o dar una solución finalista, en otros, de acuerdo con la capacidad del complejo hospitalario. Un área de Urgencias debe asegurar la continuidad del proceso asistencial y por ello debe proceder a una derivación correcta, tanto en la forma como en el medio, de manera que a cada paciente y a cada proceso se le garantice el nivel asistencial adecuado, al mismo tiempo que se mantenga el principio de equidad, de forma que la geografía no sea un factor discriminatorio

C) Un area de Urgencias Hospitalaria deberá ser totalmente operativa 24 horas todos los días.

2.1.2 DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La Cartera de Servicios de la Sección de Urgencias del SCCU incluye los siguientes apartados:

1. Atención a la Parada Cardiorrespiratoria, al Politraumatizado y a la Emergencia (Urgencia Vital).
2. Procedimientos de Control y Observación.
3. Procedimientos Terapéuticos / Diagnósticos.
4. Procedimientos Terapéuticos.
5. Procedimientos Diagnósticos.
6. Traslado de Pacientes.

1. Atención a la Parada Cardiorrespiratoria, al Politraumatizado y a la Emergencia (Urgencia Vital).

1.1. Aislamiento y control de la vía aérea y ventilación:

- Cánulas de Guedell.
- Ventilación manual con bolsa y mascarilla.
- Pulsioximetría.
- Oxigenoterapia.
- Intubación traqueal.
- Técnica de intubación difícil (al menos, una).
- Cricotiroidotomía.
- Ventilación mecánica no invasiva e invasiva.

1.2. Control cardiocirculatorio:

- Monitorización electrocardiográfica
- Desfibrilación eléctrica.
- Cardioversión sincronizada
- Marcapasos externo.
- Monitorización no invasiva de la presión arterial
- Monitorización de la presión venosa central.

1.3. Atención al Politraumatizado:

- Técnicas de inmovilización de la columna.
- Técnicas de inmovilización de miembros.

1.4. Manejo, control y administración de las drogas protocolizadas

2. Procedimientos de control y observación.

Toma y monitorización de temperatura.

Toma y monitorización de pulso y frecuencia respiratoria.

Toma y monitorización de presión arterial no invasiva.

Monitorización electrocardiográfica continua.

Monitorización de la saturación de O₂ .

Monitorización de diuresis horaria y por turnos.

Control de otros fluidos, secreciones y excreciones. Balance hídrico.

Monitorización de otros signos clínicos específicos: Glasgow...

Protocolo de administración de drogas y medicación.

3. Procedimientos terapéuticos/diagnósticos.

Acceso a vía venosa periférica.

Acceso a vía venosa central.

Punción Arterial.

Vía Intraósea.

Sondaje vesical.

Sondaje naso-gástrico.

Sistemas de perfusión continua.

Maniobras de RCP Básica y Avanzada.

Paracentesis.

Toracocentesis.

Aspiración de secreciones.

4. Procedimientos terapéuticos.

4.1 Quirúrgicos:

- Suturas de heridas de piel y tejido subcutáneo, no complicadas, sin repercusión funcional ni estética.
- Cura y limpieza de heridas y quemaduras.
- Tratamiento, taponamiento de hemorragias y control de heridas sangrantes .

- Extracción de cuerpos extraños en piel.
- Extracción simple y curación de cuerpos extraños corneales.
- Extracción simple de cuerpos extraños de cavidad orofaríngea, fosas nasales y conducto auditivo.
- Vendajes, inmovilizaciones de miembros y férulas.
- Atención al politraumatizado.

4.2 Otros:

- Administración de aerosoles con aire y oxígeno.
- Oxigenoterapia.
- Ventilación no invasiva.
- Administración y manejo de medicación de urgencias.
- Sedación y analgesia bajo protocolo.
- Anestesia tópica y local.
- Procedimientos y protocolo de limpieza, aseo y cuidados corporales y prevención de úlceras por decúbitos.

5. Procedimientos diagnósticos.

5.1 Del Área de Urgencias:

- ECG de tres canales.
- Analítica seca para glucemia.
- Fondo de ojo.
- Exploración con lámpara de hendidura.
- Otoscopia y Rinoscopia.
- Laringoscopia indirecta.
- Punción Intrarraquídea.

5.2 Del Servicio de Radiología:

- Rx Simple de abdomen.
- Rx Tórax.
- Exploración ósteo-articular.
- Ecografía Abdominal (Bajo protocolo).
- Tomografía Axial Computerizada (Bajo protocolo).

5.3 Del Servicio de Hematología:

- Hemograma: con Hemoglobina, Hematíes y sus parámetros, Plaquetas y Leucocitos y fórmula.
- Coagulación: con TP, TPTA, INR, Fibrinógeno.
- Frotis (Bajo protocolo).
- Dímero de fibrina y cuantificación (Bajo protocolo).

5.4 Del Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos:

- Determinaciones en Sangre: Glucosa, Urea, Creatinina; Sodio, Potasio, Cloro, Calcio; Proteínas totales; Bilirrubina total y directa;

CPK y Mb; Troponina; Amilasa; Gasometría; Fármacos (Al menos en turno de mañana: Teofilina, Litio, Digoxina).

- Determinaciones en Orina: Examen en fresco de sedimento y elementales; Amilasuria; Test de gestación; Tóxicos en orina (benzodiazepinas y barbitúricos cocaína, cánnabis, anfetaminas opiáceos, metadona).
- Determinaciones en Líquidos Orgánicos: Líquido Cefalorraquídeo (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula; glucosa y proteínas), Líquidos pleural, articular y ascítico (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula; glucosa y proteínas; LDH y Amilasa; pH).

5.5 Del Servicio de Microbiología:

- Recogida y procesamiento para Cultivo y Antibiograma de sangre, líquidos corporales, secreciones y cualquier catéter o material.
- Gota Gruesa; Test de Mononucleosis (Bajo protocolo).

6. Traslado de pacientes.

Dado que los recursos deben estar localizados allá donde su eficacia y eficiencia sean mayores y atendiendo al principio de que todos los ciudadanos deben tener similar accesibilidad a todos los servicios sanitarios, se hace imprescindible un protocolo, y la dotación necesaria en vehículos, material y personal capacitado, para trasladar a los diferentes niveles de atención a los pacientes que lo requieran.

Por ello, la Sección de Urgencias de determinados hospitales debe poder disponer de:

- Ambulancia medicalizable, con enfermero, para pacientes no críticos y estables.
- Ambulancia de críticos, con material, enfermero y médico, para enfermos críticos e inestables.

Todo ello tal y como se recoge el protocolo de traslado del Plan Andaluz de Urgencias.

2.2 ÁREAS FUNCIONALES

La asistencia en Urgencias se articula en torno al principio de dar preferencia a los pacientes más graves. En relación con ello se definen unas Áreas Funcionales, o Circuitos de Pacientes, diferenciados según el riesgo, los medios diagnósticos y terapéuticos que requieren y el tiempo previsible de estancia en Urgencias:

1. ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN.
2. ÁREA DE CLASIFICACIÓN.
3. ÁREA DE CONSULTAS O POLICLÍNICA.
4. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE SILLONES.
5. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE CAMAS.
6. ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES.

2.2.1. ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN

Su función es facilitar el acceso de los pacientes y familiares, cumplimentar la faceta administrativa, facilitar un lugar de espera para la familia y proporcionar la información necesaria.

2.2.1.A Área de Recepción de Celadores

A la llegada del paciente a la puerta de Urgencias será recibido por el Celador de Puerta, que deberá:

1. Hacer una valoración inicial del paciente, de la que se derivará el medio de transporte requerido (carro, camilla o ninguno) y la posible activación del circuito de Emergencias. Inicialmente, para la asignación del medio de transporte, el celador deberá valorar el nivel de conciencia de paciente, preguntándole cómo se encuentra:
 - si el paciente no responde (inconsciente): se le asignará una camilla.
 - si el paciente responde (consciente): se le preguntará (con independencia de que venga en camilla o no) si se encuentra en condiciones para caminar, asignándole carro, camilla o nada en función de ello.
2. Actuar con adecuación al documento sobre tareas de los Celadores del Servicio de Urgencias.

2.2.1.B Área de Admisión de Urgencias

Depende del Servicio de Admisión, aunque su relación funcional con Urgencias sea muy estrecha. Su función principal es el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Por ello ha de:

- Recoger los datos de filiación del paciente.
- Abrir la Historia Clínica.
- Informar inicialmente a los familiares sobre cómo deben proceder.
- Realizar la función de Servicio de Atención al Usuario (SAU) en el caso de que éste no exista como tal.
- Localizar la ubicación de los pacientes o familiares en Urgencias.

- Localizar a familiares o responsables, en sus domicilios o lugar de trabajo, de los pacientes que acudan solos a Urgencias.
- Gestionar el proceso del paciente en Urgencias: cambio de ubicación del paciente en las distintas áreas, ingreso, traslado o alta.
- Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales: partes judiciales, etc.
- Facilitar la realización de las reclamaciones que los usuarios consideren oportunas.

2.2.1.C Sala de Espera de Familiares

Su función es acoger a los familiares y allegados de los pacientes de Urgencias mientras éstos permanecen en la zona asistencial. Debe ser espaciosa y estar dotada de megafonía, teléfono, aseos y fuente de agua.

2.2.2 ÁREA DE CLASIFICACIÓN

El Área de Clasificación se justifica por razones cuantitativas (frecuente riesgo de masificación), cualitativas (flujo indiscriminado) y temporales (demoras excesivas, como consecuencia de los otros).

2.2.2.A Consulta de Clasificación

Una vez que el paciente o su familiar han pasado por Admisión, el paciente debe pasar a esta zona, donde tiene el primer contacto con personal sanitario (habitualmente, de enfermería).

Las funciones de esta consulta son:

1. Priorizar por nivel de gravedad, según protocolo específico.
2. Distribuir por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas.
3. Reevaluar el modo de traslado: camilla, carro, o a pie.
4. Aportar cuidados iniciales básicos.
5. Indicar la ubicación inicial del paciente:
 - Sala de RCP: en cuyo caso, lo acompañará.
 - Consulta de Preferentes: en cuyo caso, avisará del traslado y, si no hay otro paciente, lo acompañará.
 - Sala de Espera de Pacientes.
6. Cumplimentar, en el espacio previsto en la Historia Clínica (Ficha de clasificación), los datos relativos a motivo de consulta, observaciones, controles y tratamiento (si fuesen necesarios), así como el nombre de quien lo hace y la hora de atención.

7. Consultar con algún médico cualquier duda relacionada con la clasificación del paciente.
8. Vigilar o estar atento a cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndolo de las mismas al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados prescritos por el facultativo responsable.
9. Colaborar con el Servicio de Admisión de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.
10. Atender a las solicitudes de los pacientes o sus acompañantes mientras permanecen en la Sala de Espera de Pacientes.

2.2.2.B Consulta Básica

La actividad que se desarrollará en esta consulta será:

1. Atender a los pacientes que, como criterio general, tengan un bajo nivel de gravedad y complejidad, sean de fácil manejo terapéutico y no precisen técnicas de enfermería. Los pacientes tipo, por tanto, serán pacientes de Nivel IV, esto es:
 - no graves, sin afectación del estado general o compromiso de signos vitales; sin riesgo actual o potencial.
 - en los que se prevea resolución rápida con la sola consulta médica y sin necesidad de pruebas complementarias (o mínimas).
2. Colaborar con enfermería de clasificación en la resolución de las dudas que se susciten en su tarea.

2.2.2.C Sala de Emergencias y RCP

Permite la atención inmediata y eficiente de las emergencias, incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias. Sus indicaciones de uso son todos los Niveles I y, en concreto:

1. PCR actual o inminente.
2. Emergencias que precisen medidas de soporte vital avanzado (SVA) de forma no demorable o la continuación de medidas ya iniciadas por Equipo de Emergencias.
3. Pacientes politraumatizados, heridos graves y aquellos otros con lesiones que necesiten una valoración clínica con alta probabilidad de aplicación inmediata de tratamiento activo.

En caso de duda es preferible indicar la ubicación del paciente en esta sala

antes de pasarlo a consultas y luego, si es oportuno, llevarlo allí. Su uso, inicialmente, podrá ser indicado por el enfermero de triage o por cualquiera de los médicos de Urgencias; cualquiera de ellos deberá dar aviso a los encargados de la atención en la sala verbalmente o mediante algún sistema de alarma (timbre o busca).

El personal encargado de la atención en esta sala, que simultaneará ésta con otras actividades de la Sección, estará bien identificado, de forma que cuando se precise su concurrencia sea activado de inmediato.

2.2.3 ÁREA DE CONSULTAS O POLICLÍNICA

En el Área de Policlínica se atienden las patologías médico-quirúrgicas y de especialidades, según acuerdos y protocolos comunes, bajo la premisa de que todo paciente que permanezca en Urgencias, aunque sea de una especialidad que no depende de dicha Sección, (p.ej. tocoginecología), es responsabilidad de Urgencias, que gestionará su atención e iniciará las medidas básicas o de estabilización, si fuera necesario, hasta la asistencia por su especialista.

Se establecerá un **Circuito de Pacientes Preferentes**, dedicando una consulta para ello si la demanda así lo justifica o bien estableciendo procedimientos o turnos de atención en las diferentes consultas. Se considerarán pacientes preferentes a:

- Los pacientes de nivel 2 que no puedan esperar para ser atendidos en las Consultas Generales.
- Los pacientes trasladados al hospital por Equipo de Emergencias.
- Los pacientes trasladados al hospital desde un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias y acompañados por facultativo.

