



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria
Trabajo Fin de Máster

Memoria de actividad Servicio de Urgencias hospitalarias

Presentado por: María de la Paz Egea Campoy

Asesorado por: Emilio Ignacio García

Ciudad: Murcia

Fecha: Enero 2017

ÍNDICE

	pág.
Acrónimos.....	4
1) Propósito del documento.....	6
2) Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.....	6
3) Análisis estratégico	14
3a) Análisis externo.....	14
• Datos demográficos: población asistida, municipios que abarca.....	14
• Recursos sanitarios en el área IV-Noroeste	14
○ Recursos humanos	14
○ Cartera de servicios.....	17
• Recursos sociales y comunitarios	20
• Recursos estructurales.....	21
• Actividad asistencial de los últimos 5 años del hospital.....	22
• Plan estratégico del área IV-Noroeste.....	23
3b) Análisis interno.....	25
• Estructura funcional.....	25
• Recursos humanos.....	28
• Cartera de servicios	30
• Análisis de los datos de funcionamiento generales de la unidad en los últimos 5 años.....	32
• Previsión de demanda. Matriz DAFO/CAME	36
4) Plan de actuación de la Unidad de Gestión Clínica	37
• Misión, Visión, Valores	37
• Líneas estratégicas, factores clave de éxito	40
• Objetivos asistenciales	42
• Mapa de procesos: Procesos estratégicos, operativos, de soporte.....	50
• Calidad y seguridad del paciente.....	51
• Guías clínicas y rutas asistenciales	53
• Docencia y formación continuada. Actividad investigadora	54
• Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando.....	59
5) Currículum del candidato/a	
• Perfil profesional.....	78
• Funciones de jefe/a clínico.	78
Bibliografía.....	87

ACRÓNIMOS

AOU – Área de observación de Urgencias

CCEE – Consultas Externas

CREM – Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia

CSM – Centro de Salud Mental

HCN – Hospital Comarcal del Noroeste

HDM – Hospital de Día Médico

HUVA – Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca

INE – Instituto Nacional de Estadística

LGS - Ley General de Sanidad

OMS- Organización Mundial de la Salud

PAC - Puntos de Atención Continuada

PEA – Puntos de Especial aislamiento

SEMES – Sociedad Española de Urgencias y Emergencias

SMS - Servicio Murciano de Salud

SET – Sistema Español de Triage

SUAP – Servicios de Urgencias de Atención Primaria

SUH – Servicio de Urgencia Hospitalaria

UHH – Unidad de Urgencia Hospitalaria

UME- Unidad Médica de Emergencias

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Gestionar implica coordinar e incentivar a las personas de cualquier organización para conseguir los fines de ésta. La gestión clínica actual exige, cada vez con mayor intensidad, disponer de información beneficiosa, importante y fiable para una toma de decisiones acertada, oportuna y proactiva.

La Medicina de Urgencias no es actualmente una especialidad reconocida, lo que trae como consecuencia que no exista ni una cualificación ni un programa formativo específico. Además, los servicios de urgencias de hospitalarias son los grandes desconocidos del sistema sanitario público español, en buena parte porque su actividad asistencial no es habitualmente analizada y, en otra, porque aún siendo estudiada no es difundida, probablemente porque los resultados pueden ser mejorables y los gestores la consideran de “uso doméstico”.

Debido a la importancia de un adecuado funcionamiento en los servicios de urgencias, ya que en la mayoría de las distintas situaciones se requiere de una atención efectiva y certera de la patología por la cual se consulta, se decide realizar el siguiente trabajo como memoria técnica y Trabajo Fin de Master, con idea de plantear y analizar la actividad asistencial de Hospital Comarcal del Noroeste (HCN), y así optar a la Jefatura de Servicio de Urgencias.

2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

El Servicio Murciano de Salud (SMS) es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas de la Región de Murcia, a través de impuestos generales, perteneciente al Sistema Nacional de Salud, creado en 1986 tras la Ley General de Sanidad (LGS) (Ley 14/1986, de 25 de Abril) [1] . Su sistema de financiación está basado en el modelo de sistema sanitario de Beveridge, con cobertura prácticamente universal, equitativo, gratuito (salvo en las prestaciones farmacéuticas ambulatorias, donde se cofinancia por parte de los usuarios según su situación laboral y su nivel de renta), descentralizado, con una atención integral de la salud.

Más tarde, la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia [2] configuró el Servicio Murciano de Salud (futuro receptor de las funciones y servicios que el INSALUD prestaba en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), como un ente de Derecho Público, con personalidad jurídica y patrimonio propio y plena capacidad de obrar, pública y privada, para el cumplimiento de sus fines (art. 21.1). Con posterioridad, la Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio [3], por la que se reforma la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, dio una nueva redacción al artículo 12.1.4 de esta última norma, atribuyendo a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución, reservándose al Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de la función a la que se refiere dicho precepto. Esta modificación normativa hizo posible, desde el punto de vista legal, la transferencia de los servicios y funciones del INSALUD a esta Comunidad Autónoma, que culminó finalmente tras el Real Decreto 1474/2001 del 27 de Diciembre y la transferencia a 1 de Enero de 2002, y disolución del INSALUD [4]

La ordenación territorial de los servicios de salud, definida por la LGS, se basa en el establecimiento de dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Dicha ley, define las Áreas de Salud como estructuras básicas del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar. Igualmente, la citada ley reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio las demarcaciones de las Áreas de Salud con arreglo a unos principios básicos. Para maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios, la LGS establece la división de las áreas de salud en las Zonas Básicas de Salud. Su desarrollo se aborda en el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud [5], quedando definida la Zona Básica de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente.

A nivel regional, la organización territorial del SMS inicialmente estaba contemplada en el Decreto 27/1987, de 7 de mayo [6]. Así la Región de Murcia se dividía en seis áreas de salud y 63 zonas básicas. Sin embargo, por la Orden de 24 de abril de 2009 (BORM de 7 de mayo de 2009) [7], de la Consejería de Sanidad y

Consumo del Gobierno autonómico se procedió a modificar las áreas de salud, y por la Orden 14 de mayo de 2015 (BORM 26/05/2015) [8], el mapa sanitario de la Región de Murcia quedó delimitado finalmente en nueve Áreas de Salud y 90 Zonas Básicas [Tabla 1 y Tabla 2; Figura 1] . Cabe señalar como particularidad, el hecho de que el municipio de Murcia pertenezca a tres áreas de salud distintas: De Murcia Oeste (Área I), Vega Media del Segura (Área VI) y De Murcia Este (Área VII) [9]

AREA	NOMBRE	HOSPITAL DE REFERENCIA
I	Murcia/oeste	Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca
II	Cartagena	Hospital General Universitario Santa Lucía Hospital General Universitario Santa María del Rosell
III	Lorca	Hospital Rafael Méndez
IV	NOROESTE	Hospital Comarcal del Noroeste
V	Altiplano	Hospital Virgen del Castillo
VI	Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer
VII	Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía
VIII	Mar Menor	Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor
IX	Vega alta del Segura	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

Tabla 1. Áreas de Salud del SMS y Hospital de Referencia. (Basada en datos de Murciasalud)

AREA	ZONAS BÁSICAS DE SALUD
I	Murcia/oeste. H. V. DE LA ARRIXACA (MURCIA)
	Zona 1. Alcantarilla Zona 10. Murcia/ San Andrés Zona 19. Murcia/ La Ñora Zona 22. Murcia/ Algezares Zona 23. Murcia / El Palmar Zona 80. Murcia / Aljucer Zona 5. Mula Zona 8. Murcia / Espinardo Zona 20. Murcia /Nonduermas Zona 21. Murcia / La Alberca Zona 3. Alhama Zona 24. Murcia /Campo de Cartagena Zona 74. Murcia/ Sangonera la Verde Zona 2. Alcantarilla/ Sangonera la Seca Zona 90. Librilla

II	Cartagena. COMPLEJO HOSP. CARTAGENA: H. SANTA LUCÍA Y H. S ^a M ^a DEL ROSELL (CARTAGENA)	
	Zona 26. Cartagena/ Oeste Zona 31. Cartagena/ I. Peral Zona 33. Cartagena/ Este Zona 34. Cartagena/ Casco Zona 37. Fuente Álamo Zona 38. Mazarrón Zona 43. La Manga Zona 42. La Unión	Zona 29. Cartagena/ Los Barreros Zona 32. Cartagena/ Pozo Estrecho Zona 35. Cartagena/ Santa Lucía Zona 82. Puerto de Mazarrón Zona 27. Cartagena/ Molinos Marfagones Zona 30. Cartagena/ Los Dolores Zona 36. Cartagena/ Mar Menor Zona 28. Cartagena/ San Antón Zona 87. Cartagena/ Santa Ana
III	Lorca. H. RAFAEL MÉNDEZ (LORCA)	
	Zona 44. Águilas/ Sur Zona 68. Águilas/Norte Zona 45. Lorca/ Centro Zona 47. Lorca/ San José Zona 48. Lorca/ La Paca	Zona 49. Puerto Lumberas Zona 50. Totana/ Norte Zona 84. Lorca/ Sutullena Zona 85. Totana Sur Zona 88. Lorca/ San Cristóbal Zona 46. Lorca/ San Diego
IV	NOROESTE. H. NOROESTE (CARAVACA)	
	Zona 51. Bullas Zona 53. Caravaca Zona 56. Moratalla	Zona 54. Caravaca/ Barranda Zona 55. Cehegín Zona 52. Calasparra
V	Altiplano. H. V. DEL CASTILLO (YELA)	
	Zona 57. Jumilla	Zona 58. Yecla/ Este Zona 76. Yecla/ Oeste
VI	Vega Media del Segura. H. MORALES MESEGUER (MURCIA)	
	Zona 59. Abanilla Zona 61. Alguazas Zona 62. Archena Zona 64. Fortuna Zona 71. Ceutí Zona 72. Lorquí Zona 65. Molina Norte Zona 66. Molina Sur	Zona 6. Murcia/ Vistalegre Zona 7. Murcia/ Sta M ^a de Gracia Zona 9. Murcia/ Cabezo de Torres Zona 11. Murcia/ Centro Zona 77. Murcia/ Santiago y Zaráiche Zona 78. Murcia/ Zarandona Zona 79. Murcia/ El Ranero Zona 67. Las Torres de Cotillas Zona 89. Molina Este
VII	Murcia/Este. H. REINA SOFÍA (MURCIA)	
	Zona 4. Beniel Zona 13. Beniajan Zona 15. Puente Tocinos Zona 16. Monteagudo Zona 25. Santomera Zona 14. Alquerías	Zona 75. Murcia/ Santiago El Mayor Zona 17. Murcia/ Barrio del Carmen Zona 18. Murcia/ Infante Zona 81. Murcia/ Floridablanca Zona 86. Murcia/ Llano de Bruja Zona 12. Murcia/ Vistabella
VIII	Mar Menor. H. LOS ARCOS (SAN JAVIER)	
	Zona 39. San Javier Zona 40. San Pedro del Pinatar Zona 73. Los Alcázares	Zona 41. Torre Pacheco/ Este Zona 83. Torre Pacheco/ Oeste
IX	Vega alta del Segura. H. DE LA VEGA LORENZO GUIRAO (CIEZA)	
	Zona 60. Albarán Zona 70. Blanca	Zona 63. Cieza/ Este Zona 69. Cieza/ Oeste