Además de este circuito para pacientes preferentes, el Área de Policlínica debe disponer de área para adultos y área pediátrica, en las que, si es factible, deben existir tres zonas con entidad propia:

2.2.3.A Consultas Generales

En estas consultas se atiende la patología médico-quirúrgica y de aquellas especialidades en las que se acuerde hacer una valoración previa de pacientes con procesos de su esfera:

- Medicina Interna y Especialidades.
- Cirugía General y Especialidades.

2.2.3.B Consulta de Especialidades

- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.

- Psiquiatría.
- Pediatría.

2.2.3.C Consulta de Traumatología y Sala de Curas y Yesos

Diseñadas para la asistencia de los pacientes que hayan sufrido un traumatismo. Se recomienda que formen un conjunto funcional merced a su distribución arquitectónica: contiguas y comunicadas entre sí.

En la Sala de Curas y Yesos se realizarán procedimientos que no precisen un tiempo superior a 15-20 minutos. Si las suturas o reducciones son más complejas (p.ej. rotura de tendones, heridas que interesan planos profundos, etc.) se deben hacer en el quirófano.

2.2.3.D Sala de Espera de Pacientes

Tiene como misión albergar a los pacientes ya clasificados, sin gravedad y en espera de pasar a las consultas, o ya vistos en éstas pero que aguardan resultados de pruebas complementarias. Tiene que estar dotada de sillones cómodos y espacio suficiente para que quepan carros y camillas, aseos, teléfono y megafonía.

2.2.4. ÁREA DE OBSERVACIÓN

2.2.4.A Área de Observación de Sillones (AOS)

Es una zona para la vigilancia de pacientes o/y tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que se recomienda, como máximo, sea de unas doce horas.

Debe ser un espacio diáfano, sin camas ni camillas, en el que los enfermos se ubican en sillones reclinables, sin acompañamiento de familiar alguno.

Debe contar con toma de gases, posibilidad de monitorización EKG y área con camilla para exploración que permita la intimidad del paciente.

Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área son:

- a) Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales: respiratorio, circulatorio, hemodinámica y neurológico.

- b) Pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica mantenida con suero.
- c) Pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida o/y aerosolterapia frecuente.

2.2.4.B Área de Observación de Camas (AOC)

Es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de Urgencias.

El tiempo máximo de estancia en esta área no deberá sobrepasar las 24 horas, si bien, en los casos previamente establecidos en la Cartera de Servicios, podrá prolongarse hasta 48 horas.

El Área de Observación-Camas tiene como objetivos:

- 1) Estabilización de pacientes agudos inestables o críticos.
- 2) Manejo de pacientes que requieren vigilancia médica o/y de enfermería periódicas y encamamiento.

Es conveniente disponer de una Sala de Exploraciones y Técnicas, dedicada a la ejecución de procedimientos como cardioversión, paracentesis, inserción de drenajes, etc.

2.2.4.C Subárea de Observación Pediátrica

En el Área de Observación-Camas debe haber una zona específica para la observación de pacientes pediátricos, que será atendida por un Médico de Urgencias o por un Pediatra, dependiendo de cada hospital.

2.2.5 ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES

El Área de Apoyo o Servicios Comunes debe prestar dicho apoyo al personal y a los pacientes.

2.2.5.A Apoyo al Personal

Estará compuesta por Secretaría, Despachos, Biblioteca, Sala de Estar, Sala de Informes y Atestados, Oficio, etc. Es donde se desarrolla la labor:

- 1) Administrativa: que genera la actividad asistencial: confección de guardias, respuesta a reclamaciones, escritos a dirección, etc.

- 2) Docente: sesiones clínicas, bibliográficas, de protocolos, etc.
- 3) Informativa: entrevista con familiares de pacientes ingresados en observación, personal de otras instituciones, visitantes médicos, etc.
- 4) De Descanso: de todo el personal.

2.2.5.B Apoyo a la Atención al Paciente

Compuesta por Despachos para la información a pacientes o/y familiares, Farmacia, Sala de Aparatos, Lencería, Almacenes varios (al menos de fungibles y catástrofes) y Oficio.

2.3 CIRCUITO DE PACIENTES

Los flujos de pacientes deben dirigirse por circuitos específicos, que engloban a su vez determinadas zonas asistenciales. Es deseable que, además del mencionado Circuito de Preferentes, se configuren los siguientes circuitos:

2.3.1 CIRCUITO DE EMERGENCIAS (Línea Roja)

Clasificación - Sala de Emergencias y RCP - UCI O Área de Observación de Camas.

2.3.2 CIRCUITO ORDINARIO (Línea Azul)

Clasificación - Espera de Pacientes - Policlínica general o de Trauma - Espera de Pacientes u Observación.

2.3.3 CIRCUITO DE ATENCIÓN BÁSICA (Nivel IV)

Clasificación – Sala de espera de familiares - Consulta Básica.

2.3.4 CIRCUITO PEDIÁTRICO

Clasificación - Consulta Pediatría - Espera de Niños u Observación Pediátrica.

3. ATENCIÓN AL PACIENTE

3.1 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN

3.1.1 Derechos del paciente y los familiares.

- Derecho a un acompañante en las áreas de esperas y consulta
- Protocolización del tiempo de información de visitas.
- Derecho a la intimidad y privacidad.
- Garantía de derechos del menor.

3.1.2 Servicio de hostelería.

- Manutención y comidas.
- Derecho al confort y trato correcto.
- Depósito de objetos.
- Ayuda a discapacitados.
- Información a allegados.

3.1.3 Información protocolizada.

- En general: Hoja informativa del área.
- Al ingreso y durante su estancia:
 - Información del tiempo de espera aproximado.
 - Protocolo (maniobras exploratorias, diagnósticas y terapéuticas) a seguir y sus modificaciones eventuales.
 - Ubicación del paciente.
- Al alta del servicio:
 - Informe clínico de alta.
 - Recomendaciones al alta.
 - Facilitación de la primera medicación y/o receta.

3.1.4 Seguridad de personas e instalaciones.

3.1.5 Protocolización de actuación:

- Asistencia, información y ayuda a colectivos especialmente sensibles.
- Protocolo de colaboración con la justicia y fuerzas de orden publico.

3.1.6 Consentimiento informado.

3.2 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

La asistencia al paciente comienza en el momento en que éste llega a la Sección de Urgencias, implicándose en ella diferentes profesionales. Para ello se precisa de un sistema organizativo que garantice la calidad de la asistencia a los pacientes, con un ajuste preciso de los tiempos, un adecuado uso de los recursos y una ajustada toma de decisiones. Recepción, Admisión y Clasificación son las tres actividades previas al inicio de la asistencia estrictamente médica.

La asistencia médica se inicia en el Área de Consultas y es llevada a cabo por facultativos de la plantilla de la Sección de Urgencias y, en su caso, y bajo la supervisión de los médicos de plantilla, por Médicos Internos Residentes (MIR). Esta circunstancia hace que la actividad de la Sección de Urgencias sea asistencial y docente, por lo que el sistema organizativo debe orientarse también en este sentido.

Los médicos de plantilla tienen el cometido de garantizar la calidad de la asistencia de los pacientes, además del uso razonable y adecuado de los recursos así como la docencia de los MIR.

3.2.1 RECEPCIÓN

La recepción del paciente la realiza el celador de puerta que, además de la identificación del medio necesario para el traslado del paciente (carro, camilla o ninguno especial) debe ocuparse de la información preliminar al paciente y sus acompañantes y del propio traslado, si procede, del enfermo; garantizando siempre un trato personalizado.

Si la situación clínica del paciente lo permite, éste será conducido al Área de Admisión, donde se recogen los datos administrativos necesarios para la apertura de la historia clínica; en caso contrario, se conducirá al Área de Clasificación, siendo el acompañante quien facilitará los datos en Admisión. Si el paciente acude solo, el personal de Admisión se desplazará donde esté el paciente y recogerá los datos, directamente de él o de cualquier documento que pueda portar.

Los celadores deberán evitar que el personal que traslada a un enfermo con bajo nivel de conciencia abandone el centro sin contactar antes con algún médico al que transmitan la información que pudieran tener.

3.2.2 ADMISIÓN

La admisión de pacientes corre a cargo del personal administrativo y ha de estar informatizada, en conexión con el Área de Clasificación y con el programa de gestión de pacientes del hospital.

Su funcionamiento está regulado por la normativa específica del Servicio de Admisión del Hospital.

3.2.3 INFORMACIÓN

La información es una labor fundamental para el funcionamiento de la Sección de Urgencias y a pesar de que exista un personal específico del Servicio de Atención al Usuario con funciones informativas, esta labor debe estar incluida en la actividad de todo el personal de Urgencias.

Es deseable que, a su llegada al hospital, se le entregue al paciente y/o acompañante una hoja informativa donde se expliquen detalles del funcionamiento, organización y normativa de la Sección de Urgencias.

Además, la información del personal sanitario hacia el paciente y familiares debe realizarse de forma coordinada, con precisión, amabilidad, trato humano y respeto a la confidencialidad.

3.2.4 CLASIFICACIÓN

La clasificación (selección o triage) es una actividad de atención al paciente de importancia capital y punto de partida de la organización de la asistencia en Urgencias. No debe considerarse un procedimiento de evaluación o diagnóstico, sino un sistema de valoración y selección que permite priorizar la atención y ubicar en el lugar más idóneo a cada paciente.

La responsabilidad de esta misión recae en personal de enfermería entrenado en clasificación de pacientes y con la ayuda de una guía o protocolo bien definido.

En la zona de clasificación debe recibirse la historia clínica del paciente abierta en Admisión. En dicha historia debe haber un lugar específico para indicar la clasificación del paciente.

La priorización, de forma general, se realizará atendiendo a las características cualitativas y cuantitativas del motivo de consulta (dolor, fiebre, vómitos,...), las constantes vitales del paciente (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria) así como signos de alarma o compromiso vital.

Para ello, la consulta de Clasificación, para esta evaluación inicial y toma de constantes, debe disponer de:

- Medidor de glucemia capilar (BM Test).
- Esfigmomanómetro de mercurio o electrónico.
- Pulsioxímetro.
- Termómetros de mercurio.

El motivo de la consulta en Urgencias puede ser muy variable y la clasificación se realizará atendiendo al criterio de gravedad y tipo de proceso en cuatro niveles:

- **Nivel 1** (Emergencia o Urgencia con riesgo vital inminente. Atención médica inmediata). Todo enfermo que precise *asistencia inmediata* por la gravedad de su proceso o por compromiso vital (parada cardiorrespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva evidente con signos de gravedad, disnea intensa y de reposo, etc.). Estos pacientes son atendidos en el Circuito de Emergencias.
- **Nivel 2** (Urgencia no crítica. Atención médica en menos de 15 minutos): Todo paciente que, sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la *menor demora posible*, siempre inferior a 15 minutos (hemorragia digestiva evidente pero sin afectación del estado general o de las constantes vitales, dolor intenso de cualquier localización, fiebre elevada con afectación del estado general, etc.). Estos pacientes, junto con los de nivel 3 serán atendidos en los circuitos asistenciales ordinarios.
- **Nivel 3** (Urgencia demorable: Atención médica en menos de 30 minutos): Paciente con patología no de nivel 4 pero cuya atención urgente admite cierta demora (dolor abdominal tolerable, sin signos de gravedad o compromiso vital; disnea de esfuerzo; diarrea sin afectación del estado general; sospecha de hemorragia digestiva en paciente asintomático y sin afectación de constantes, etc.). La espera de estos pacientes para recibir asistencia médica no debería superar los 30 minutos.
- **Nivel 4** (Urgencia no objetivable: Atención médica en menos de 2 horas): El paciente presenta un proceso con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y con el Alta al Domicilio como destino final más previsible. Estos pacientes serán atendidos circuito de atención básica.

Para la clasificación, una guía orientativa, relativa a los niveles 1 y 4, es la siguiente:

A) Procesos Nivel 1

- Dolor torácico presente en el momento de la consulta (sobre todo si es sugestivo de ser isquémico), o ausente ya pero con alguno de estos datos: palidez cutánea, hipo o hipertensión arterial, alteración en la frecuencia o en el ritmo cardíaco o incremento en la frecuencia respiratoria.
- Arritmia cardíaca con inestabilidad hemodinámica.
- Disnea en el momento de la consulta, o episodio previo de disnea con alguno de los datos que se especifican para el dolor torácico. Fallo respiratorio agudo.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Hemorragia digestiva objetivada por el personal de clasificación, o con alteración de las constantes vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.), o con antecedentes de cirrosis hepática.
- Otras hemorragias con alteración de constantes vitales.
- Cefalea, intensa o no, pero acompañada de alguno de los datos siguientes: fiebre, disminución del nivel de conciencia, hipertensión arterial, vómitos, focalidad neurológica.
- Déficit neurológico con alteración del nivel de conciencia.
- Ataque cerebrovascular.
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia.
- Traumatismo penetrante en tórax o abdomen.
- Politraumatismo.
- Síncope.
- Shock.
- Crisis convulsiva actual.
- Grandes quemados.
- Ahogamiento.
- Bajo nivel de conciencia, cualquiera que sea el motivo (intoxicación medicamentosa, fiebre, abuso de drogas, crisis comicial, hipoventilación etc.)
- Dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o hipotensión arterial, palidez cutánea, taquicardia (FC>100 lpm) o disminución del nivel de conciencia.
- Fiebre con afectación grave del estado general o en pacientes con antecedentes de trasplante de órgano, neoplasia en quimioterapia actual o reciente.
- Parto precipitado.
- Patología trasladada por Equipo de Emergencias.

B) Procesos Nivel 4

Procesos (por área o especialidad) incluidos en esta categoría son:

A. Cardiología

- Crisis hipertensivas, resueltas ambulatoriamente, en las que el paciente está asintomático y no ha presentado disnea y/o dolor torácico de carácter isquémico y/o manifestaciones neurológicas.

B. Angiología

- Ulceras por presión o diabéticas.

- Síndrome varicoso. Insuficiencia venosa periférica.
- Varicorragias sin signos de pérdida hemática.

C. Digestivo

- Diarrea de corta evolución (inferior a 48 horas), de escasa cuantía (menos de 4 deposiciones diarias), sin productos patológicos y sin afectación del estado general y/o signos de deshidratación.
- Síndrome hemorroidal.
- Cambio de sonda nasogástrica justificado (por intento fallido en el domicilio o en su Centro de Atención Primaria).

D. Cirugía

- Dolor anal (trombosis hemorroidal, absceso perianal, fisura anal).
- Hernias abdominales no complicadas.

E. Endocrinología

- Hipoglucemias en diabéticos tratados con insulina, ya resueltas ambulatoriamente (paciente asintomático).
- Hiperglucemia en diabéticos conocidos, inferior a 350 mg/dl, sin otros síntomas asociados.

F. Dermatología

- Patología cutánea, incluidas tumoraciones y úlceras. Se excluyen lesiones purpúricas amplias y/o lesiones cutáneas importantes con afectación del estado general (pénfigos, epidermolisis ampollosa, etc.).

G. Enfermedades Infecciosas (excluidos inmunocomprometidos)

- Síndrome febril de corta duración (menor o igual a 3 días), sin focalidad.
- Infecciones mucocutáneas, sin afectación importante del estado general, por cualquier agente biológico (bacterias, hongos, parásitos).
- Infecciones genitales.

H. Neumología

- Síntomas catarrales de vías respiratorias (rinorrea, tos con o sin expectoración), con o sin fiebre, de menos de 3 días de evolución; sin enfermedad importante de base, inmunocompromiso u otros síntomas respiratorios de alarma (hemoptisis, disnea).

I. Toxicología

- Intoxicaciones leves de gases irritantes.
- Mordeduras leves de animales no venenosos.

J. ORL

- Otagia. Otorrea.
- Otorragia espontánea, no traumática.
- Acúfenos.
- Rinorrea. Taponamiento nasal (catarro nasal).

- Disfonía.
- Faringodinia, con o sin fiebre (cuerpo extraño, faringitis, absceso periamigdalino, etc.)

K. Reumatología

- Artralgia, como síntoma predominante, sin aparente derrame articular ni afectación sistémica.

L. Urología

- Cambio de sonda vesical.
- Síndrome miccional.
- Hemospermia.

Para la asignación de las consultas debe disponerse de un listado en el que figure el nivel de gravedad y el número de consulta que le corresponde. Los niveles 1 y 4 tendrán automáticamente asignado un circuito o consulta específicos. Los niveles 2 y 3 se irán asignando de forma que por cada consulta general pasen un número equitativo de pacientes con dichos niveles de gravedad.

Los pacientes catalogados como de nivel 1 pasarán directamente, sin demora, al circuito (o, en su caso, consulta) de preferentes. Los pacientes de nivel 2, 3 y 4, cuando estén ocupadas las consultas, se pasarán a una sala de espera de pacientes, con un solo acompañante.

Si el paciente precisa ser transportado en carro o camilla se pondrá una T en la hoja de historia clínica y será un celador el encargado de sus traslados en la Sección de Urgencias. Los pacientes que pueden desplazarse, y que por lo tanto no lleven la T en su historia, serán requeridos para que acudan a la consulta correspondiente por megafonía.

Considerando que las camillas y carros, especialmente estos últimos, son instrumentos de traslado y que el paciente que puede estar sentado en un carro, también, salvo circunstancias muy especiales, puede estar sentado en un sillón de la sala de espera, el enfermero responsable del Area de Clasificación, con el apoyo de celadores, gestionará que la utilización de este material se adecue a la situación de cada paciente en su contexto.

3.2.5 ATENCIÓN CLÍNICA

3.2.5.A Área de Consultas o de Policlínica

El Área de Consultas es la zona donde se hace la atención clínica médica inicial de la mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias.

La asignación de las consultas a los distintos facultativos la realizará el Jefe de Sección de Urgencias en los días laborables y, en su ausencia, el

Responsable Clínico. Un médico de Urgencias de plantilla, con independencia de que pueda asumir otras tareas, quedará encargado del circuito de preferentes; el resto, con el apoyo de los residentes, en su caso, se repartirán las distintas consultas.

El Jefe de Sección realizará un recordatorio de los objetivos y del plan a seguir, según las circunstancias de demanda, disponibilidad de camas y sillones de observación, disponibilidad de camas de hospitalización, etc.

Los MIR realizarán su labor asistencial con el apoyo de los médicos de plantilla, con una responsabilidad creciente y una tutorización decreciente, conforme vaya pasando su tiempo de rotación. No podrán decidir destinos finales ni intermedios de los pacientes, sin el concurso del médico de plantilla encargado de su tutorización; la interlocución con otros especialistas del hospital la realizarán con el apoyo de su médico tutor.

Los médicos de plantilla son responsables de la actividad asistencial y docente realizada en las consultas de su responsabilidad, ejerciendo asistencia directa de pacientes y supervisando las historias realizadas por residentes y que están pendientes de ser completadas, valorando si el enfoque clínico es correcto y si los estudios complementarios que pretendan solicitarse aportan valor al proceso. Asimismo, revisarán los nuevos historiales que llegan a la consulta para apoyar con su asistencia a la valoración del MIR en los procesos más complejos y acelerar aquellos que requieran actividades menos complejas. Avalarán con su firma la petición de determinados exámenes complementarios (ecografía abdominal, TAC, gammagrafía pulmonar, EEG) y la solicitud de ingreso hospitalario o de consulta externa en régimen preferente, según protocolos pactados con las distintas especialidades. Si se establece la indicación de traslado a otro área funcional de la Sección (Observación-Camas u Observación-Sillones), comentarán el caso con los médicos responsables de dichas áreas. En caso de discrepancia, será el Responsable Clínico quien tome la decisión.

La decisión sobre destinos intermedios y finales es una labor de capital importancia tanto para el paciente como para el funcionamiento de las Unidades donde se remite al enfermo y de la propia Sección de Urgencias. Los pacientes pueden ser derivados al domicilio con su correspondiente informe dirigido al médico de Atención Primaria, ser ingresados directamente en Planta de Hospitalización, ser trasladados a cualquiera de las otras áreas funcionales de la Sección de Urgencias o derivados a otros hospitales.

3.2.5.B Área de Observación-Sillones

El Área de Observación-Sillones (AOS) es un área destinada a la atención de pacientes que no requieren uso de una cama y que presentan procesos que precisan tratamiento intravenoso sostenido y/o vigilancia de la evolución clínica, por un período no superior a las 12 horas, en tanto se decide el destino definitivo.

El AOS tiene entidad por sí misma y, en general, no debe utilizarse como aliviadero de un Área de Observación-Camas saturada. Excepcionalmente (y siempre que esto no obstaculice el fin primero de esta unidad), podrá recurrirse al uso de esta zona para la espera de pacientes con ingreso cursado en Planta desde el Área de Consultas en tanto la cama esté disponible, así como para la estancia de pacientes dados de Alta del Área de Observación-Camas mientras llega la ambulancia o la familia previamente contactada.

Los recursos materiales del AOS incluyen un espacio físico adecuado y un material apropiado:

- El espacio físico debe quedar constituido por una Sala de Sillones
- El material debe incluir, además del propio de la labor de médicos y enfermeros, monitores EKG, dotados también de pulsioximetría y monitorización de la presión arterial, un electrocardiógrafo, esfigmomanómetros aneroides y medidores de glucemia capilar.

Como **Norma General de Funcionamiento**, a primera hora de la mañana se comentarán las incidencias más relevantes y los planteamientos sobre los destinos de los pacientes ingresados en el área. Como primera actuación, es imprescindible identificar a aquellos pacientes que pueden ser dados de Alta y ejecutar el informe con la máxima prontitud, de manera que se liberen plazas de estancia para otros pacientes que puedan necesitarlas. La decisión del Alta deberá comunicarse al personal de enfermería y al SAU.

Posteriormente, se identificarán a aquellos pacientes con criterios de ingreso hospitalario o traslado a otras áreas funcionales de la Unidad de Urgencias o de otros Centros y se realizarán las gestiones pertinentes. Esta actividad debe realizarla el médico responsable del AOS conjuntamente con el Responsable Clínico, contactando con el Servicio de Admisión y Gestión de Hospitalización y con las áreas funcionales pertinentes (Hospital de Día, Clínica del Dolor, Unidad de Hemodiálisis, Unidad de Cirugía de Urgencias, etc.). Asimismo, se identificarán los procedimientos pendientes para la toma de decisiones (analítica de control, contacto con los familiares, unidades de hemoderivados, administración de medicación, interconsulta con el especialistas, etc.) y se acelerarán al máximo.

Finalmente se valorarán los pacientes recién llegados al área, salvo aquellos que precisen, por sus circunstancias, atención inmediata, aunque realmente estos pacientes deben ser atendidos por el médico que indica su traslado al AOS, acompañándolos a dicho área, con el planteamiento diagnóstico y terapéutico establecido. El médico del AOS se encargará de su revisión y seguimiento hasta el final del proceso en el área.

El ingreso de pacientes en el AOS, con carácter general, será indicado por un médico del Área de Consultas, en consenso con el médico responsable de dicho área, que será quién asumirá la responsabilidad directa del manejo de dicho

paciente hasta su destino final. El paso de pacientes desde el Área de Observación-Camas, será igualmente consensuado con el médico del AOS. Si el motivo del traslado del AOC al AOS es la espera para el Alta al domicilio, esta última debe haberse realizado con anterioridad por el médico de Observación.

Tanto en un caso como en otro, el médico que ordena el traslado deberá expresar el motivo de paso al AOS en el modelo de Hoja de Curso Clínico disponible (donde también reflejará las evoluciones posteriores) y utilizar el modelo de Hoja de Prescripciones para especificar el tratamiento indicado.

La salida de pacientes de este área tendrá lugar por resolución o mejoría del proceso que motivó su ingreso o por sobrepasar el tiempo máximo establecido de permanencia en la sala (doce horas), siendo, por tanto, su destino final posible el alta hospitalaria, el traslado a Observación o el ingreso en Planta.

Los **Criterios Generales de Ingreso** en el AOS de las distintas patologías se ajustarán a lo siguiente:

➤ **Patología cardiovascular:**

- Angina secundaria, asintomática en el momento de la consulta y sin cambios electrocardiográficos agudos, en enfermo con cardiopatía isquémica conocida.
- Fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular rápida.
- Taquicardias paroxísticas supraventriculares, recurrentes, en pacientes por lo demás sanos.
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva Crónica, descompensada, grado II-III, pudiéndose identificar y controlar el origen de la descompensación.
- Urgencias Hipertensivas: con cifras de tensión arterial diastólica por encima de 120 mm Hg, pero asintomáticas o con sintomatología leve e intrascendente y que permiten iniciar su corrección con tratamiento oral.

➤ **Patología respiratoria:**

- Crisis Asmática, sin criterios clínicos de gravedad, que no requiere oxigenoterapia y que no mejora tras tratamiento en el Área de Consultas en el plazo de una hora.
- Bronconeumopatía Crónica Reagudizada, sin criterios clínicos de gravedad, que requiere oxigenoterapia y no mejora tras tratamiento en el Área de Consultas en el plazo de una hora.

➤ **Patología endocrinometabólica:**

- Hipoglucemias en pacientes en tratamiento con ADO: sin trastorno del nivel de conciencia y que, teniendo en cuenta la hora de consumo del fármaco y la causa (escasa ingesta de alimento, ejercicio intenso), completará en el AOS un período de observación menor a la vida media del fármaco en cuestión.
- Hiperglucemias no complicadas y no controladas tras tratamiento en el Área de Consultas (glucemia capilar igual o mayor a 3.5).

- **Patología nefrourológica:**
 - Hematuria macroscópica, de origen urológico, no resuelta en el Área de Consultas tras lavado vesical y sin trastornos de coagulación ni antecedentes de traumatismo.
 - Cólico nefrítico no complicado: que, tras analgesia en el Área de Consultas, no presenta mejoría en un plazo de una hora o que se muestra rebelde a tratamiento correcto, vía oral o intramuscular, realizado a nivel primario.

- **Patología digestiva:**
 - Cólico Biliar, no complicado (sin fiebre o sospecha de colecistitis), con persistencia de la sintomatología tras tratamiento intravenoso en el Área de Consultas en un plazo de una hora o sin respuesta al tratamiento correcto realizado a nivel primario.
 - Gastroenteritis Aguda, en enfermos sin patología de base, que presentan intolerancia a la rehidratación oral por vómitos persistentes a pesar de tratamiento antiemético correcto o/y deshidratación leve con afectación del estado general.