Tabla 2. Zonas de Salud de cada Área. (Basada en datos de Murciasalud)



Figura 1. Mapa Sanitario del SMS- 2016 (Fuente: Murciasalud).

La organización del SMS es consecuencia de los principios en que se sustenta. Dado su carácter universal y solidario, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos. Para ello, el SMS se organiza en dos niveles o entornos asistenciales, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa y que se encuentran disponibles en cada área.

- Atención Primaria (servicios sanitarios de primer nivel): caracterizados por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud más frecuentes. Según la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario [10], la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia

sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

- Atención Especializada (servicios sanitarios de segundo nivel): cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de Atención Primaria. Se presta en Centros de Especialidades y Hospitales de Referencia, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras su conclusión, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, al disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global; ello permite la adecuada continuidad de los cuidados (contemplado en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario).

Según los datos del Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (CREM) [11], el SMS presta asistencia a una población de 1.467.288 habitantes. Es la 10ª Comunidad Autónoma de España en cuanto a población se refiere. Tiene una densidad de población media, con 130 habitantes por Km², está en el puesto 11 de las Comunidades Autónomas en cuanto a densidad. Desde el año 2000, la población protegida sanitariamente por el SNS ha ido incrementándose un 3%, desde un 92,9% en el año 2000 a un 95,2% en el año 2012, mientras que, por el contrario, ha habido un descenso de la cobertura por entidades de seguro privado (de un 7,1% a un 4,8% en los años 2000 y 2012 respectivamente). Estos cambios han sido más marcados en la Región de Murcia que a nivel nacional [12].

La pirámide de población regional es semejante a la nacional, equilibrada en ambos sexos, pero con una marcada distribución en fase de envejecimiento, en forma de bulbo o regresiva (entendiendo por envejecimiento demográfico un aumento del porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población), y que pone de manifiesto el descenso de la natalidad [Figura 2]; incluso, como muestra la figura 3, en algunos municipios, la población mayor de 65 años está cercana al 30%, muy por encima de la media nacional.

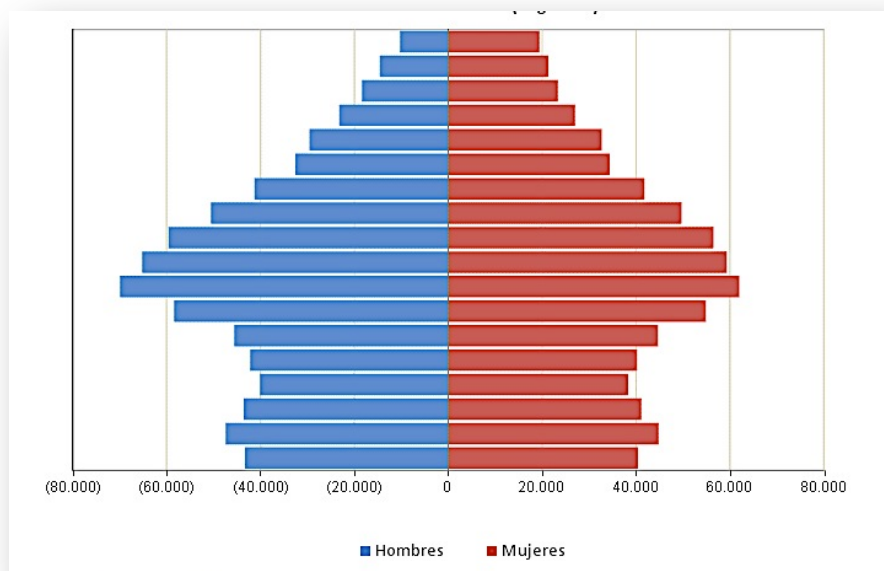


Figura 2. Pirámide poblacional de la Región de Murcia 2015 (Fuente: CREM)

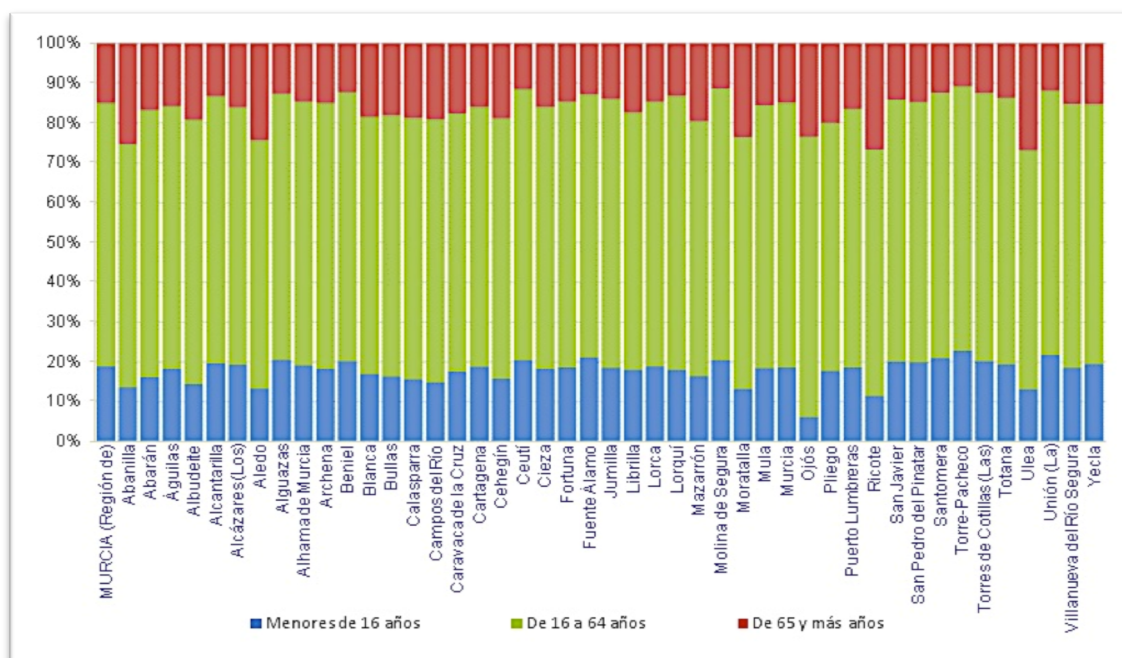


Figura 3. Población según municipios y edad (grandes grupos) (Fuente: CREM)

Considerando como concepto de camas instaladas aquellas que constituyen la dotación fija del hospital y que están en disposición de ser usadas, el SMS dispone de un total 3.175 camas al por lo que se obtiene una tasa de 2.2 /1000 habitantes, inferior

a los datos nacionales, cuya tasa se sitúa en 2.5 /1000 habitantes (según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)). Y, si se observan los datos en los últimos 5 años, ha habido un incremento de 130 camas en los últimos 5 años, con un aumento de 0.1 de las tasas por 1000 habitantes (2.1 /1000 habitantes en 2010, frente al ya comentado 2.2 de 2015), siempre situándose en rangos inferiores al nacional. El gasto farmacéutico medio por receta facturada es ligeramente superior a la media española (11,2 sobre 10,8 nacional), con un gasto total anual por habitante de 856,4 euros. El personal contratado por el SMS asciende a la cifra de 16.791 en total, y su distribución por tasas por 1000 habitantes se resume en la [Tabla 3](#), así como su distribución por tasas por 100 camas en la [Tabla 4](#) [13, 14]

	Total	SMS	Privados
Total personal	11.5	9.4	2.1
Médicos	2.3	1.6	0.7
Urgencia-Guardia	0.2	0.2	0.1
Enfermeros	3.1	2.7	0.4
Matronas	0.4	0.4	0.1
Fisioterapeutas	0.1	0.1	0.0
Personal no sanitario	2.8	2.3	0.5

Tabla 3. Distribución por tasas por 1000 habitantes del personal del SMS.