- **Patología hematológica:**
 - Anemias Crónicas, sin criterio de ingreso hospitalario, que precisen transfusión y no entrañen riesgo potencial por la patología de base.

- **Intoxicaciones:**
 - Intoxicación por Monóxido de Carbono, en pacientes con buen nivel de conciencia, cefalea leve y sin sintomatología respiratoria importante.
 - Intoxicación por Benzodiazepinas, de vida media corta o intermedia, con respuesta adecuada al tratamiento con flumazenilo en el Área de Consultas y con necesidad de perfusión del antídoto, excepto en caso de sospecha de intoxicación añadida por antidepressivos tricíclicos o antecedentes de epilepsia.

- **Otras patologías:**
 - Patología ORL u Oftalmológica que, previo consenso entre los especialistas en cuestión y el Responsable Clínico se estime oportuno.

3.2.5.C Área de Observación-Camas

El Área de Observación-Camas (AOC) es una sala del hospital, de alto coste y con dotación de camas siempre escasa para la demanda potencial. Por ello, su uso debe ser muy restrictivo, quedando limitado a un periodo no superior a 24 horas, para pacientes que cumplan los criterios de ingreso.

La **Organización de la Asistencia** en el AOC favorecerá que los pacientes gravemente enfermos y los quirúrgicos sean agrupados en zonas específicas. La zona destinada a pacientes críticos dispondrá de un número bien definido de camas y, de ellas, al menos una, deberá estar en todo momento libre y disponible para ser ocupada de forma inmediata cuando sea necesario.

En los cambios de horarios se indicarán los pacientes susceptibles de ser dados de Alta, los cuales serán vistos en primer lugar para que ésta se produzca lo antes posible y así dejar la cama disponible para otro paciente que lo necesite.

Antes de superar las 24 horas de Observación, se habrá decidido la actitud a tomar con los pacientes. Cada paciente tendrá, visible en su cama, una etiqueta con el día y hora exacta de admisión en Observación.

La actividad facultativa en el AOC la realizarán médicos de plantilla y, en su caso, y bajo supervisión, MIR de segundo año en adelante de distintas especialidades.

Al comienzo de la jornada, se comentarán las incidencias más relevantes ocurridas durante el día anterior, sobre todo las que puedan tener repercusión sobre la jornada que comienza y las decisiones del destino de los pacientes.

También se identificarán aquellas circunstancias que estén impidiendo la toma de decisiones o el destino ya decidido (interconsulta con especialistas, realización de una prueba diagnóstica, administración de una medicación, analítica de control pendiente, tareas de celadores, orden de petición de ambulancia para el traslado, limpieza de habitaciones, etc.) y se procederá a su gestión sin demora.

En la hora de visita de familiares, se procederá a la información acerca del estado de los pacientes y las decisiones tomadas. La información debe realizarse con amabilidad, privacidad, claridad y precisión, sin crear expectativas que puedan contravenir decisiones futuras realizadas a lo largo de la jornada.

Los turnos para las comidas y el descanso los indicará el Responsable Clínico, no debiendo quedar el área, bajo ningún concepto y en ningún momento, sin la presencia de al menos un Facultativo.

Durante el turno de tarde, el Responsable Clínico atenderá a la organización y revisión de los ingresos hospitalarios, contactando con los facultativos de las distintas áreas de la Sección de Urgencias, con el Servicio de Admisión, el personal Administrativo del área, el SAU y los celadores, e incluso con el DE Supervisor de Guardia y con el Facultativo Jefe de la Guardia del Hospital, si las circunstancias lo precisan.

En el turno de noche, tras la cena, el Responsable Clínico contactará de nuevo con los facultativos de las distintas áreas de la Sección de Urgencias, para discutir acerca de la situación y plantear la resolución de los problemas que puedan existir, estableciendo los turnos para el descanso una vez controlada la situación y en función de las circunstancias operantes en ese momento.

Los **Criterios Generales de Ingreso** en el AOC de las distintas patologías se ajustarán a lo siguiente:

- Pacientes con patología grave o de alto riesgo en los que su situación clínica requiera de modo imprescindible del uso de la cama para su atención inmediata:
 - situación de coma de cualquier etiología
 - estados confusionales de causa no psiquiátrica
 - crisis comiciales repetitivas o estado epiléptico
 - hemorragia cerebral
 - ictus con importante afectación motora, alteración del nivel de conciencia o en clara progresión
 - insuficiencia respiratoria aguda
 - insuficiencia respiratoria crónica agudizada con grave repercusión general o del nivel de conciencia
 - insuficiencia cardíaca grave
 - síndrome coronario agudo
 - disección o rotura aórticas
 - insuficiencia circulatoria arterial aguda o crónica agudizada con grave afectación del estado general
 - shock de cualquier etiología
 - arritmias, malignas o no, pero con deterioro hemodinámico
 - neumotórax de importante cuantía o con insuficiencia respiratoria asociada
 - hemorragia digestiva de importante cuantía o con afectación hemodinámica
 - peritonitis, obstrucción intestinal o dolor abdominal con grave afectación del estado general o de las constantes vitales
 - insuficiencia renal aguda severa o crónica agudizada con deterioro del estado general o alteraciones electrolíticas potencialmente graves
 - infecciones graves, por el tipo de órgano afecto o por el deterioro general que producen
- Pacientes que precisen ser ingresados en planta de hospitalización y aún no disponen de cama libre, siempre que el tratamiento deba iniciarse sin demoras en una cama, por cumplir algunos de los criterios anteriores.
- Pacientes que precisen de tratamiento inmediato en una cama y se prevea que la resolución del cuadro clínico se producirá en un corto plazo de tiempo (generalmente no superior a las 24 horas).
- Pacientes que precisan de vigilancia especializada y que no presentan criterios para inclusión en otros programas de atención (Área de Observación-Sillones, Hospitalización Domiciliaria, etc.).
- Pacientes con dudas diagnósticas, cuya situación requiera de forma imprescindible la utilización de una cama para su atención.

Quedan excluidos de ingreso en Observación los 1) pacientes con patología exclusivamente psiquiátrica, 2) pacientes con motivos sociales o

compasivos (altas horas de la noche, domicilio lejano del hospital, etc.), 3) pacientes ya ingresados en planta de hospitalización, para estabilización o mejor control por parte del médico y/o de la enfermería (urgencia endógena) y 4) pacientes con ingreso cursado desde consultas de especialidades o del propio área de Urgencias u otros hospitales, cuyo proceso o situación clínica no requiere tratamiento inmediato, o si lo requiere, puede iniciarse sin precisar el uso de una cama, en tanto se gestiona su cama de hospitalización.

3.3 HISTORIA CLÍNICA Y DOCUMENTACIÓN

3.3.1 DEFINICIÓN

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los facultativos y otros profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, informático o de otro tipo), de manera que queden garantizadas su seguridad, su conservación y la recuperación de la información.

Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia (por escrito o en otro soporte), de la información relativa a todos sus procesos asistenciales. Esta información debe incorporarse en la historia clínica del paciente.

La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

1. La documentación relativa a la hoja clínico-estadística
2. La autorización del ingreso
3. El informe de urgencia
4. La anamnesis y la exploración física
5. La evolución
6. Las órdenes médicas
7. Las hojas de interconsulta.
8. Los informes de exploraciones complementarias
9. El consentimiento informado
10. Evolución y planificación de enfermería
11. La aplicación terapéutica de enfermería.
12. El gráfico de constantes
13. Los Informes clínicos de alta

La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada situación asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial. En la actualidad, se está implantando la Historia Digital de Salud, dentro del proyecto Diraya.

3.3.2 USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada del paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a su historia clínica como instrumento fundamental para su adecuada atención.

Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, de salud pública, de investigación o de docencia se rige por lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los datos de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

El personal, debidamente acreditado, que ejerza funciones de inspección, evaluación y acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos de los pacientes o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

Los servicios de salud regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

3.3.3 CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El especial tratamiento que requiere todo documento clínico, entendiéndolo como tal todo aquél que contenga datos relativos a la salud del paciente, y toda la información que, de este mismo carácter, se encuentre en los registros informatizados, exige la ordenación de la gestión y tratamiento de la información clínica de los centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud mediante la regulación de un procedimiento que establezca las pautas a seguir en la valoración, selección y conservación de estos datos, y en tanto se promulga una norma específica para la red asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La historia clínica tiene un circuito que se activa con la llegada del paciente. En primer lugar el paciente se identificará en la Recepción-Admisión de la Sección de Urgencias del hospital; aquí se le pedirá la tarjeta de asistencia sanitaria y se tomarán al menos los siguientes datos: 1) Nombre y apellidos; 2) Edad; 3) Dirección; 4) Nacionalidad; 5) NUSSA; 6) Asistencia por: a) Urgencias generales, b) Urgencias de traumatología; c) Urgencias de pediatría, o d) Urgencias ginecológicas; 7) Razón de la patología: a) Enfermedad; b) Accidente laboral, c) Accidente de tráfico; 8) Fecha de la asistencia; 9) Hora de entrada.

Estos datos se registrarán en papel o en el sistema informático disponible (DIRAYA).

En caso de entrada de pacientes inconsciente o que no puedan facilitar los datos por cualquier motivo, se hará constar en la historia "Desconocido, Desconocido 1,..." y sucesivamente los números siguientes a lo largo del día.

Posteriormente, en la Zona de Clasificación, el enfermero indagará sobre el motivo de consulta y se clasificarán los pacientes según la gravedad en alguno de los cuatro niveles ya conocidos (Prioridad 1, 2, 3 ó 4), haciéndose constar la hora de atención en esta zona.

Una vez en consulta, el facultativo designado como responsable de la atención del paciente, registrará la hora en la que lo atiende y hará constar, obligatoriamente, los antecedentes personales, problemas y alergias a medicamentos, así como los datos clínicos más relevantes, tales como:

- Constantes clínicas
- Hallazgos de la exploración física por aparatos y sistemas
- Pruebas de exploración de interés practicados
- Tratamiento recibido en su caso
- Evolución del enfermo
- Diagnóstico provisional
- Recomendaciones terapéuticas, si las hay, al alta.
- Fecha y hora en el que el paciente abandona Urgencias y destino del mismo
- Entrega de informe al alta del paciente, con nombre legible y firma del médico

La historia se completará con los siguientes documentos:

- Hoja de ingreso
- Hoja de consentimiento informado
- Hoja de anamnesis y exploración física
- Hoja de evolución
- Hoja de órdenes médicas
- Hoja de informes de exploraciones complementarias
- Hoja de interconsulta
- Hoja de evolución y cuidados de enfermería
- Hoja de aplicación de tratamientos
- Hoja gráfica de constantes
- Hoja de alta voluntaria
- Hoja-Parte al Juzgado
- Radiografías u otro material iconográfico

De esta historia se podrá obtener el siguiente cuadro de mandos de la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias:

1. Tiempo medio de respuesta (TMR):
 - 1.1. TMR en clasificación
 - 1.2. Tiempo de primera respuesta facultativa
2. Grado de codificación diagnóstica:
 - 2.1. Número de pacientes asistidos
 - 2.2. Número de codificaciones según la CIE-9
3. Datos de actividad:
 - 3.1. Urgencias/día
 - 3.2. Tasa de frecuentación
 - 3.3. Número de ingresos urgentes
 - 3.4. Presión de urgencias
 - 3.5. Número de traslados a otros centros
4. Número de reclamaciones.
5. Número de óbitos.
6. Acontecimientos centinela.

Otros datos de actividad de la Sección de Urgencias que deben poder extraerse de las historias clínicas son:

1. Número de asistencias médicas/día
2. Número de ingresos urgentes
 - 2.1. Ingresos directos desde el Área de Consultas
 - 2.2. Ingresos desde Observación

3. Número de pacientes que pasan al Área de Observación
 - 3.1. Número de pacientes que pasan a camas de Observación
 - 3.2. Número de pacientes que pasan a sillones de Observación
4. Acontecimientos centinela.
5. Reingresos en las 72 horas siguientes.
6. Frecuentación.
7. Presión de Urgencias (número de ingresos por urgencias/total de ingresos hospitalarios).
8. Procedimientos de enfermería:
 - 8.1. Inyectables
 - 8.2. Curas
 - 8.3. Suturas
 - 8.4. Vías
 - 8.5. EKG
 - 8.6. Glucemia capilar
 - 8.7. TA
 - 8.8. Sondaje vesical
 - 8.9. Sondaje nasogástrico
 - 8.10. Férulas y vendajes

4. EQUIPO HUMANO

4.1. ACTIVIDADES DEL PERSONAL

Los recursos humanos asignados a la Sección de Urgencias están constituidos por:

- Personal Facultativo: Médicos de Plantilla y Médicos Internos Residentes.
- Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.
- Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Sección de Urgencias y están sujetos a la normativa interna y específica de la misma, bajo la dirección y coordinación del Jefe de Sección, delegadas por el Jefe del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

4.1.1.FACULTATIVOS

4.1.1.A Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Es la máxima autoridad funcional de ambas Secciones (Intensivos y Urgencias) y el responsable máximo orgánico del personal facultativo adscrito a ellas. Realizará, entre otras, las siguientes funciones:

- Garantizará y velará por el cumplimiento de la normativa vigente.
- Será el interlocutor con la Dirección del hospital para la exposición de los problemas detectados en el Servicio así como de sus posibles soluciones.
- Realizará la memoria anual del Servicio, que incluirá la actividad asistencial, docente e investigadora.

- Revisará y aprobará los protocolos de actuación diagnósticos y terapéuticos consensuados con los diferentes servicios implicados.
- Acordará, con los diferentes servicios del hospital, citas preferentes en consultas externas para los pacientes urgentes.
- Dirigirá las distintas sesiones del Servicio.
- Realizará, junto a la Supervisión, el Plan de Necesidades anual del Servicio.
- Facilitará el desarrollo de la docencia y la investigación en el servicio
- Contestará las reclamaciones de los usuarios, los requerimientos judiciales y aquellas solicitudes de la Dirección del centro.
- Desarrollará un Sistema de Gestión de Calidad Total estableciendo los indicadores y estándares que permitan analizar el funcionamiento del Servicio. En definitiva, participará activamente en el perfeccionamiento continuo de la calidad favoreciendo el desarrollo de Comisiones, Grupos o Círculos de calidad.

4.1.1.B Jefe de Sección de Urgencias

Es el responsable directo de la Sección de Urgencias y del cumplimiento de sus objetivos, con dependencia directa del Jefe del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Sus funciones básicas a desarrollar se concretan en:

- Ejercer, por delegación del Jefe de Servicio, la jefatura de todo el personal adscrito a Urgencias
- Colaborar con el Jefe de Servicio en la planificación, organización, dirección y evaluación continua de la asistencia en la Sección de Urgencias, para garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales con el nivel de calidad marcado por la Dirección.
- Gestionar la elaboración y el cumplimiento de las guías de práctica clínica de aplicación en Urgencias, en consenso con los Servicios hospitalarios implicados.
- Colaborar en la tarea asistencial en el Área de Observación y Consultas.
- Elaborar los planes de rotación, docencia y guardias de los MIR para su propuesta a los órganos correspondientes.
- Confeccionar las guardias de los médicos de plantilla.
- Participar, directamente o de forma delegada, en las comisiones del hospital relacionadas con Urgencias y Catástrofes.

Durante su ausencia, un médico de plantilla designado por el Jefe de Servicio, asumirá las responsabilidades y funciones del mismo.

En los periodos de atención continuada, asumirá sus funciones un médico de guardia designado previamente.

4.1.1.C Responsables Clínicos

Durante las jornadas de mañana o tarde de los días laborables, esta figura será asumida por el Jefe de Sección o persona designada, en su caso. Durante el

horario de atención continuada, sus funciones recaerán en un médico de plantilla previamente designado. Estas funciones son:

- Prestar asistencia a los pacientes que tenga asignados. Esta actividad asistencial deberán realizarla en todas las áreas de la Sección de Urgencias, con la rotación que establezcan el Jefe de Servicio o de Sección, a fin de mantener el conocimiento de la problemática de las mismas.
- Ejercer de consultor clínico de toda la Sección de Urgencias.
- Ostentar la responsabilidad diaria del cumplimiento de los objetivos asistenciales y docentes fijados.
- Organizar y ejercer de enlace de la labor asistencial de todas las áreas funcionales de la Sección de Urgencias (Consultas, Observación-Sillones y Observación-Camas).

4.1.1.D Médicos del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

Corresponderá a los facultativos de la Sección de Urgencias la realización de las siguientes actividades:

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan a la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto del sistema en la atención sanitaria.
- Decidir la derivación a otro hospital o dispositivo cuando la situación del paciente así lo aconseje.
- Decidir sobre el ingreso de los pacientes en el hospital cuando la situación clínica lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- Dar de alta a los pacientes desde el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, una vez atendidos y emitido el informe clínico correspondiente.
- Informar al paciente y, en su caso, a sus familiares, de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen de un hospital a otro con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
- Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.
- Participar en la cooperación y coordinación con resto de los elementos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.

- Ejecutar todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes en las diferentes áreas:

- **Área de Observación**

- Prestar asistencia a los pacientes ingresados en el área.
- Ser responsable de los destinos finales de los pacientes del área.
- Tutorizar la labor asistencial de residentes.
- Colaborar con los médicos del Área de Consultas en el cumplimiento de los objetivos diarios de la Sección de Urgencias.

- **Área de Consultas**

- Prestar atención inmediata a la emergencia.
- Apoyar a enfermería en la clasificación de pacientes, cuando sea requerido.
- Atender la consulta o circuito de preferentes.
- Tutorizar la asistencia, diagnóstico, tratamiento, destinos intermedios y finales de los pacientes.
- Decidir los destinos intermedios y finales de pacientes asistidos directamente.
- Colaborar con los médicos de Observación en el cumplimiento de los objetivos diarios de la Sección de Urgencias.

4.1.1.E Médicos Internos Residentes en la Sección de Urgencias

Los médicos internos residentes (MIR), durante su permanencia en la Sección de Urgencias, se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Su número y distribución serán aprobados por la Dirección Médica y la Comisión Local de Docencia. Durante su período de guardia en Urgencias, no tendrán obligaciones asistenciales ni científicas en sus servicios de origen, ni sobre pacientes hospitalizados.

En la Sección de Urgencias, sus funciones son:

- Prestar asistencia a los pacientes atendidos en la Sección.
- Dar apoyo a los médicos de plantilla en el tratamiento de pacientes críticos. Atención de consultas.
- Asistir a las sesiones clínicas de la Sección de Urgencias, cuando se celebren durante su horario de adscripción al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Colaborar en la realización de protocolos y guías de práctica clínica cuando se les demande su concurso, observando siempre su cumplimiento.

El MIR consultará las dudas que se le presenten, durante la atención médica, con los médicos de plantilla y/o residentes mayores. En cuanto a las decisiones sobre los destinos intermedios y finales de los pacientes, se atenderá a las normas generales de funcionamiento descritas para las distintas áreas de la

Sección. No podrán decidir, sin supervisión explícita, el ingreso en Observación o en Planta de hospitalización.

4.1.2. PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de Enfermería está constituido por profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería (DE) y Auxiliares de Enfermería (AE). Son funciones comunes para todos ellos las siguientes:

- Asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la Sección de Urgencias en función de lo indicado por los Coordinadores y/o el Supervisor, en función de las cargas de trabajo, personal de retén (festivos, I.L.T., vacaciones, etc.) y falta de cobertura.
- Colaborar en el mantenimiento del orden, limpieza y asepsia del Área de Urgencias.
- Cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la Unidad de Urgencias.
- Colaborar con el Jefe de la Sección y el Supervisor de Enfermería en la elaboración de planes de cuidados, normas, guías y protocolos.
- Colaborar, dentro de su marco de competencias, en los planes de Docencia, Formación Continuada, Investigación, Garantía de Calidad y Evaluación de Resultados de la Unidad de Urgencias.

4.1.2.A Diplomados Universitarios en Enfermería

Los Diplomados Universitarios en Enfermería (DE) realizarán actividades diferenciadas en el Área de Consultas y en el Área de Observación.

➤ Actividades de los DE en el Área de Consultas

- El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La Sala de Emergencias se revisará y repondrá al comienzo de cada turno y siempre que sea utilizada, quedando en todo momento en perfecto estado de uso y limpieza.
- El DE responsable de la Consulta de Clasificación, recibirá al paciente que acude a Urgencias y cumplimentará la historia clínica, que le será facilitada por el puesto administrativo de Admisión, con los datos del paciente ya impresos. Se anotará el motivo por el que consulta el paciente (datos subjetivos) y los datos objetivos que se indican en la hoja de historia (TA, frecuencia cardiaca, etc.). En función de la gravedad, se realizará la clasificación y se asignará al paciente a la consulta que proceda. Se asegurará que el paciente y/o familiar han recibido la hoja de Información que se ha entregado en Admisión y se informará acerca del tiempo previsible de estancia en el Área de Urgencias.
- En las consultas se realizará ECG, extracciones y toma de constantes (tensión arterial, temperatura, etc.), en caso de que no se hubiese realizado en la

consulta de Clasificación. Asimismo, se deberán administrar los tratamientos prescritos por el médico tanto por vía oral como intramuscular o intravenosa .

➤ **Actividades de los DE en el Área de Observación**

- El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- Se debe recepcionar al paciente procedente del Área de Consultas, comunicando al médico responsable la llegada del enfermo. La ubicación del paciente se realizará en función de la gravedad y necesidad de cuidados, debiéndose siempre consensuar con el médico que en ese momento sea responsable del Área de Observación.
- Se tomarán y anotarán, como mínimo, las constantes vitales (TA, temperatura y pulso arterial) al ingreso del paciente y una vez por turno, salvo que el facultativo indique otra cosa. En casos especiales, derivados de la situación del paciente, la toma de constantes y el tipo de éstas se realizará según calendario indicado por el médico en la hoja de prescripciones (monitorización, PVC, TA cada 2 horas, p.ej. diuresis horaria, etc.).
- Se canalizará vía periférica o central, según las necesidades del paciente y la indicación del médico, si bien esto no será obligatorio en todos los pacientes que ingresen en Observación.
- Se realizará la extracción de muestras de sangre y orina para estudios complementarios, en caso de que éstos hayan sido solicitados.
- Se administrarán los tratamientos indicados en la hoja de prescripciones de la historia de Observación, en la que el médico debe haberse identificado e indicado la fecha.
- Todas estas actividades se anotarán en la hoja de gráficos de la historia clínica de Observación, anotándose igualmente las incidencias en caso de éstas se produjeran.
- Se realizará la petición de las dietas, sólo si éstas han sido prescritas por el médico, al Servicio de Dietética y Nutrición, en el marco de los horarios establecidos por dicho Servicio.
- Se administrará y controlará los estupefacientes y psicotropos, cumplimentando los impresos para tal fin, exigiendo al médico la firma de los vales de estupefacientes.
- Se colaborará en la higiene de los pacientes que no puedan movilizarse por sí mismos.
- El carro de parada deberá revisarse siempre al comienzo de la jornada laboral y cada vez que se utilice. Esta función compete al DE responsable de la Unidad donde se ubica el carro (Unidad de Críticos). Se comprobará igualmente el buen funcionamiento de los aparatos (monitores, cardiocompresor, respiradores, etc.), comunicando el deterioro, avería, pérdida o préstamos a otros Servicios a los DE responsables (coordinadores y supervisor).
- La distribución de los DE adscritos al Área de Observación se realizará de forma lógica y proporcionada, dependiendo de la presión asistencial.

4.1.2.B Auxiliares de Enfermería

Los Auxiliares de Enfermería (AE) realizarán actividades diferenciadas en el Área de Consultas y en el Área de Observación.

➤ Actividades de los AE en el Área de Consultas

- Se tomará el relevo en cada turno de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- En las extracciones, identificará las muestras para estudios complementarios, remitiéndolas a los distintos laboratorios, a través de la terminal de tubo neumático (donde lo hubiere) o se las entregará al celador para su traslado al Laboratorio. Al igual que en la Consulta de Clasificación, repondrá el material fungible y de papelería al finalizar el turno y cada vez que sea preciso.
- En consultas, atenderá las necesidades de los pacientes durante la exploración, repondrá el material fungible y de papelería cada vez que sea preciso, cursará las peticiones de estudios complementarios, adjuntando los resultados de éstos en sus respectivas historias. Cuando la historia clínica se haya completado, colocará ésta en el casillero que se dispondrá para tal fin. Realizarán labores de limpieza del vertedero, sala de RCP, carro de curas, instrumental de consultas, cuñas, botellas, etc., siempre que éstos sean utilizados. Avisarán al Servicio de limpieza cuando sea necesario, encargándose de arreglar y cambiar las sábanas de las camillas de reconocimiento, cuando sea necesario. Las bolsas de ropa sucia las depositarán en la sala que se dispone para ello, cerrándola posteriormente con llave. En caso de necesidad, realizarán la higiene completa de los pacientes que lo requiera.

➤ Actividades de los AE en el Área de Observación

- El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La distribución para las distintas zonas de Observación se hará de forma rotatoria, lógica y proporcionada, en función de la presión asistencial y del personal disponible. Cada AE será responsable de los enfermos de su unidad.
- Al ingreso del paciente se le facilitará el pijama o camisón (salvo en AOS) y se le ayudará, si es preciso, a desvestirse. La ropa se guardará en una bolsa perfectamente identificada con una etiqueta en la que conste el nombre del paciente, la Unidad y el número de cama. Los objetos personales (cartera, reloj, gafas, etc.), se recogerán igualmente, entregándose al familiar, que deberá firmar el recibo en el que se hace constar los objetos entregados. Dicho recibo se guardará donde se decida.
- Se rellenará una hoja de identificación del paciente, que se colocará en el pie de la cama, en la que conste nombre y apellidos, número de cama, dieta y fecha y hora del ingreso.
- Se tomará la temperatura corporal del paciente a su ingreso y una vez por turno, anotándose en la hoja de gráficos con tinta roja.