	2010	2014
MÉDICOS		
Total	70.76	74.42
SMS	81.2	83.03
Privado	51.81	55.02
ENFERMEROS		
Total	99.69	96.04
SMS	140.26	136.63
Privado	29.77	29.51
TECNICOS SANITARIOS		
Total	102.34	95.23
SMS	135.26	129.57
Privado	39.19	38.94

Tabla 4. Distribución por tasas por 100 camas en funcionamiento según centro hospitalario (Fuente: CREM)

La tasa de hospitales por 1000 habitantes es 2.16, tasa superior a la media nacional de 1.95, probablemente debido a que la capacidad media de los mismos es inferior (177.8 en la región, frente a 21244 a nivel nacional). La tasa de frecuentación

en Urgencias es de 527.5 / 1000 habitantes, con 771.691 urgencias anuales atendidas, superior a la tasa nacional de 491.22 /1000 habitantes. Además, se ha visto un aumento progresivo de dicha tasa en los últimos cinco años (504.27 / 1000 habitantes en 2010). El gasto farmacéutico medio por receta facturada es ligeramente superior a la media española (11.2 sobre 10.8 nacional), con un gasto total anual por habitante de 856.4 euros [13, 14, 15]

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.a. Análisis externo

- **DATOS DEMOGRÁFICOS: POBLACIÓN ASISTIDA, MUNICIPIOS QUE ABARCA**

La Gerencia del Área IV garantizará las prestaciones asistenciales reconocidas en la legislación vigente a la población adscrita a efectos de asistencia sanitaria. Dicha población, según los datos del CREM, es de 76.618 habitantes [13] [Tabla 5]. En total, se encuentra distribuida en seis zonas de salud, correspondientes a los municipios de Caravaca, Bullas, Barranda, Calasparra, Cehegín y Moratalla. Además, existe un convenio con municipios limítrofes de Albacete (Nerpio y Socovos) y de Almería (poblaciones de La Puebla de Don Fadrique, Topares y María), por el cual se atiende a esta población en el caso de elegir como hospital de referencia el HCN [14] [Tabla 6].

	POBLACIÓN	TOTAL
Zona. 51	Bullas	11.753
Zona. 52	Calasparra	10.423
Zona. 53	Caravaca de la Cruz	25.851
Zona. 54	Caravaca/ Barranda	4.878
Zona. 55	Cehegín	15.794
Zona. 56	Moratalla	8.189
	Total	76.618

Tabla 5. Datos demográficos del Área IV (Fuente: CREM)

POBLACION	TOTAL
Nerpio	1.362
Socovos	1.832
Puebla de Don Fadrique	3.981
Total limítrofes	7.175

*Tabla 6. Poblaciones limítrofes del Área IV
(Fuente: Instituto Nacional de Estadística)*

• RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁREA DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La estructura asistencia del Área de Salud IV (Noroeste) está conformada por los dispositivos que se resumen a continuación. Estos dispositivos tendrán adscrita la población protegida de la Región de Murcia que reside en el territorio que comprende el Área de Salud IV, y serán el referente de la población del Área para sus necesidades sanitarias.

PÚBLICOS

- Hospital Comarcal del Noroeste: hospital de Segundo nivel del Servicio Murciano de Salud.
- 6 Centros de Salud y 20 consultorios. Del total de 6 centros de Salud (Centro de Salud de Barranda, de Caravaca de la Cruz, de Cehegín, de Bullas, de Calasparra y de Moratalla), tres de ellos constituyen puntos de Atención Continuada (PAC) (Bullas, Calasparra y Moratalla). El resto de 20 centros está formado por varios consultorios de pedanías (Almudena, Archivel, Benablón, Campillo de Los Jiménez, Canara, Caneja, Cañada de Canara, El Chaparral, El Moral, La Copa de Bullas, La Encarnación, Los Prados, Los Royos, Navares, Pinilla, Singla, Valentín, Cañada de la Cruz, Benizar y El Sabinar; estos tres últimos son puntos de Especial Aislamiento (PEA)) [16].
 - Los PAC atienden aquellas Zonas Básicas de Salud que no contaban con una cobertura de urgencias, y que con el fin de extender la asistencia sanitaria a la población correspondiente, se establecieron

estos puntos con la finalidad de que el mismo Equipo de Atención Primaria sea el que atienda a su población de referencia durante las 24 horas y en el propio centro de salud.

- Los PEA son puntos especiales de atención 24 horas ubicados en consultorios locales, a cargo de personal sanitario, para núcleos de población que por su lugar geográfico presentan problemas de accesibilidad y/o comunicaciones que hace difícil prestar asistencia sanitaria urgente, con un tiempo de respuesta razonable, desde el PAC o el SUAP correspondiente
- 2 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), para la atención de urgencias y emergencias extrahospitalarias, dependientes de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 desde Junio de 2012 (hasta esa fecha dependían orgánicamente de las Gerencias de Área), uno en Caravaca y otro en Cehegín.
- 1 Unidad Móvil de Emergencias (UME), con base en Caravaca de la Cruz. Son dispositivos de soporte vital avanzado, destinados a la atención de pacientes críticos allí donde se produce el proceso patológico y su transporte y/o transferencia hasta el centro útil de referencia. Son ambulancias dedicadas en general a la asistencia sanitaria *in situ* y transporte primario. Al igual que los SUAP, dependen funcional y orgánicamente de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061.
 - Los tres puntos de Atención Continuada, junto a los dos SUAP y los tres puntos de especial aislamiento, prestan asistencia de 15.00h a 8.00h, los siete días de la semana. Los Centros de Salud y los consultorios abren de 8.00h a 15.00h de lunes a sábado, aunque algunos consultorios solo tiene consulta determinados días de la semana. El HCN y la UME prestas atención continuada las 24 horas del día, todos los días de la semana, y a todas las zonas básicas del área IV.
- Un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos.
- Unidad de Ginecología de Apoyo de Caravaca.
- Recursos extrahospitalarios de Salud Mental: Centro de Salud Mental de Caravaca.

PRIVADOS

- Hospital Clínica Bernal SL: hospital de larga estancia privado, con disponibilidad de 39 camas, en concierto actualmente con el SMS.
- Fundación Hospital de la Real Piedad de Cehegín: hospital de larga estancia, privado, con disponibilidad de 80 camas, con concierto actualmente con el SMS.
- Dos residencias de ancianos privadas, una de ellas situada en Caravaca de la Cruz, y la otra en Calasparra.

RECURSOS HUMANOS

En el artículo 57 de la LGS [1] se dispone que las áreas de Salud han de constar al menos con la figura del Director Gerente como órgano de Gestión. Es el representante del área integrada y la superior responsabilidad dentro de ella. Según el artículo 60 de dicha ley, será nombrado y cesado por la dirección del Servicio de salud de la Comunidad autónoma. Al Director Gerente, con carácter general, le corresponde garantizar la atención integral mediante la coordinación de los niveles asistenciales de Atención Primaria y Especializada, así como la atención en Salud Mental, Urgencias y Emergencias, Drogodependencias y Socio-Sanitaria; para ello, su estructura organizativa cubrirá las distintas áreas de responsabilidad existentes en su demarcación, referidas a procesos asistenciales, procesos de cuidados y procesos de apoyo.

En el organigrama [17] del HCN, el personal directivo consta de 7 puestos: Director/a Gerente, Director/a y subdirector/a Médico, Director/a y subdirector/a de Gestión y Servicios Generales, Director/a y supervisor/a de Enfermería [Tabla 7].

Puesto	Dotación numérica
Director/a Gerente Área IV	1
Director/a Médico Área IV	1
Director/a de Gestión y Servicios Área IV	1
Director/a de Enfermería Área IV	1
Subdirector/a Médico Área IV	1
Subdirector/a de Gestión y Servicios Área IV	1
Supervisor/a de Enfermería Área IV	1

Tabla 7. Personal directivo del Área IV-Noroeste (Fuente: Murciasalud)

Según los datos el área también contamos con 5 puestos de coordinación y jefatura dentro de la Gerencia: Jefe del Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Archivos; Coordinador de Docencia, Investigación y Formación Continuada; Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente; Coordinador Funcional de SELENE¹, Servicio Atención al Usuario.

Según la Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de la plantilla del Servicio Murciano de Salud (BORM 17/12/2008), en su anexo XVI dispone que el HCN dispondrá de 524 trabajadores, de los cuales 7 constituyen personal directivo, 89 personal facultativo, 273 personal no facultativo y 155 trabajadores no sanitarios. [18]

Personal Facultativo	Total: 89
Jefe de Servicio	3
Jefe de sección	12
Adjuntos-FEA	74

Personal Sanitario no Facultativo	Total: 253
Supervisor Área Funcional	2
Supervisor Unidad	12
Enfermero/a	112
Fisioterapeutas	5
Matronas	8
Técnicos Especialistas Laboratorio	14
Técnicos Especialistas Radiodiagnóstico	11
Técnicos Especialistas A. Patológica	2
Auxiliares de Enfermería	106
Auxiliares de Farmacia	1

¹ Selene es la estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del SMS. Una de las virtudes de Selene, la flexibilidad en la parametrización para adaptarse a cualquier ámbito clínico, pero presenta la desventaja de incompatibilidad con otros programas que se utilizan en el Área, tanto en Primaria (donde OMI-AP se había implantado mucho tiempo antes) como en Especializada, servicios como UCI, Hemodiálisis, Quirófano o Farmacia, que utilizan software específicos que no pueden compartir sus registros con Selene.

Personal no Sanitario	Total: 155
Jefe de servicio	1
Jefe de sección	2
Jefe de grupo	4
Jefe de taller	1
Jefe de personal subalterno	1
Conductor de instalaciones	2
Celador encargado de turno	5
Celador	35
Gestión de la función administrativa	1
Auxiliar administrativo	42
Administrativo	7
Trabajadora social	1
Ingeniero técnico	1
Especialista en informática	1
Telefonista	5
Área de mantenimiento	19
Área de cocina	20
Área de Lencería	5

CARTERA DE SERVICIOS

La Dirección General de Asistencia Sanitaria está inmersa en un proceso de revisión y actualización de la cartera de servicios de los centros del Área IV. Esta revisión en profundidad se está haciendo de forma consensuada con los responsables de los diferentes servicios y se espera para finales de 2016 disponer de datos actualizados. La cartera de servicios disponibles en el HCN se pueden resumir en la [tabla 8](#). Las especialidades que no figuran en la cartera de servicios serán atendidas y derivadas al Hospital Clínico Virgen de La Arrixaca (HUVA); entre ellas se encuentran Nefrología, Neurocirugía, Medicina Nuclear, Medicina Intensiva, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Cardiovascular, Medicina Nuclear, Cirugía Maxilofacial, Unidad de Hemodinámica y Arritmias. Además, numerosas subespecialidades, como la Unidad de Demencias o la Unidad de trastornos del movimiento y otras subespecialidades pediátricas, se encuentran también en el HUVA.

En el área IV se dispone del Centro de Salud Mental como centro Psiquiatría y Psicología, pero las urgencias que requiera valoración por Psiquiatría, son derivadas al Hospital Psiquiátrico Román Alberca (situado a 73 km del HCN), donde se encuentra el facultativo de guardia.

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS QUIRÚRGICOS
• Alergología • Cardiología • Dermatología • Digestivo • Endocrinología y nutrición • Geriatria • Hematología y Hemoterapia • Hematología • Medicina Interna • Neumología • Oftalmología • Oncología • Otorrinolaringología • Pediatría • Rehabilitación y Fisioterapia • Urgencias	• Anestesiología y Reanimación • Cirugía general y del Aparato Digestivo • Ginecología y Obstetricia • Traumatología y Cirugía ortopédica • Urología
	SERVICIOS CENTRALES
	• Anatomía Patológica • Radiodiagnóstico • Farmacia • Laboratorio

Tabla 8. Cartera de servicios del Área IV y HC (Fuente: Murciasalud).

- **RECURSOS SOCIALES Y COMUNITARIOS DEL ÁREA IV-NOROESTE**
- Centros de día de Ancianos de Caravaca, Moratalla, Calasparra, Bullas y Cehegín, los cuales cuentan con enfermería y fisioterapia para curas, terapias y determinados tratamientos.
- Centro ocupacional de minusválidos de Caravaca.

- Centro de Servicios Sociales Noroeste Moratalla: presta atención a mujeres en situación de violencia de géneros, niños maltratados, apoyo psicológico a la familia y planificación familiar.
- Mancomunidad de Servicios Sociales del Noroeste: con servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia a ancianos y reparto de comidas.
- Centro de Rehabilitación Psiquiátrica en Caravaca.

Hasta la fecha no se dispone en el Área IV de programa interno de voluntariado.

• **RECURSOS ESTRUCTURALES**

El HCN es un hospital comarcal de segundo nivel con recursos básicos. Fue construido en 1986 y ampliado en 2005, dispone en forma de H y cuenta con tres plantas, cada una de ellas con cuatro alas (norte, sur, este y oeste). La planta baja, está dedicada básicamente a servicios centrales (laboratorio, radiología, farmacia y anatomía patológica), urgencias, archivos y área administrativa; la primera planta para hospitalización, bloque quirúrgico, consultas externas, maternidad y reanimación; y la segunda planta para hospitalización y Dirección.

Respecto los recursos estructurales [19], el HCN dispone de 105 camas de hospitalización (de las cuales 15 son de pediatría, 20 de maternidad, y las 70 camas restantes se distribuyen entre Cirugía y Medicina Interna); el total de camas es ampliable a 145 en caso de sobrecarga de demanda. Existen dos puestos de hospital de día médico y un puesto de hospital de día onco-hematológicos (situados en la planta baja del hospital, cercano a la zona de Urgencias), y un total de 23 locales de consultas externas. Hay cuatro quirófanos instalados y cuatro camas de Reanimación.

El equipamiento tecnológico está dotado de dos ecógrafos para radiodiagnóstico, ocho ecógrafos para otros servicios (ginecología, urgencias, cardiología, reanimación), un TC convencional, un mamógrafo, tres salas de rayos, un telemando y un arco quirúrgico. Las pruebas de resonancia magnética son derivadas al hospital privado Clínica Bernal. El resto de pruebas de imagen (medicina nuclear, gammagrafía ósea...) junto con los procedimientos y técnicas de las que no disponemos como (entre las más frecuentes, coronariografía, estudios electrofisiológicos o implantación de marcapasos) son derivados al HUVA.

El HCN dispone además de ambulancias de traslado interhospitalario asistenciales. El HCN, gracias a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, puede disponer de dos Unidades Médicas de Emergencias (soporte vital avanzado) (UME) para el transporte entre hospitales de la región de pacientes que requieran monitorización y vigilancia estrecha. Dependen de la Consejería de Sanidad y del SMS, y están dotadas de un médico, un enfermero/a, un conductor/a y un técnico/a. Todo el personal pertenece a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En la Región de Murcia existen 14 bases distribuidas en distintos puntos del territorio siguiendo criterios de población, recursos sanitarios y la distancia con el centro hospitalario más cercano [20, 21]. De ellas, la llamada UME-7, con sede en Caravaca, es la responsable de cubrir la población asignada al HCN, con posibilidad de disponer de la UME-6, cuya sede está en Yecla, en caso de no disponibilidad de la UME-7 (por estar ésta última realizando un transporte sanitario)

Por otro lado, dispone de ambulancias de traslado no asistenciales, dotadas únicamente de conductor y/o camillero (en casos de difícil acceso a domicilio, como edificios sin ascensor)

• ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DEL HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

En la [tabla 9](#) se resume la actividad asistencial de los últimos 5 años del HCN; y, en la [tabla 10](#), a modo comparativo, se resume la actividad asistencial media de todo el Servicio Murciano de Salud.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

	2011	2012	2013	2014	2015
Pacientes dados de alta / 1000 habitantes	59.10	59.76	60.24	62.65	61.08
Estancia media hospitalización (días)	6.19	5.84	5.6	5.61	5.82
Consultas totales/ 1000 habitantes	1791.9	1820.9	1805.4	1766.9	1779.9
Actos quirúrgicos/ 1000 habitantes	40.41	30.53	40.63	39.35	43.46
Porcentaje de ambulatorización total¹	51.55	51.49	58.17	60.33	54.57

Tasa de frecuentación de urgencias²	605.67	590.87	591.83	611.30	636.45
---	--------	--------	--------	--------	--------

Tabla 9. Actividad asistencial del HCN del año 2011 al 2015 (Fuente: CREM)

¹Porcentaje de ambulatorización quirúrgica: $(\text{Intervenciones de CMA} / \text{intervenciones con hospitalización} + \text{intervenciones de CMA}) \times 100$. ²Tasa de frecuentación de urgencias en el hospital: Tasa por 1000 habitantes.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

	2011	2012	2013	2014	2015
Pacientes dados de alta / 1000 habitantes	80,1	79,6	80,7	82,0	83,0
Estancia media hospitalización (días)	7,0	7,0	6,7	6,6	6,5
Consultas totales/ 1000 habitantes	1566,6	1560,2	1599,7	1671,3	1660,9
Actos quirúrgicos/ 1000 habitantes	55,6	56,6	56,8	60,6	60,5
Porcentaje de ambulatorización total¹	52,2	52,2	52,8	48,3	48,0
Tasa de frecuentación de urgencias²	504	504,5	503	512,9	527,5

Tabla 10. Actividad asistencial del SMS del año 2011 al 2015 (Fuente: CREM)

¹Porcentaje de ambulatorización quirúrgica: $(\text{Intervenciones de CMA} / \text{intervenciones con hospitalización} + \text{intervenciones de CMA}) \times 100$. ²Tasa de frecuentación de urgencias en el hospital: Tasa por 1000 habitantes.

• PLAN ESTRATÉGICO DEL ÁREA IV-NOROESTE

- 1. Avanzar hacia la excelencia en la gestión en el marco de referencia del modelo EFQM.** Implica desarrollar actividades de mejora enfocadas a lograr la excelencia en la satisfacción de pacientes y profesionales, el impacto en la sociedad y en los resultados en salud, bajo un marco conceptual de calidad total y de desarrollo sostenible. Para avanzar en el modelo, la gerencia del Área IV realizará una evaluación bianual utilizando la herramienta PERFIL®.
- 2. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales para garantizar su competencia, mejorar la calidad de los servicios y satisfacer las necesidades formativas del área.** La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, así

como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continuada acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. Además, según el Real Decreto 183/2008, es responsabilidad de las Comunidades Autónomas el seguimiento de la calidad de la formación especializada.

3. **Mejorar la comunicación entre los profesionales.** La comunicación interna es una herramienta clave en la gestión de las organizaciones. En la gestión de los procesos pasa a ser una herramienta clave ya que el trabajo en equipo, la toma de decisiones generalizada (entre otros) necesitan un sistema de comunicación completo y potente. En este sentido, la gerencia deberá desplegar los procedimientos de comunicación interna tanto en sentido ascendente, descendente como transversal a todos los niveles.
4. **Monitorizar indicadores de salud a fin de mejorar resultados y disminuir la variabilidad clínica.** A pesar de los avances en prácticas basadas en la evidencia, sigue existiendo variabilidad a la hora de aplicarlo en problemas de salud. Comprobar en qué medida se produce dicha variabilidad es fundamental para racionalizar los factores que intervienen en la toma de decisiones sobre personas que padecen la misma enfermedad.
5. **Accesibilidad a los servicios.** El Real Decreto 605/2003 fija unos tiempos máximos para garantizar los derechos a la protección de la salud. Una de las metas es adecuar los procedimientos de gestión de esperas y adaptarlos a los tiempos establecidos en el RD.
6. **Uso racional de medicamentos.** El uso racional de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser, además, seguro, eficaz y de una calidad contrastada.