- Se anotarán en la hoja de registro de enfermería todas las incidencias que se produzcan (diuresis, deposiciones, vómitos, etc.).
- Se prepararán los sistemas de oxigenoterapia y/o aspiración si se precisa, comprobando su correcto funcionamiento.
- Se revisarán las mesillas de cada paciente, constatando que no queda ningún objeto personal no entregado a la familia y reponiendo, si es preciso, el material que debe estar presente en ellas, como bolsas pequeñas, celulosa, electrodos, alargadera de O₂ y Ventimask.
- Se enviarán las muestras de analítica a los distintos laboratorios, recogiendo los resultados y distribuyéndolos en sus correspondientes historias clínicas.
- Se repartirán las comidas y se asistirá al paciente siempre que sea necesario (ayudar en la comida, movilizarlo, aseo personal, etc.).
- Se prestará ayuda a los DE en la realización de las técnicas (sondaje vesical, sondaje nasogástrico, lavado gástrico, punciones, canalización de vías, etc.).
- Se fregarán botellas, cuñas, laringoscopios, etc. siempre que sean utilizados. De igual manera, se limpiará el instrumental (pinzas, tijeras, portas, etc.) utilizado, introduciéndose en los sobres para esterilizar y entregándose a la AE responsable de almacenes para remitirlo al Servicio de Esterilización, durante el turno de mañana. Durante los turnos de tarde y noche el instrumental se dejará listo en el vertedero para enviar a Esterilización a la mañana siguiente.
- Cuando el paciente abandone la Unidad (alta al domicilio, traslado a planta o a otro hospital, etc.), deberá ir en perfecto estado de limpieza, asegurándose de que no queda ningún objeto personal de éste en su mesilla. La cama que queda libre, deberá quedar dispuesta para el próximo paciente que vaya a hacer uso de ella y la mesilla repuesta del material necesario.

4.1.3. PERSONAL CELADOR

Las actividades de los Celadores de la Sección de Urgencias serán las que siguen:

- Tramitarán, sin demora, el traslado de los documentos, historias, material de pruebas diagnósticas o aparatajes que le sean encomendados, asegurándose de la adecuada recepción de los mismos por el personal competente.
- Trasladarán a los pacientes a las dependencias que les sean indicadas por el personal facultativo o de enfermería, asegurándose de las condiciones correctas para su traslado y devolviendo a la Sección de Urgencias los medios empleados para el traslado.
- Realizarán, sin demora, el traslado de muestras biológicas y peticiones de exploraciones, efectuando la recogida de resultados, cuando así sea requerido.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, que los pacientes y familiares no hagan uso indebido de los materiales, enseres e instalaciones de la Sección de Urgencias.
- Asumirán las indicaciones del Jefe de Sección y del Supervisor de Enfermería.
- Realizarán todas las funciones delegadas por sus superiores, siempre que no contravengan las normas establecidas en el ordenamiento vigente.

- Se asegurarán, al comienzo del turno de trabajo, de que los medios de transporte de pacientes estén en condiciones adecuadas de uso. Las anomalías que se detecten se comunicarán de inmediato al Encargado de Turno para su reparación.
- Prestarán apoyo a otras áreas de la Sección de Urgencias distintas a las que estén adscritos funcionalmente (Consultas u Observación), cuando las necesidades del Servicio lo requieran.
- Cuidarán de que no permanezcan en el área de Urgencias las personas que no estén autorizadas, y que los pacientes y familiares permanezcan en las zonas habilitadas para ellos.

4.1.4. PERSONAL DE SEGURIDAD

Las actividades del Personal de Seguridad en la Sección de Urgencias serán las que siguen:

- Velar por la seguridad de las personas (pacientes, familiares y personal de Urgencias) y sus bienes personales, así como los del área de Urgencias.
- Colaborarán con los Celadores en el control de acceso a la Sección de Urgencias, manteniendo a pacientes y familiares en los lugares habilitados para ellos, cuidando además que no permanezcan en dicho área aquellas personas que no estén autorizadas.
- Acudirán con rapidez, dentro del área de Urgencias, a la zona donde sean requeridos para mantener el orden y la seguridad, según la normativa establecida, y solicitando la ayuda de las fuerzas de orden público y seguridad, cuando las circunstancias así lo demanden.
- De cuantos incidentes ocurran en la Sección de Urgencias, se elaborará un informe conciso, pero detallado, de los hechos, con copias para ser entregadas al Jefe de la Sección de Urgencias y a la Subdirección Médica del hospital.

4.2 MAPA DE COMPETENCIAS

Las “Competencias” son las características subyacentes de la persona que están relacionadas con una correcta actuación en su puesto de trabajo. Pueden ser de tres tipos:

1. Conocimientos (saber)
2. Habilidades (saber hacer)
3. Actitudes (estar dispuesto a)

El Mapa de Competencias para el personal de Urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía está bien definido. Dicho mapa describe los tres tipos de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) para cada uno de

los profesionales que prestan atención urgente, tanto facultativos, como enfermeros y personal no sanitario y, dentro de cada grupo, para el profesional de cada ámbito de actuación: dispositivos y servicios de cuidados críticos y urgencias y equipos de emergencias. En cada caso, se estructuran tres fases: A (Selección), B (Experto) y C (Excelente), en cada una de las cuales, cada competencia, se concibe como “deseable” o “imprescindible”.

En el caso del personal facultativo y de enfermería de la Sección de Urgencias, la consideración del mapa de competencias debe orientar la formación en cuidados críticos, que también debe quedar bien definida para el personal no sanitario.

5. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en su Plan de Calidad, contempla como elemento básico del sistema sanitario el proceso asistencial, integral y único, en el que la continuidad asistencial pasa a ser un criterio clave y la competencia de los profesionales es esencial para la buena resolución del proceso.

Esta perspectiva debe orientar la formación de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud, tanto de los Dispositivos como de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. La formación en cuidados críticos y urgencias se establece, por tanto, en relación con los *procesos asistenciales* de mayor calado en urgencias y los *mapas de competencias* definidos para los profesionales de dichas unidades.

En relación con ello, las actividades de formación que dan respuesta a dichas necesidades son las que se relacionan en la TABLA 5.1, 5.2 y 5.3.

Actualmente, se consideran prioritarios todos los cursos relativos a los procesos de interés preferente en Urgencias; esto es: 1) Proceso Dolor Torácico; 2) Proceso Ataque Cerebral; 3) Proceso Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; 4) Proceso Insuficiencia Cardíaca; 5) Proceso Paciente Pluripatológico; 6) Proceso Politraumatismo, y 7) Proceso Fractura de Cadera.

Los otros cursos, en lo que a facultativos se refiere, se priorizan (en función del carácter de imprescindible o deseable de las competencias que engloban) según recoge el TABLA 5.4.

La docencia está planteada en base a los conocimientos previos, pretendiendo cubrir las lagunas formativas, completando el mapa de competencias de los profesionales.

Junto a la formación de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas de la Consejería de Salud, el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias formará a los Residentes de las distintas especialidades, así como a los Estudiantes de Medicina en los aspectos anteriormente relacionados, con el reconocimiento que se considere oportuno por esta labor.

La formación continuada, irá encaminada en los aspectos anteriormente referidos relativos a urgencias y emergencias.

La investigación está establecida en los distintas áreas, tanto desde la perspectiva de análisis de datos, epidemiología, prevención, planificación, asistencia, diagnóstico, transporte sanitario, terapéutica, evaluación, calidad, docencia, coordinación, telemedicina, informática y el resto de los aspectos relacionados con la urgencias y emergencia sanitaria.

TABLA 5.1
***** FACULTATIVOS *****

ACTIVIDADES FORMATIVAS
INTRODUCCION A LAS URGENCIAS. DOCUMENTACION CLINICA
SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)
SVA PEDIATRICO
ATENCION INICIAL AL TRAUMA GRAVE
PROCESO DOLOR TORÁCICO
PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR
PROCESO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
PROCESO INSUFICIENCIA CARDIACA
PROCESO ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO
PROCESO POLITRAUMATISMO
PROCESO FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
EMERGENCIAS MEDICAS
URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIATRICAS
URGENCIAS MEDICAS
URGENCIAS QUIRURGICAS
URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS (CLINICA Y RADIOLOGIA)
URGENCIAS OBST/GINEC, OFT Y ORL
URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS
TALLERES PRACTICOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA PARA URGENCIAS
RADIOLOGIA DE TORAX Y ABDOMEN
TECNICAS EN RADIOLOGIA (SUPERVISION DE INSTALACIONES)
SEMIOLOGIA BIOQUIMICA
URGENCIAS MEDICAS (II)
VENTILACION MECANICA
URGENCIAS Y DERECHO
TRASLADO Y MOVILIZACION DE PACIENTES
TRASLADO DE CRITICOS
INFORMATICA: APLICACIONES PARA URGENCIAS
EPIDEMIOLOGIA
ESTADISTICA
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
MEJORA Y EVALUACION DE LA CALIDAD
SOPORTE FUNDAMENTAL EN CUIDADOS CRITICOS (FCCS)
ECOGRAFIA BASICA PARA URGENCIAS
CONTROL AVANZADO DE LA VIA AEREA
PROCESOS
GESTION
CATASTROFES
BIOETICA
TELEMEDICINA
FORMACION DE FORMADORES

TABLA 5.2

*** ENFERMEROS ***

ACTIVIDADES FORMATIVAS
INTRODUCCION A LAS URGENCIAS. DOCUMENTACION CLINICA
SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)
SVA PEDIATRICO
ATENCION INICIAL AL TRAUMA GRAVE
PROCESO DOLOR TORÁCICO
PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR
PROCESO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
PROCESO INSUFICIENCIA CARDIACA
PROCESO ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO
PROCESO POLITRAUMATISMO
PROCESO FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
EMERGENCIAS MEDICAS
URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIATRICAS
OTRAS URGENCIAS
TALLERES PRACTICOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
TECNICAS EN RADIOLOGIA (SUPERVISION DE INSTALACIONES)
VENTILACION MECANICA NO INVASIVA
URGENCIAS Y DERECHO
TRASLADO Y MOVILIZACION DE PACIENTES
TRASLADO DE CRITICOS
INFORMATICA: APLICACIONES PARA URGENCIAS
EPIDEMIOLOGIA
ESTADISTICA
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
MEJORA Y EVALUACION DE LA CALIDAD
PROCESOS
GESTION
CATASTROFES
BIOETICA
TELEMEDICINA
FORMACION DE FORMADORES

TABLA 5.3

***** PERSONAL NO SANITARIO *****

ACTIVIDADES FORMATIVAS
INTRODUCCION A LAS URGENCIAS. DOCUMENTACION CLINICA
SOPORTE VITAL BASICO (SVB)
SVB CON EQUIPO (DEA)
ATENCION INICIAL AL TRAUMA GRAVE
PROCESO DOLOR TORÁCICO
PROCESO ATAQUE CEREBROVASCULAR
PROCESO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
PROCESO INSUFICIENCIA CARDIACA
PROCESO ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO
PROCESO POLITRAUMATISMO
PROCESO FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
AUXILIAR DE TRANSPORTE SANITARIO
TECNICO DE EMERGENCIAS SANITARIAS
URGENCIAS Y DERECHO
MEJORA Y EVALUACION DE LA CALIDAD
PROCESOS
CATASTROFES

TABLA 5.4

NIVEL	ACTIVIDADES FORMATIVAS
(I) BASICO	INTRODUCCION A LAS URGENCIAS. DOCUMENTACION CLINICA
	SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)
	SVA PEDIATRICO
	ATENCION INICIAL AL TRAUMA GRAVE
	PROCESOS
	EMERGENCIAS MEDICAS
	URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIATRICAS
	URGENCIAS MEDICAS
	URGENCIAS QUIRURGICAS
	URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS (CLINICA Y RADIOLOGIA)
	URGENCIAS OBST/GINEC, OFT Y ORL
	URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS
	TRASLADO Y MOVILIZACION DE PACIENTES
	ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA PARA URGENCIAS
	RADIOLOGIA DE TORAX Y ABDOMEN
	TECNICAS EN RADIOLOGIA (SUPERVISION DE INSTALACIONES)
	SEMIOLOGIA BIOQUIMICA
(II) INTERMEDIO	URGENCIAS MEDICAS (II)
	VENTILACION MECANICA
	URGENCIAS Y DERECHO
	INFORMATICA: APLICACIONES PARA URGENCIAS
	EPIDEMIOLOGIA
	ESTADISTICA
	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
	TELEMEDICINA
(III) AVANZADO	TRASLADO DE CRITICOS
	CATASTROFES
	MEJORA Y EVALUACION DE LA CALIDAD
	SOPORTE FUNDAMENTAL EN CUIDADOS CRITICOS (FCCS)
	ECOGRAFIA BASICA PARA URGENCIAS
	CONTROL AVANZADO DE LA VIA AEREA
	GESTION
	BIOETICA
(IV) OPCIONAL	FORMACION DE FORMADORES

6. RELACIONES Y COORDINACIÓN

La actividad de la Sección de Urgencias se desarrolla, como no puede ser de otra manera, en relación con otros dispositivos sanitarios. El buen funcionamiento de Urgencias, sobre todo en las épocas de más actividad asistencial, depende en mucho de una buena coordinación con esas otras unidades, especialmente:

- 1) los Servicios del propio hospital; tanto los que participan en la actuación urgente (Radiología, Laboratorio, etc.) como los que reciben a los pacientes ingresados o dados de alta (y, en este último caso, especialmente, los de Hospitalización Domiciliaria y otros)
- 2) los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del mismo área sanitaria.
- 3) los sistemas extrahospitalarios de emergencias.
- 4) los Centros de Salud del área sanitaria.
- 5) los Hospitales que puedan ser receptores o emisores de pacientes para la propia Sección de Urgencias.

La correcta relación y coordinación de la Sección de Urgencias con estos dispositivos sanitarios debe estar plasmada en un documento que, con el acuerdo de las partes, se revise periódicamente.

7. CALIDAD ASISTENCIAL

El concepto de calidad está ligado al mundo sanitario desde muy antiguo. Si bien resulta difícil de definir, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, lo hace como “la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional”.