7. **Seguridad del paciente.** La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial de gran relevancia en los últimos años tanto para pacientes y sus familias, como para gestores y profesionales. Por ello, el SMS despliega estrategias y acciones dirigidas a controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.
8. **Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**

3.a. Análisis interno

- **ESTRUCTURA FUNCIONAL**

El área de Urgencias donde se ubica Servicio de Urgencias está situado en la planta baja del HCN y está comunicada con el área de admisión de Urgencias y Radiología. Consta de:

- una entrada principal para pacientes y ambulancias
- un área central de admisión
- una sala de espera previa a la atención médica
- cuatro consultas de atención médica
- sala de reconocimiento traumatológico
- sala de curas
- sala de yesos (ambas también equipadas para ser utilizadas como salas de atención médica si precisa)
- sala de críticos (con dos puestos para la atención de emergencias y estabilización de pacientes críticos)
- sala de ginecología
- sala de pediatría
- sala de triaje (aunque actualmente se utiliza como “sala para todo”: atención médica, atención pediátrica, atención a traumatismos...)
- una sala amplia para administración de tratamiento médico cortos y estancia de camillas, sillones para administración de tratamientos (en pacientes que se prevé alta a domicilio)
- 10 camas de observación general (uno de ellos para aislamiento)

Dispone además de otras áreas no asistenciales, con aseos para pacientes y aseos para el personal sanitario, despacho médico, sala de estar de personal sanitario, sala de estar de personal no sanitario cercana a la puerta de entrada (para vigilantes y celadores) y almacén de medicación y fungibles.

El organigrama [Figura 4] representa las principales relaciones jerárquicas del área y del hospital. El jefe de urgencias se encarga de la organización del personal facultativo y supervisión directa del servicio, junto con el supervisor de enfermería, que se encarga de la organización de enfermería y auxiliares. Estos dos estamentos son los se comunican directamente con dirección médica y dirección de enfermería. Los celadores, administrativos y resto de personal no sanitario son supervisados directamente por el directo de gestión y servicios generales. La organización de los residentes es llevada a cabo por su unidad docente junto con el coordinador de docencia del hospital.

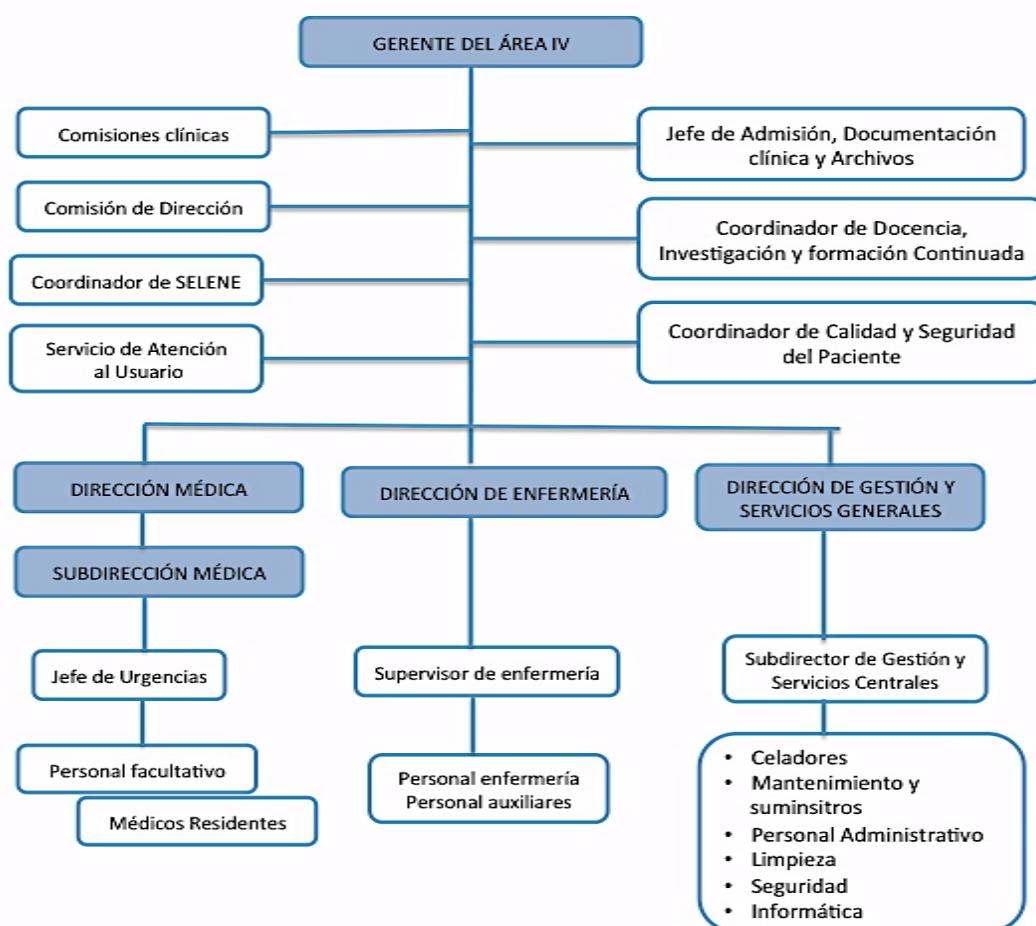


Fig. 4. Organigrama del Servicio de Urgencias del HCN.

Hasta la fecha, no se dispone de un servicio de triaje. Cuando se dispone de los datos del paciente, a través de SELENE (*ver nota al pie de la página 18*) se le asigna aleatoriamente un número, que corresponderá a uno de los médicos encargado de su asistencia; y, según su motivo de consulta, se clasificará en Urgencia, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología, Obstetricia o Pediatría [Figura 5].

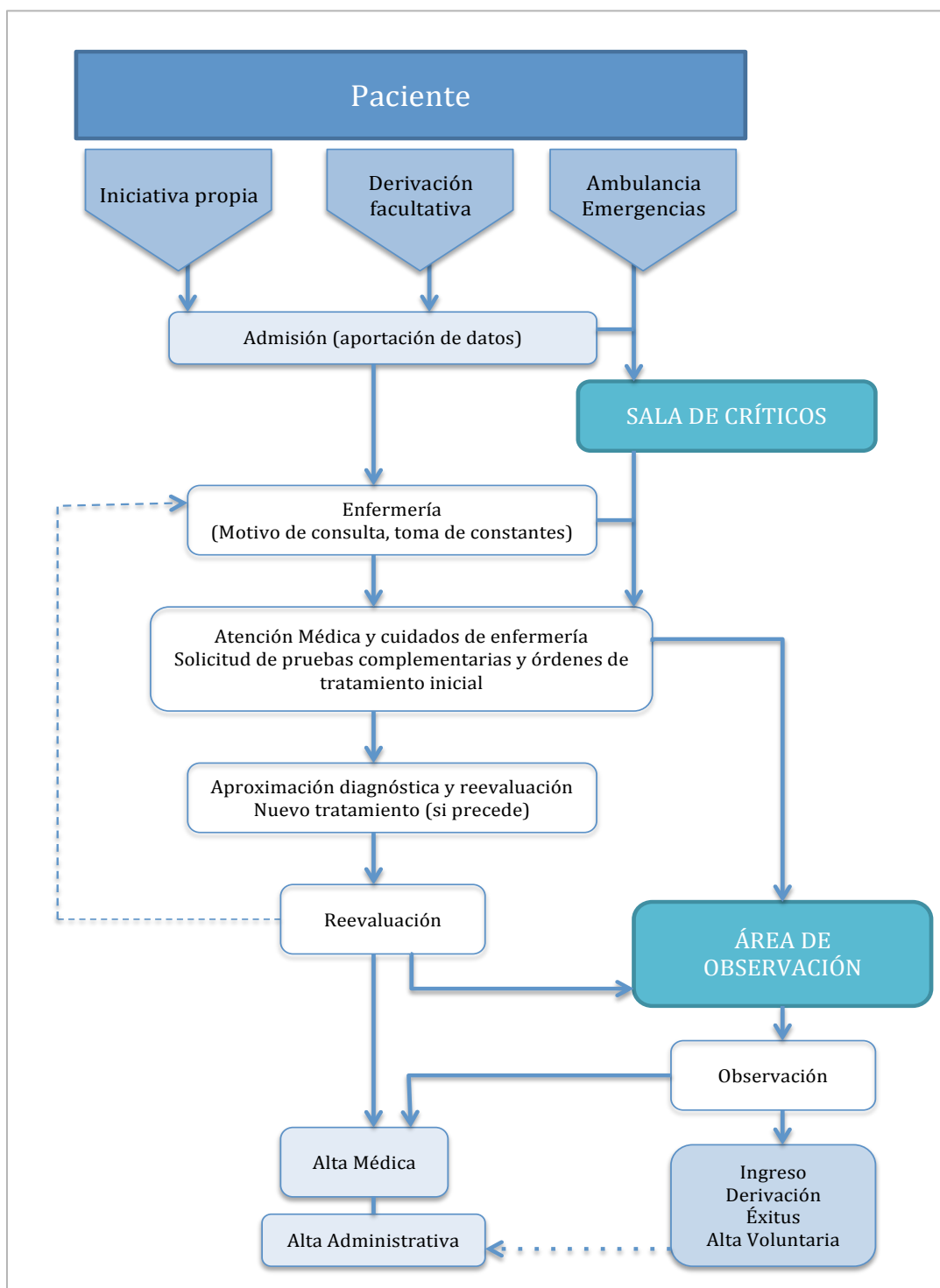


Fig. 5. Flujograma del funcionamiento del Servicio de Urgencias.

Posteriormente, el administrativo pasa los datos a enfermería, la cual, tras avisar al paciente, anota el motivo de consulta y toma las constantes. A continuación, el facultativo asignado se encargará de realizar la anamnesis e indicará las exploraciones complementarias y tratamiento a administrar, mediante petición electrónica e impresión posterior. Si el paciente va a recibir tratamiento, pasa a la sala de tratamientos; y, en caso de no precisar tratamientos, pasa a la sala de espera externa. Cuando se han recibido los datos de las exploraciones complementarias, el facultativo decidirá el destino del paciente (alta hospitalaria o paso a camas de observación). Una vez en la zona de camas de observación, el médico responsable es el que decidirá su gestión.

En el área de consultas se encuentran 4-5 médicos, 3 enfermeros, 2 auxiliares y 3 celadores. En la zona de camas hay un médico asignado, que es el que se encarga de su gestión, 2 enfermeros y 1 auxiliar.

En este circuito existe dos situaciones especiales. En primer lugar, aquellos pacientes que acuden en ambulancia, lo cuales serán atendidos inicialmente en la Sala de Hemodinámica, donde una enfermera toma las constantes mientras un médico realiza una primera valoración, establece la prioridad de actuación, solicita las primeras exploraciones complementarias, y decide el destino del paciente según gravedad (zona de tratamientos o camas de observación). En segundo lugar, estarían las pacientes que acuden con una patología claramente obstétrica/ginecológica (parto/aborto en curso/contracciones), las cuales acudirán directamente al área de maternidad para su valoración.

- **RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

En el servicio de Urgencias del HCN se cuenta con 1 Jefe de Servicio, 1 supervisor de enfermería, un total de 15 facultativos/as, la mayoría especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, 19 enfermeros/as, 14 auxiliares de enfermería y 9 celadores/as, todos ellos a tiempo completo. También trabajan 11 médicos residentes, siendo la única especialidad la de Medicina Familiar y Comunitaria.

Estos profesionales se reparten en los siguientes turnos laborales:

- Facultativos/as: Seis de ellos turno de mañana (un turno de 7 horas de 8.00 a 15.00), 5 en turno de tarde (un turno de 7 horas de 15.00 a 22.00h) y 2 en turno

de noche. Uno de los facultativos es responsable de las Camas de Observación en horario de 8.00 a 20.00h, hora a partir de la cual será también responsable de los pacientes asignados a su cargo en el área de Urgencias.

- Residentes: se incorporan a las 15.00 horas para realizar guardias médicas los días laborales de 17 horas, y a las 9.00 horas los domingos y festivos (guardias de 24h), aunque esto no ocurre todos los días, y, en ocasiones no hay ningún residente trabajando en Urgencias, por estar realizando rotación en otras especialidades o en otros hospitales.
- Enfermería: Cinco de ellos forman parte del horario de mañana (un turno de 7 horas de 8.00 a 15.00), cinco en horario de tarde (un turno de 7 horas de 15.00 a 22.00h), y dos en horario de noche (un turno de 10 horas de 22.00h a 8.00 de la mañana del día siguiente); de ellas, dos permanecen en área de observación de Urgencias y tres en área de resolución-boxes.
- Auxiliares de enfermería: Tres forman parte del horario de mañana, tres del horario de tarde y dos del horario de noche; un auxiliar permanece en camas y dos auxiliares en zona de resolución.
- Celadores: Tres celadores en turno de mañana y tres en turno de tarde para el área de Urgencias; y 3 celadores en horario de 22.00 a 8.00 de la mañana siguiente para todo el HCN.

Existen otros especialistas “consultores” que valorarán a los pacientes en caso de así requerirlo, tras una primera valoración por parte de los facultativos de urgencias. Dichas especialidades están constituidas por un/a Pediatra, un/a Traumatólogo/a, un/a Cirujano/a General y un Ginecólogo, así como un médico/a Anestesista, las cuales forman parte de la guardia de presencia física todos los días de la semana. Otras especialidades se encuentran de guardia localizada, como por ejemplo un radiólogo/a, un oftalmólogo/a (de Lunes a Jueves) y un Urólogo (de Lunes a Jueves); y también se dispone de un Supervisor de Enfermería de Guardia.

En el área administrativa, hay un total de 6 administrativos, con uno disponible en los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche); junto a personal de seguridad y personal de limpieza.

- **CARTERA DE SERVICIOS**

Por definición, la atención en un Servicio de Urgencias incluye a todas las patologías, entendiendo como urgencia todo aquello que el usuario entiende como tal. Este concepto implica que todo aquel que acuda con un problema sanitario, debe ser atendido, sin excluir ninguna enfermedad o síndrome concreto, y sin exclusión por rango de edad. No obstante, conviene tener en cuenta una serie de conceptos. Se entiende por urgencia una serie de proceso que, aunque no conlleve un riesgo vital para el paciente, requieren su corrección en un corto espacio de tiempo (fracturas simples, dolores agudos, etc...). Por emergencia, sin embargo, se entiende por emergencia todo aquel proceso que sí exige un riesgo vital para el paciente (síndrome coronario agudo, hemorragia digestiva, hemorragia cerebral, etc...), y que, por tanto, debe ser atendida en tiempos muy cortos. Finalmente estarían los pacientes críticos, es decir, aquellos que precisan medidas de reanimación y soporte vital avanzado, lo que implica atención cualificada lo más inmediata posible.

El Servicio de Urgencias del HCN no dispone hasta la fecha de un sistema de Triage. Al no existir una clasificación de los pacientes según su estado de salud, supone varios problemas. Como punto más importante, una inadecuada gestión, con disminución de la calidad de asistencial, ya que no existe un sistema de priorización de la atención en caso de sobrecarga de trabajo. En segundo lugar, se desconoce el grado de urgencia de los pacientes que atendidos con una inadecuada distribución de recursos. Y, en tercer lugar, disminuye la satisfacción de los usuarios (muchos pacientes insisten en ser atendido por orden de llegada y no por prioridad) y del personal.

El Servicio de Urgencias puede funcionar como servicio finalista (con alta a domicilio del paciente atendido), y, en otros casos, puede funcionar como servicio intermediario, tras estabilizar a pacientes críticos o inestables, se decide su ingreso en planta o traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos o su traslado para valoración por facultativos especialistas de guardia presentes en hospitales de mayor nivel (en nuestro caso, el hospital Virgen de la Arrixaca), fundamentalmente Neurocirugía y Cardiología. Para el traslado de pacientes, el Servicio de Urgencias dispone de las mismas ambulancias de las que dispone el HCN, las ambulancias medicalizadas para el traslado de pacientes críticos (las llamadas UME), y las ambulancias medicalizables, con enfermero, para pacientes no críticos y estables.

La cartera de servicios se entiende como el conjunto de prestaciones que se ofertan a los usuarios de dicho servicio, y tiene como objetivo brindar una mejor atención al paciente y, es evidente, que cada servicio de Urgencias de cada zona geográfica tendrá sus propias particulares que obligan a que su cartera de servicios dé respuesta específica a las singularidades que le son propias [22].

La existencia de recursos materiales no significa solo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia, esto es, para lo que deben usarse obteniendo la máxima rentabilidad.

DESCRIPCIÓN DEL A CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios del SUH del HCN incluye los siguientes apartados [Tabla 11]:

1. Procedimientos Terapéuticos / Diagnósticos
2. Procedimientos de control y Observación
3. Procedimientos Terapéuticos
4. Procedimientos Diagnósticos
5. Traslado de Pacientes

1. Procedimientos Terapéuticos / Diagnósticos

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| - Maniobras de RCP Básica y Avanzada. | - Sondaje naso-gástrico. |
| - Acceso a vía venosa central. | - Sondaje vesical. |
| - Acceso a vía venosa periférica. | - Paracentesis. |
| - Aspiración de secreciones. | - Punción Arterial. |
| - Sistemas de perfusión continua. | - Toracocentesis. |
| | - Vía Intraósea. |
| | - Cánula de Guedell |

2. Procedimientos de control y observación

- | | |
|--|---|
| - Toma y monitorización presión arterial no invasiva, de temperatura y de frecuencia respiratoria. | - Monitorización de la saturación de O ₂ . |
| - Medida de la presión venosa central. | - Monitorización de diuresis horaria y por turnos. |
| - Monitorización electrocardiográfica continua. | - Control de otros fluidos, secreciones y excreciones. Balance hídrico. |
| | - Monitorización de otros signos clínicos específicos: Glasgow... |

3. Procedimientos diagnósticos

Dentro del Área de Urgencias:

- ECG de 12 derivaciones.
- Fondo de ojo.
- Punción Lumbar.
- Glucométer.
- Otoscopia y Rinoscopia.

Del Servicio de Radiología:

- Radiografías de tórax, abdomen y osteoarticular.
- Ecografía de abdomen.
- Eco-doppler arterial y venoso de miembros.
- Ecografía testicular.
- Tomografía Axial Computarizada con/sin contraste

Del Servicio de Hematología

- Hemograma (fórmula y recuento leucocitario, plaquetas, y sus parámetros)
- Coagulación básica (INR, TP, TTPA y fibrinógeno)
- Dímero-D.
- Frotis (bajo protocolo, en turno matinal)

Del servicio de Laboratorio y Análisis clínicos:

- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio iónico, calcio total, bilirrubina total, indirecta y directa, amilasa, CPK, CK-Mb, troponina I, PCR, procalcitonina, LDH, pro-BNP, osmolaridad plasmática
- Marcadores de infección: PCR, procalcitonina, Ácido Láctico
- Determinaciones de fármacos y drogas: digoxinemia, etanol.
- Gasometría arterial y venosa.
- Determinaciones en Orina: anormales y sedimento, amilasuria, test de gestación, tóxicos en orina (benzodiacepinas y barbitúricos cocaína, cánnabis, anfetaminas, opiáceos, metadona), iones en orina, osmolaridad urinaria.
- Determinaciones en Líquidos Orgánicos: Líquido Cefalorraquídeo (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula; glucosa y proteínas), Líquido pleural (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula, glucosa y proteínas, LDH y amilasa, pH; en turno matinal)

Del Servicio de Microbiología:

- Recogida y procesamiento para Cultivo y Antibiógrama de sangre, líquidos corporales, secreciones y cualquier catéter o material.
- Gota Gruesa (bajo protocolo); Paul Baunell

4. Procedimientos terapéuticos

Quirúrgicos:

- Suturas de heridas de piel y tejido subcutáneo, no complicadas, sin repercusión funcional ni estética.
- Tratamiento, taponamiento de hemorragias y control de heridas sangrantes.
- Curas y limpieza de heridas y quemaduras.
- Extracción de cuerpos extraños en piel, cavidad orofaríngea, fosas nasales y conducto auditivo.
- Taponamiento anterior fosas nasales
- Extracción simple y curación de cuerpos extraños corneales.
- Vendajes y férulas para inmovilizaciones.
- Atención inicial al politraumatizado.
- Cirugías de con carácter urgente (realizadas por el cirujano de guardia).