Una asistencia de calidad es aquella que se proporciona:

- Con una practica clínica basada en pruebas, conforme a los conocimientos científicos actuales.
- Con el menor riesgo para los pacientes y los familiares.
- Con la mayor eficiencia
- Con la mayor satisfacción para usuarios y el personal sanitario.
- Con el mayor respeto medioambiental.

Calidad y eficiencia están íntimamente unidas, de forma que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido si la asistencia no es eficiente.

EL Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha de orientar toda la actuación de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud, incluidos los que atienden los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. De hecho, su actividad se halla sometida a una evaluación y crítica continua, tanto por parte de los medios de comunicación, como por los usuarios y por los profesionales que continúan la atención de los pacientes urgentes. Estos hechos, lejos de representar una dificultad, deben tomarse como una gran oportunidad para la puesta en marcha de programas de evaluación y mejora continua de la calidad asistencial de estas unidades.

Para ello, es preciso poner en marcha actuaciones en dos sentidos:

1º) Conocer, registrar y medir lo que se hace. Es lo que podría denominarse genuinamente “control de calidad”, esto es, conocer la actividad que desarrolla el servicio y cuantificarla.

2º) Comparar, evaluar y corregir. Los datos, ordenados, se contrastan con los históricos propios o con los de otros hospitales de igual nivel para, si se verifican

carencias o insuficiencias, instaurar medidas correctoras. Este conjunto de intervenciones dirigidas a la mejora de aspectos concretos, constituye la “política de calidad” del servicio.

Para medir la calidad se recurre a tres tipos de instrumentos: a) Criterios, b) Estándares y c) Indicadores.

a) El Criterio es una especificación relevante que debe cumplir un determinado aspecto de la atención (aquel elemento que permite elaborar un juicio beneficioso acerca de la asistencia); por ejemplo, el número de enfermeras por cama, el tiempo llegada del paciente a urgencias-primer EKG, tiempo de primera asistencia sanitaria, etc.

b) El Estándar es el grado de cumplimiento exigible a un criterio; es, por tanto, un requisito que se considera esencial para ofrecer una buena asistencia, la línea que discrimina entre la calidad aceptable y la inadmisibles. Por ejemplo, el 100% de los pacientes ingresados deben tener una historia clínica, todo enfermo con dolor torácico debe tener un EKG en menos de cinco minutos de su ingreso, etc.

c) El Indicador es una herramienta para la monitorización y sirve para identificar áreas específicas que deben ser sometidas a evaluación. No es una medida directa de la calidad, sino más bien una visualización o señal que identifica o llama la atención sobre los puntos de la actuación específica dentro de una organización sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más intensa.

Cada vez hay más conciencia de que la calidad de la asistencia prestada al paciente no depende sólo de la actuación de los profesionales, sino también de los esfuerzos de colaboración y otros sistemas integrados que deben funcionar en su totalidad para lograr los objetivos.

El uso de indicadores capacita a los profesionales y organizaciones para controlar y valorar lo que ocurre a los pacientes como consecuencia del funcionamiento de los profesionales, de otro personal y/o sistemas organizativos para satisfacer las necesidades del paciente.

Los indicadores son en general de dos tipos:

- 1) Indicadores de Registro de Sucesos “Centinelas”. Este tipo de indicador mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. Su frecuencia en el tiempo suele ser muy baja; sin embargo, tiene la gravedad suficiente para el paciente, su familia, los sanitarios implicados y para la organización sanitaria donde se ha prestado la asistencia como para que deba realizarse una investigación completa en cada uno de los casos. Un indicador centinela puede ser, por ejemplo, la Parada Cardiorrespiratoria acaecida en la sala de espera de Urgencias.

- 2) Indicadores de Índice. Este tipo de indicador mide un suceso de la asistencia que requerirá posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa dentro de una institución a lo largo del tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas cuando se compara a instituciones similares. Un indicador basado en índices suele medir un suceso asistencial para el cual se admite un cierto índice de incidencia.

También los indicadores pueden diferenciarse según el tipo de sucesos que miden:

a) Indicador de resultados: mide lo que ocurre (o no ocurre) al paciente después de haberle hecho (o no haberle hecho) algo. Por ejemplo, pacientes que no se recuperan de una anestesia general dentro de la hora siguiente al término de ésta.

b) Indicador de proceso: mide una actividad asistencial realizada a un paciente. Los indicadores de proceso normalmente pretenden pasos concretos en el proceso de asistencia al paciente que se consideran importantes. Los mejores indicadores de proceso se orientan a procesos de la asistencia que están estrechamente vinculados a los resultados del paciente, lo que significa que hay una base científica para creer que la asistencia prestada llevará a un resultado específico.

Cada indicador, antes de ser implantado, debe tener bien definido los siguientes aspectos:

- Dimensión: Aspecto relevante que se valora.
- Justificación: Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿tiene sentido lo que se mide?).
- Fórmula: Expresión matemática.
- Explicación de términos: Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos.
- Población: Definición clara de la unidad de estudio.
- Tipo: Estructura, proceso o resultado.
- Fuente de datos: Origen y secuencia de obtención de datos.
- Estándar: Nivel deseable de cumplimiento del criterio.
- Comentarios: Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión. Fuentes de referencia.

Para la implantación de indicadores, como herramientas para medir la calidad de un servicio, lo primero es definir estos indicadores. Existe una gran cantidad de indicadores definidos actualmente. Sin embargo, la implantación de estos indicadores requiere de una sistemática cuyas bases fundamentales son la implicación de la mayor parte posible de los integrantes del servicio, la información y comunicación, la delegación de responsabilidades, la implantación progresiva de los indicadores que se vayan definiendo y el uso inmediato de los datos y resultados que se vayan obteniendo.

Están definidos los indicadores básicos que deben ser los primeros en implantarse en la Sección de Urgencias, que se relacionan a continuación.

1. TIEMPO DE CLASIFICACIÓN

Descripción: Mide el tiempo de espera que discurre entre la llegada del paciente a urgencias y el momento en que se produce el primer contacto con un profesional sanitario para asignarle el nivel de gravedad que corresponda al proceso que presenta el paciente.

Recogida y fórmula: Es la diferencia entre el tiempo de llegada a urgencias y el momento de entrada en el área de clasificación. Puede obtenerse comparando la hora de registro en la hoja de admisión con la hora de entrada en el área de clasificación.

Estándar: La diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.

2. TIEMPO DE PRIMERA RESPUESTA FACULTATIVA

Descripción: Mide el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a urgencias y el momento en que es atendido por un facultativo que inicia los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportunos, según la patología subyacente.

Recogida y fórmula: Se contabiliza el tiempo entre la llegada del paciente a urgencias, que consta en la hoja de admisión, y su entrada en la consulta correspondiente atendida por un facultativo.

Estándar: La espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente:

- Prioridad 1asistencia inmediata
- Prioridad 2< 15 minutos
- Prioridad 3 < 30 minutos
- Prioridad 4 < 120 minutos

3. TIEMPO DE RESOLUCIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTAS

Descripción: Mide el tiempo total transcurrido entre la hora de llegada de un paciente a urgencias y el momento en el que el facultativo del área de consultas efectúa el alta definitiva o la orden de ingreso en observación o en planta, contabilizando todos los procedimientos necesarios en el área de consultas

(anamnesis, exploración, llegada de resultados de pruebas complementarias, etc.).

Recogida y fórmula: Se obtiene como diferencia entre la hora de llegada y la hora que el facultativo del área de consultas efectúa el alta definitiva o la transferencia del paciente a otra área asistencial.

Estándar: Se deben ordenar las actuaciones para que en ningún caso se sobrepasen las 8 horas de resolución en el área de consultas.

4. TIEMPO EN ÁREA DE OBSERVACIÓN-SILLONES

Descripción: Mide el tiempo que transcurre desde la llegada de un paciente a éste área hasta que se produce la salida de la misma por alta definitiva o traslado a otra unidad.

Recogida y fórmula: Se obtiene mediante la diferencia entre la hora de su entrada y la salida de esta sala, anotado por el personal de enfermería en el correspondiente registro.

Estándar: El tiempo de estancia en esta sala no debe sobrepasar las 12 horas en el 100% de los pacientes.

5. TIEMPO EN ÁREA DE OBSERVACIÓN-CAMAS

Descripción: Mide el tiempo de permanencia de un paciente en una cama de observación.

Recogida y fórmula: Se contabiliza desde la llegada de un paciente a observación hasta la salida de la misma, anotando ambos tiempos en el correspondiente registro por parte del personal de enfermería.

Estándar: El tiempo de ocupación de una cama de observación por un mismo paciente no debe sobrepasar las 24 horas en el 100% de los pacientes.

6. PORCENTAJE DE INGRESOS EN OBSERVACIÓN (SILLONES Y CAMAS)

Descripción: Mide la cantidad de pacientes atendidos en las áreas de sillones y camas de observación en relación con el total de pacientes asistidos en urgencias.

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de enfermos atendidos en Observación (camas + sillones)} \times 100}{\text{Nº total de enfermos atendidos en urgencias}}$$

Estándar: Se considera que, dada la distribución en la frecuentación de los diferentes niveles de gravedad, la Sección de Urgencias debe estar preparada para atender en el área de observación (camas y sillones) hasta un 15% del total de pacientes que acuden a urgencias, repartidos en un tercio para camas y dos tercios para sillones.

7. PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE CAMAS DE OBSERVACIÓN

Descripción: Mide la cantidad de pacientes ingresados después de haber sido atendidos en camas de observación.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de enfermos ingresados en planta desde camas de observación} \times 100}{\text{Nº total de enfermos atendidos en camas de observación}}$$

Estándar: Se considera que, si el nivel de gravedad de los pacientes que se encaman en observación es el adecuado, un 50% de los pacientes pueden ser dados de alta después de solucionar o estabilizar su proceso y otro 50 % necesitarán ingreso en el hospital para continuar con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

8. PORCENTAJE DE INGRESOS DIRECTOS DESDE ÁREA DE CONSULTAS

Descripción: Mide el número de pacientes que ingresa en el hospital directamente desde el área de consultas, sin pasar por observación (ni por sillones ni por camas), por estar claro que precisan encamamiento en un servicio especializado, para la correcta asistencia de su proceso. Incluye los ingresos urgentes derivados a otros hospitales, o enviados desde otros hospitales, directamente a una especialidad determinada.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados desde consultas+derivados a otros hospitales} \times 100}{\text{Nº total de pacientes asistidos en urgencias}}$$

Estándar: Se considera que puede reunir la condición de ingreso claro hasta un 7,5% de los pacientes que acuden a urgencias.

9. PORCENTAJE DE INGRESOS URGENTES

Descripción: Mide el total de pacientes que ingresa en el hospital con la consideración de “urgente”, incluyendo los pacientes que son enviados desde

otros hospitales con esta consideración, o derivados a otros hospitales para su ingreso.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de ingresos urgentes + derivados para ingreso a otros hospitales} \times 100}{\text{Nº total de pacientes asistidos en urgencias}}$$

Estándar: Se considera que el número total de ingresos urgentes no debería superar el 15% del total de pacientes asistidos en una unidad de urgencias hospitalarias, contabilizando también los ingresos remitidos a otros hospitales.

10. PRESIÓN DE URGENCIAS

Descripción: Mide la relación entre ingresos urgentes y el total de los ingresos hospitalarios.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de ingresos urgentes} \times 100}{\text{Total de ingresos en el hospital}}$$

Estándar: Se considera que no debe superar el 55%, para procurar una disponibilidad adecuada en cuanto a la actividad programada del hospital.

11. PORCENTAJE DE REINGRESOS A LAS 72 HORAS

Descripción: Mide el número de pacientes que solicitan nueva asistencia en urgencias, por el mismo proceso, en las 72 horas siguientes a la primera atención.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes reingresados en 72 horas} \times 100}{\text{Media de pacientes asistidos en 24 horas}}$$

Estándar: Se considera que no debería sobrepasar el 5% de pacientes .

12. EVENTOS GRAVES EN SALA DE ESPERA

Descripción: Mide el número de pacientes que, estando en la sala de espera general o de pacientes, presenta una inestabilización por la que se requiere una asistencia inmediata.

Fórmula: Se llevará un libro de registro de pacientes asistidos en la sala de emergencias, con anotación de la procedencia, para poder determinar el número de casos que requirieron una asistencia inmediata procedentes de la sala de espera.

Estándar: Se considera que no deberían producirse estos eventos en una proporción mayor a 1 cada 10.000 pacientes asistidos en urgencias.

Junto a estos indicadores, existen otros con sus correspondientes estándares, que se definen en los mapas de procesos asistenciales y que se tendrán que ir implantando en Urgencias, a medida que se vayan desarrollando los diferentes procesos asistenciales. Así, por ejemplo, el tiempo de demora en la realización del primer EKG en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), administración de AAS en el SCA, tiempo puerta-aguja en el IAM, valoración del peak-flow en asmáticos, demora en el inicio del tratamiento antibiótico, radiología cervical en traumatismos cervicales, demora en la realización de eco abdominal o punción lavado peritoneal en traumatismos abdominales, etc.

8. PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN

8.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Aunque la demanda o frecuentación de urgencias se mantiene en la tendencia actual de incremento de un 3,5% a un 5,5% anual en Hospitales y un 8,5% en Atención Primaria, la experiencia acumulada durante muchos años ha demostrado que, durante el período que podríamos denominar otoño tardío e invierno (noviembre a febrero) y, este año, en verano, se produce una serie de sucesos relevantes que resumiríamos en:

- Moderado incremento de la frecuentación.
- Cambios epidemiológicos, expresados por aumento de reagudizaciones de pacientes crónicos y/o persistentemente sintomáticos.
- Aumento de la media de edad de los pacientes.
- Incremento moderado de necesidad de observar e ingresar pacientes en el hospital, en relación con los factores 2 y 3 anteriormente expuestos.

En definitiva, en el período de tiempo en cuestión, aumenta la demanda de atención especializada en algunos Servicios del Hospital, más que la frecuentación de procesos banales.

Estos sucesos no son accidentales, sino totalmente previsibles, a pesar de lo cual frecuentemente producen:

- Saturación de las Áreas de Observación de Urgencias.
- Alteración en la actividad programada del Hospital.
- Desorden relativo en la actividad asistencial por la presencia de “pacientes ectópicos”.
- Sensación de descontrol en Urgencias que, amplificado desde otras esferas del propio Hospital y desde los medios de comunicación, se transmite a la ciudadanía como caos asistencial.
- Aumento de la solicitud de demanda en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria.
- Incremento de solicitud de avisos domiciliarios urgentes a los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

Por todo ello, se impone elaborar un plan estratégico que contemple actuaciones en la propia Sección de Urgencias y en el conjunto del hospital, que supervisado y aprobado por el Equipo Directivo del hospital y otros órganos de participación, dé respuesta a las situaciones descritas. Y otro de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias con el conjunto de su Centro de Salud, que sea supervisado y aprobado por el Equipo Directivo del Distrito. Así mismo, es fundamental el Plan de interrelación e integración del Hospital con el Distrito, ya que muchas medidas se basan en esta relación. Todo ello justifica contemplar las actuaciones a todos estos niveles en este documento.

8.2. ELABORACIÓN DEL PLAN

8.2.1. HOSPITAL

El diseño debe tener en cuenta actuaciones a dos niveles: Sección de Urgencias y otros Servicios del Hospital. El Plan interno de la Sección de Urgencias debe ser elaborado por la Jefatura del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, así como conocido y compartido por todos sus miembros y aprobado por la Dirección.

La actuación en el conjunto del Hospital debería ser liderada por la Dirección del Hospital, con la participación y compromiso del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y de aquellos servicios médicos y quirúrgicos a los que la Sección de Urgencias presta, mayoritariamente, la atención y estabilización en las primeras horas de sus enfermos.

Ambos planes, debidamente coordinados, deberían estar en plena capacidad operativa en el mes de noviembre.

8.2.2. ATENCIÓN PRIMARIA

El diseño ha de tener en cuenta las actuaciones en el propio Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias y en el mismo Centro de Salud.

Ambas actuaciones deben plasmarse y, al igual que para el hospital, deben tener plena capacidad operativa en el mes de noviembre.

Junto al Plan del propio Hospital y del Distrito debe existir una serie de medidas aprobadas entre ambos, que también deben ser plasmadas y activas en la misma fecha que el Plan.

8.3. ACTUACIONES EN EL HOSPITAL

8.3.1. ACTUACIONES EN EL SCCU

Las patologías prevalentes a tratar en el período de tiempo en cuestión son, fundamentalmente, cardiopatía isquémica; insuficiencia cardíaca; reagudizaciones de pacientes con neumopatías crónicas con o sin OCFA, y descompensaciones de pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias altas y/o bajas.

Las actuaciones a contemplar en el SCCU pasan por: a) la definición de sus recursos; b) el uso de guías de práctica clínica, y c) el aumento de su capacidad de resolución.

8.3.1.A. Definición de Recursos

Deben definirse exactamente los recursos de personal, camas de observación y sillones, tanto de forma habitual, como posible ampliaciones.

8.3.1.B. Uso de Guías de Práctica Clínica

Dado que el objetivo fundamental es tratar al paciente con las debidas garantías sin sobrepasar los recursos destinados a su atención, se requiere, por un lado, potenciar las Guías de Práctica Clínica del Servicio, contando con la aprobación de la Dirección, consiguiendo su cumplimiento absoluto por todo el personal adscrito a Urgencias y, por otro, aumentar la capacidad de resolución.

Las Guías de Práctica Clínica han de elaborarse, en caso de no existir, para que estén operativas en el mes de noviembre.

8.3.1.C. Aumento de la Capacidad de Resolución

El incremento de la capacidad de resolución implica por un lado, una menor tasa de ingreso en observación y en el hospital y, por otro, un acortamiento del tiempo de observación. La mayor tasa de resolución podría conseguirse con las siguientes actuaciones:

- Aumento del número de consultas y especialización de algunas de ellas, según la patología prevalente, para altas más rápidas desde observación.
- Flexibilización del Área de Observación-Sillones.
- Disminución de los tiempos de decisión de destinos intermedios y finales en los pacientes ingresados en Observación.
- Aprovechamiento óptimo de otros recursos del hospital como Hospitalización Domiciliaria, Consultas Preferentes, Hospital de Día, Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Incremento de la coordinación y colaboración con Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del área.

- Ampliación del espacio destinado a Observación.
- Establecimiento de un circuito rápido de pacientes derivados por el 061.

Todas estas actuaciones deben estar suficientemente explicitadas y consensuadas con los miembros de la Sección de Urgencias.

8.3.2. ACTUACIONES EN EL CONJUNTO DEL HOSPITAL

Aceptando que en el mencionado período se produce un cambio cuantitativo, pero también, y fundamentalmente, un aumento de demanda de atención hospitalaria de alguna especialidades del Área Médica y de la propia Medicina Interna, no es lógico que el hospital se desentienda del problema. Además, experiencias previas en algunos centros de Andalucía han demostrado que cuando el hospital responde como conjunto, los resultados son mejores.

Las acciones, que deberían ser coordinadas por la Dirección del hospital, pasarían por:

- Creación de una comisión en la que participen todos los servicios afectados por el aumento de demanda cuantitativa o cualitativa, además del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Esta comisión elaborará, difundirá y evaluará la eficacia del Plan.
- Reasignación, por parte de la Dirección del hospital, con la participación de la Junta Facultativa, de camas dentro del centro afectado, en razón de la propia demanda y de la eficiencia, medida en estancia media por GRD de cada Servicio.
- Compromiso de los diferentes servicios de disminución de estancias medias, flexibilizando los criterios de alta hospitalaria. Los Servicios médicos deben ser capaces de gestionar sus picos de ocupación.
- Acortamiento de los tiempos de espera, en los pacientes hospitalizados, de las exploraciones que determinan las decisiones, como radiología, ecografía, endoscopia, etc.
- Incremento del número diario de consultas preferentes destinadas a pacientes remitidos desde la Sección de Urgencias del hospital.
- Información y sensibilización a la ciudadanía de la situación y del comienzo de los brotes epidemiológicos, con el fin de que asuman las posibles demoras asistenciales de procesos banales y para que acudan a otros Dispositivos por su proceso, en razón del nivel de gravedad y los servicios disponibles.
- Ampliación al domicilio de la continuidad de cuidados de pacientes dados de alta de la Sección de Urgencias por el DCCU o/y Atención Primaria.
- Uso del Informe de Urgencias-Historia Clínica, como instrumento de comunicación entre la Atención Primaria, el DCCU y el Hospital.
- Puesta en funcionamiento, si fuera posible, de la recepción de muestras y el Laboratorio integrados en Urgencias.

- Identificación del censo de Residencias Asistidas, Residencias de Ancianos y agudos.
- Coordinación con el 061 y establecimiento de vías de acceso que no bloqueen los circuitos de urgencias, en los períodos de máxima demanda.

8.3.3. ACTUACIONES EN OTROS ÁMBITOS RELACIONADOS CON EL HOSPITAL

Asimismo, desde el Hospital, deben ponerse en marcha acciones encaminadas a:

- Aumento de la oferta de camas de otras instituciones para pacientes con problemas sociosanitarios, de larga estancia, en estado vegetativo, o que sólo requieran cuidados paliativos.
- Coordinación con la Unidad Médica del Hospital de Crónicos, en caso de existir, para la derivación directa de pacientes diagnosticados y tratados con procesos de agudización.
- Comunicación desde los Hospitales de Crónicos, del censo de camas disponibles, a primera hora de cada día.
- Traslado a los Hospitales Comarcales y a las Residencias Asistidas de la necesidad de incrementar su respuesta a mayores niveles de gravedad en las Urgencias.

8.4. FASES DE APLICACIÓN DEL PLAN EN EL HOSPITAL

Las fases de aplicación del Plan se basan en dos criterios generales:

1. % de incremento del número de urgencias que acuden al hospital.
2. % de incremento del número de pacientes que se encuentran en observación y están pendientes de ingresar en el hospital.

8.4.1. FASE I

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del hospital no supera el 10% de incremento.
2. Cuando el número de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital no supera el 10% de incremento.

En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el Plan de Alta Frecuentación previsto con la Comisión de seguimiento prevista.

8.4.2. FASE II

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del hospital se

encuentra entre un 11% y un 25% de incremento.

2. Cuando el número de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital se sitúe entre un 11% y un 25% de incremento.

En esta situación, junto con la puesta en marcha al máximo de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos, adaptados a las franjas horarias de mayor frecuentación, tanto en las consultas de urgencias como en observación.
- Aumentar la disponibilidad de camas por parte de los diferentes Servicios (disminución de estancias medias, etc.)

8.4.3. FASE III

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del hospital supera el 25% de incremento.
2. Cuando el número de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital supera el 25% de incremento.

El hospital entero debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación. En esta situación, junto con la puesta en marcha, al máximo, de todas la medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos sobre la base de los incrementos tanto en las consultas de urgencias como en observación.
- Aumentar la disponibilidad de camas de forma importante por parte de los diferentes Servicios (disminución de estancias medias, actividad programada, etc.)

8.5 ACTUACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

8.5.1 MEDIDAS GENERALES

- Elaboración en el Distrito del Plan de Alta Frecuentación de urgencias para los Centros de Salud/Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).
- Creación de la comisión AP-Hospital-061 para la elaboración y seguimiento conjunto del Plan de Alta Frecuentación.
- Consenso con los Centros de Salud/Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de los protocolos de actuación hospitalaria para los procesos más comunes en picos estacionales.

8.5.2 DIFUSIÓN A LA POBLACIÓN

- Informar a la población de la localización, horarios y dotación de los distintos Centros de Salud/Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

- Informar sobre la utilización racional de los recursos asistenciales.
- Difusión, a través de los medios de comunicación social, de consejos sanitarios sobre las patologías que producen los incrementos de la demanda.

8.5.3 COORDINACIÓN

- Coordinación de las derivaciones del 061-DCCU y unidades de hospitalización domiciliaria.
- Interconsulta telefónica con el hospital desde el CS-DCCU en los casos que se plantee derivación y no esté incluido en protocolo, o bien para aclaración de dudas diagnóstico- terapéuticas.
- Coordinación a través del centro coordinador provincial de altas hospitalarias para seguimiento por el EBAP/DCCU, según horario.

8.5.4 ACTUACIONES EN EL CENTRO

- Aumentar el grado de resolución del DCCU y disminución de la derivación a Hospital. Protocolización de las derivaciones.
- Utilización de las salas de tratamientos cortos y evolución de los DCCU tipo III (de alta resolución), que actúan como referencia para los tipos I y II (el resto de los Dispositivos).

8.5.5 ACTUACIONES EN DOMICILIO

- Potenciar la asistencia domiciliaria tanto de médico como de enfermería del Centro de Salud y del DCCU.
- Facilitar las extracciones en domicilio a los pacientes crónicos.
- Seguimiento por enfermería de enlace de los pacientes pluripatológicos en domicilio (observación domiciliaria).

8.6. FASES DE APLICACIÓN DEL PLAN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las fases de aplicación del Plan se basan en tres criterios generales:

1. % de incremento del número de urgencias que acuden al Centro de Salud y Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.
2. % de incremento del número de pacientes que solicitan atención domiciliaria o fuera del Centro.
3. % de incremento del número de pacientes que se encuentran en el área de tratamientos cortos (observación).

8.6.1. FASE I

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud no supera el 10% de incremento.
2. Cuando el número de pacientes que solicitan atención domiciliaria no

supera el 10% de incremento.

3. Cuando el número de pacientes que se encuentran en la sala de tratamientos cortos no supera el 10% de incremento.

En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el Plan de Alta Frecuentación contemplado por la Comisión de seguimiento prevista.

8.6.2. FASE II

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud se encuentra entre un 11% y un 25% de incremento.
2. Cuando el número de pacientes que solicitan atención domiciliaria se encuentra entre un 11% y un 25% de incremento.
3. Cuando el número de pacientes que se encuentran en la sala de tratamientos cortos se encuentra entre un 11% y un 20% de incremento.

En esta situación, junto con la puesta en marcha al máximo de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos, considerando las franjas horarias de mayor frecuentación.

8.6.3. FASE III

1. Cuando el número de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud supera un 25% de incremento.
2. Cuando el número de pacientes que solicitan atención domiciliaria supere un 25% de incremento.
3. Cuando el número de pacientes que se encuentran en la sala de tratamientos cortos supere un 25% de incremento.

El Distrito entero debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación. En esta situación, junto con la puesta en marcha, al máximo, de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos en función del aumento de frecuentación en las consultas de los DCCU.
- Incrementar las áreas de atención, tanto de consulta como de tratamientos cortos.