Otros

- Oxigenoterapia (bajo/alto flujo)
- Administración de aerosoles con aire y oxígeno.
- Ventilación mecánica no invasiva e invasiva. Manejo de la vía aérea.
- Ventilación manual con bolsa o mascarilla.
- Administración y manejo de medicación de urgencias.
- Sedación y analgesia bajo protocolo.
- Desfibrilación y Cardioversión.
- Marcapasos externo.
- Manejo de la cardiopatía isquémica. Fibrinólisis.
- Anestesia tópica y local.
- Administración de hemoderivados bajo protocolo.
- Procedimientos y protocolo de limpieza, aseo y cuidados al paciente.

5. Traslado de pacientes

- Ambulancia medicalizable, con enfermero, para pacientes no críticos y estables.
- Ambulancia de críticos (UME), con material, enfermero y médico, para enfermos críticos o con posibilidad de inestabilidad.

Tabla 11. Cartera de servicios del Servicio de Urgencias del HCN.

• **ANÁLISIS DE LOS DATOS DE FUNCIONAMIENTO GENERALES DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

Desde el año 2011 al 2015 inclusive se atendieron un total de 217812 episodios urgentes, con una media diaria de 116 casos. La demanda asistencial urgente implica una visión integral de los procesos de urgencias, donde el servicio tiene que relacionarse con los demás implicados en el proceso, tanto con los servicios de

urgencias y emergencias extrahospitalarios, como con los distintos servicios hospitalarios de destino una vez iniciado su proceso diagnóstico y su estabilización tras aplicar los tratamientos necesarios.

Prácticamente el 90% de la atención es realizada por los facultativos de nuestro servicio. En cuanto al resto de especialistas, el pediatra de guardia atiende solo a los pacientes menores de 2 meses o que precisen ingreso; el traumatólogo de guardia, solamente atiende las fracturas quirúrgicas, luxaciones de miembros y heridas complejas en extremidades que requieran sutura de tendones; el ginecólogo de guardia atiende prácticamente la totalidad de consultas obstétricas; y, por último, el cirujano/a de guardia actúa como especialista interconsultor y realiza los ingresos en su unidades así como las intervenciones urgentes. Al contrario que en la mayoría de los servicios de urgencias, en el nuestro los ingresos en planta los realiza el Internista de guardia, lo cual en muchas ocasiones, supone un retraso para el ingreso en planta del paciente, ya que el internista puede estar atendiendo las llamadas urgentes que le realicen en planta y demora el proceso de ingreso del paciente en planta.

La actividad asistencial del Servicio de Urgencias se resume en la [Tabla 12](#).

	2011	2012	2013	2014	2015
Total de urgencias atendidas	43451	42389	42458	43855	45659
Media diaria de pacientes atendidos	116.51	112.18	113.92	117.5	122.44
Altas a domicilio (%)	86.17	88.02	87.89	87.08	87.05
Tasa de hospitalización (%)	8.35	8.69	8.45	8.67	8.05
Traslados a otro hospital (%)	0.79	0.91	0.89	1.08	1.14
Tasa de éxitus (%)	0.1	0.13	0.12	0.09	0.14
Presión de Urgencias³	80.12	80.43	77.69	79.25	78.52
Porcentaje de urgencias traumatológicas	24.71	24.67	25.04	25.61	23.59
Porcentaje de urgencias pediátricas	10.6	9.97	11.02	11.34	12.49
Porcentaje de urgencias ginecológicas-obstétricas	7.21	7.47	7.23	7.61	6.86
Porcentaje de urgencias Oftalmológicas y otorrinolaringológicas	5.04	4.37	5.03	5.04	5.07

Tabla 12. Resumen de la actividad asistencial del Servicio de Urgencias. ³Presión de Urgencias: (Nº ingresos urgentes x 100)/ Total de ingresos en el hospital

Analizando la actividad asistencial a lo largo de los últimos cinco años se observa que los días con mayor asistencia en función a los días de la semana, suelen ser los lunes; y, en función de los tramos horarios, hay mayor presión asistencial sobre todo en horario matinal (10:00 a 13:00), pero con un nuevo pico a las 21:00 horas [Figura 6 y Figura 7].

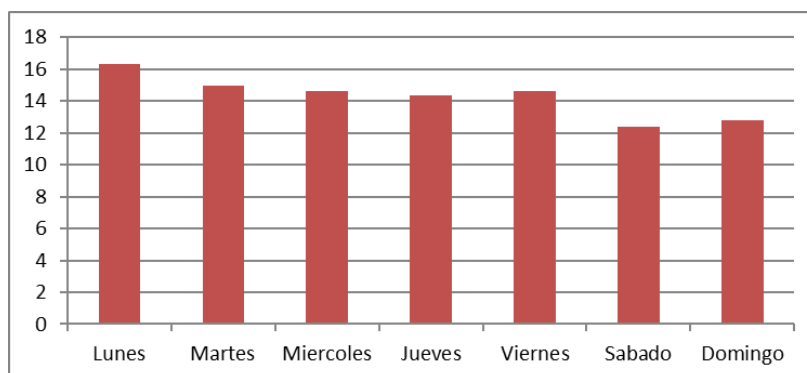


Figura 6. Distribución media de la asistencia según los días de la semana

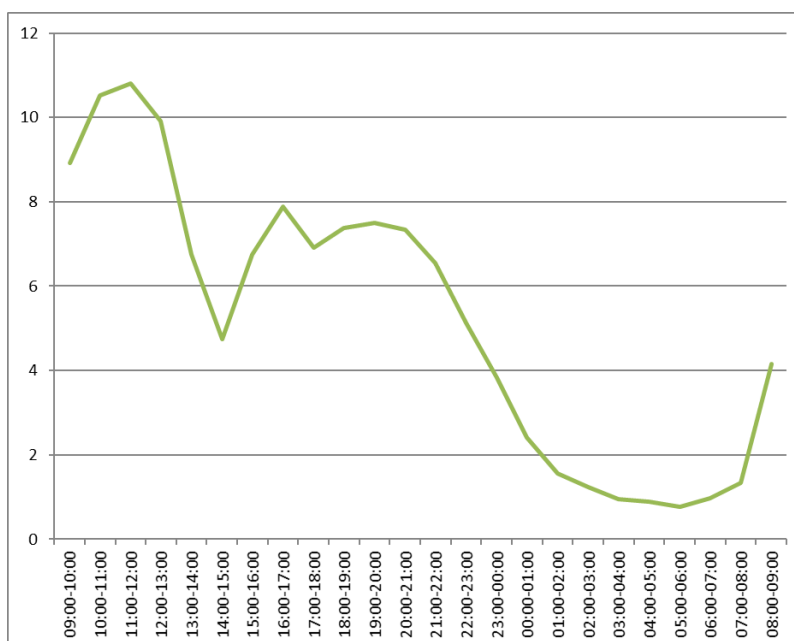


Figura 7. Distribución horaria de la asistencia.

La demanda o frecuentación se mantiene con un incremento del 3% en los últimos 5 años, y, a lo largo de los últimos 5 años se observa que durante el período de otoño tardío e invierno (noviembre a febrero) y en verano (sobre todo en Agosto) se produce un incremento en la frecuentación, agudizaciones de pacientes crónicos,

aumento de la media de edad de los pacientes e incremento de la necesidad de observar e ingresar a los pacientes, añadido a que, al tratarse de una zona de veraneo, la afluencia en los meses de Julio a Septiembre no disminuye. Esto sucesos, a pesar de ser totalmente previsibles, generan desorden en la actividad asistencial y saturaciones en las áreas de observación de urgencias [Figura 8]

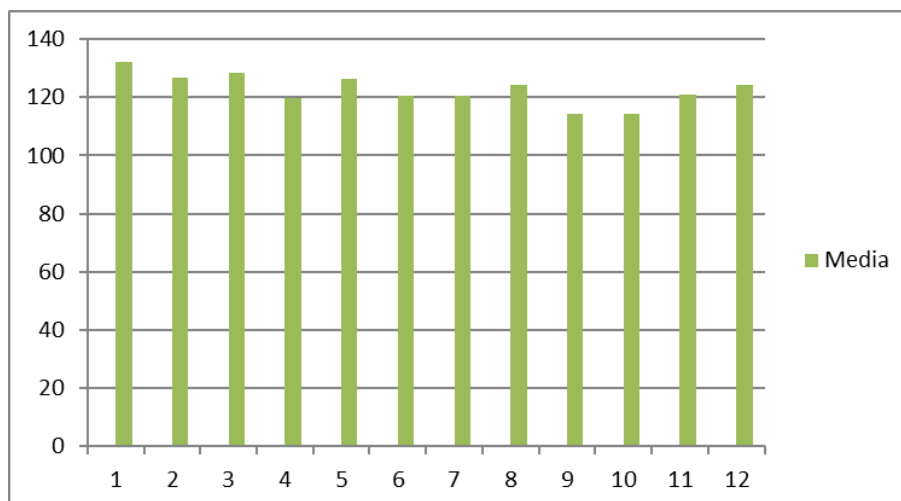


Figura 8. Distribución media de la asistencia según el mes.

• PREVISIÓN DE LA DEMANDA

En el campo de la gestión de los servicios sanitarios, disponer de información detallada sobre los recursos disponibles y el comportamiento de los agentes participantes en esta actividad constituye un requisito indispensable para que el proceso de toma de decisiones conduzca a los resultados deseados.

En los próximos años se prevé un incremento de la demanda, en primer lugar, debido al crecimiento de la población; en segundo lugar, debido a su envejecimiento y al aumento de la prevalencia de patologías crónicas; datos que se han podido constatar en el análisis interno del SUH. El servicio de urgencias del HCN atiende a una población rural, francamente envejecida, con prevalencia de mayores de 65 años superior a la media española en algunos de los municipios [Tabla 13] y, por tanto, con mayor demanda de servicios, mayor medicación, mayor descompensación de su patología de base, mayor consulta en urgencias y, por tanto, mayor gasto sanitario.

Población	% Población mayor de 65 años
Bullas	18.0 %
Calasparra	18.7 %
Caravaca de la cruz	17.6 %
Cehegín	18.8 %
Moratalla	23.5 %
Media Española	18.4 %

Tabla 13. Porcentaje de mayores de 65% en los municipios (Fuente: INE)

• **MATRIZ DAFO/CAME**

La **matriz DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) es una herramienta que sirve para analizar la situación del servicio de Urgencias. Dentro de cada una de los ambientes (externo e interno) se analizan las principales variables que la afectan. Por un lado, en el ambiente interno, encontramos las fortalezas que benefician a la organización, y las debilidades, aquellos factores que menoscaban las potencialidades del servicio. Por otro lado, en el ambiente externo, encontramos las amenazas que constituyen todas las variables negativas que afectan directa o indirectamente a la organización; y además, las oportunidades, que nos señalan las variables externas positivas a nuestra organización. Las fortalezas y debilidades internas, así como las amenazas y oportunidades externas del SUH, son las siguientes [Tabla 14]. Este análisis nos permite identificar las ventajas competitivas del servicio y establecer las líneas de actuación.

Una vez obtenidos estos aspectos, llega el turno de usar el **análisis CAME**. (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar). Es una metodología suplementaria a la del análisis DAFO, que da pautas para actuar sobre los aspectos hallados en los diagnósticos de situación obtenidos anteriormente a partir de la matriz DAFO [Tabla 15], siguiendo las pautas para actuar en cada uno de los aspectos identificados en la matriz:

DEBILIDADES	➔➔➔	CORREGIR
AMENAZAS	➔➔➔	AFRONTAR
FORTALEZAS	➔➔➔	MANTENER
OPORTUNIDADES	➔➔➔	EXPLOTAR

MATRIZ DAFO	
FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
<u>FORTALEZAS</u> • Apoyo del personal para la mejora • Trabajo en equipo • Disponibilidad de indicadores para la gestión	<u>OPORTUNIDADES</u> • Respaldo de la Gerencia del Área IV • Apoyo de los usuarios y a la comunidad que conocen la necesidad de mejora del servicio
<u>DEBILIDADES</u> • Ausencia de sistema de Triage • Falta de protocolos de manejo • “Miedo al cambio” • Falta de equipo de electromedicina para monitorización	<u>AMENAZAS</u> • Aumento de las enfermedades crónicas • Envejecimiento poblacional • Inadecuada utilización de los SUH por parte de los usuarios

Tabla 14. Matriz DAFO del Servicio de Urgencias.

MATRIZ CAME	
FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
<u>MANTENER</u> • Formar e informar al profesional. Hacerlo participe mediante reuniones • Liderazgo • Mantenimiento de los indicadores usados. Creación de nuevos indicadores.	<u>EXPLOTAR</u> • Comunicación con la Gerencia del Área IV. Hacerla participe de nuestras decisiones a través de Dirección Médica. • Informar a los usuarios mediante folletos informativos y comunicados a la prensa.
<u>CORREGIR</u> • Diseñar e implantar un modelo de Triage. • Diseñar e implantar protocolos de manejo y criterios de derivación • Formar e informar para “evitar el miedo” • Solicitar equipos de electromedicina para monitorización	<u>AFRONTAR</u> • Potenciar la comunicación entre niveles asistenciales. El usuario como eje central. • Facilitar la comunicación y derivación de pacientes a centros de cuidados medios. • Carteles en las paredes y folletos informativos.

Tabla 15. Matriz CAME del Servicio de Urgencias.

4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

• MISION, VISION, VALORES

La misión es el propósito central del servicio, su razón de ser, el motivo por el que existe. El servicio de Urgencias del HCN tiene como misión satisfacer las necesidades de sus pacientes, ofreciendo una asistencia sanitaria personal e integral, segura y accesible, priorizando su asistencia y tiempo de espera según su gravedad, con criterios de seguridad y trato correcto, informándole de su proceso y continuidad asistencial. Persiguiendo una alta calidad científico-técnica, docente e investigadora. Sin olvidar la implicación y crecimiento profesional del personal hospitalario y su trabajo en equipo, basándonos en la eficiencia y equilibrio financiero en nuestras actuaciones. Todo ello siendo social y medioambientalmente responsables, colaborando en el desarrollo de una sociedad más saludable e igualitaria, y fomentando los programas que contribuyan a la educación sanitaria de los ciudadanos de la zona del Noroeste.

La visión es la expresión de una idea de un futuro imaginado, el motor principal, a través de su propia dinámica y con el objetivo de estimular el crecimiento. El SUH del HCN debe aspirar, por tanto, a convertirse en una unidad de atención integral, prestando una asistencia acorde con los conocimientos científico-técnicos actuales, satisfaciendo las necesidades urgentes de los usuarios, prestando una atención continua y segura, con trabajadores motivados y altamente implicados, y con una gestión enfocada a la eficiencia con un motor de mejora dinámico.

Los valores que deben regir en la prestación de la asistencia urgente son igualmente los del propio sector y, por ende, los propios del SMS:

- Equidad, solidaridad y universalidad.
- Orientación a los resultados.
- Orientación a los usuarios y a la comunidad.
- Atención integral y coordinación con el resto de dispositivos sanitarios.
- Sostenibilidad y eficiencia.
- Evaluación y mejora continua de los servicios.

- Capacitación e innovación.
- Compromiso con la Dirección del Centro y con la Gerencia del área.
- Responsabilidad social.
- Empatía.

• **LINEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVE DE ÉXITO**

El Servicio de Urgencias del HCN debe avanzar en su compromiso firme a la hora de colocar al paciente en el centro del sistema y ofrecer una atención de calidad e integrada. Las líneas estratégicas y de mejora constituirán las decisiones a emprender y los recursos a utilizar para alcanzar el éxito. El concepto de líneas estratégicas viene a ser la respuesta del SUH a las fuerzas influyentes del entorno y el cambio dinámico al que está expuesto. De forma general lo que se pretende es:

- Que los pacientes y sus familias, sus necesidades y demandas sean el punto de referencia para organizar y guiar las actividades del SUH del HCN.
- Que los profesionales que trabajan se sientan bien en su trabajo, preparados y formados, y satisfechos con el trabajo realizado.
- Prestar una asistencia con las máximas garantías de calidad y científico-técnicas disponibles y favoreciendo la continuidad asistencial
- Coordinar las formas y procesos de trabajo entre las distintas unidades del HCN y especialistas de apoyo al SUH
- Participar en la sostenibilidad mediante responsabilidad social y medioambiental.

Para ordenar las estrategias y líneas de mejora y llegar al ideal de la misión donde queremos que el SUH se encuentre, los dividiremos en cinco grandes objetivos.

1. El usuario como eje central

- Mejorar la adecuación de los servicios para dar una respuestas efectiva a la demanda urgente.
- Adecuar el tiempo de espera de la atención médica.

- Mejorar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales de Urgencias.
 - Promover la Cultura de Seguridad del Paciente.
 - Aumentar la satisfacción de los ciudadanos que hacen uso del SUH del HCN.
 - Concienciar a los usuarios del adecuado uso de las Urgencias Hospitalarias.
2. Impulsar un nuevo modelo asistencial, con un sistema de gestión eficiente, al servicio del área asistencial
- Instauración del un sistema de Triage. Agilizar la atención de los pacientes que llegan a urgencias según su gravedad.
 - Plan de formación continua y capacitación del personal de urgencias.
 - Implantación de un sistema de gestión del personal por competencias.
 - Utilización de protocolos de riesgo vital y vías clínicas, como método de reducción de variabilidad asistencial.
 - Implantar un Mapa de Procesos.
 - Mejorar la comunicación entre distintas especialidades. Interconsultas electrónicas.
 - Coordinación con los Hospitales de Crónicos para la derivación directa de pacientes diagnosticados y tratados; tras comunicación del censo de camas disponibles a primera hora de cada día.
3. Implicar a los profesionales en la gestión, profesionales implicados y comprometidos en la atención a las personas
- Plan Global de Formación y Docencia.
 - Puesta en marcha de Grupos de Mejora. Plan de Reuniones.
 - Fomentar el intercambio de profesionales para permitir la adaptación de ideas nuevas y diferentes.
 - Creación de protocolos de Riesgo Vital, que incluyan como mínimo: Tratamiento del TCE, atención inicial al politraumatismo, síndrome coronario agudo, ictus, RCP básica y avanzada (adulto y pediátrica), tromboembolismo, shock y sepsis.

4. Uso racional de medicamentos

- Instauración de prácticas seguras en el uso de medicamentos en todo el proceso farmacoterapéutico.
- Prescripción de medicamentos informatizada con alertas y especificaciones concretas en medicamentos de alto riesgo.
- Énfasis en pacientes polimedicados y ancianos, mediante información detallada y estandarizada.

5. Mejora y eficiencia medioambiental

- Introducción de la utilización de papel reciclado para informes de alta hospitalarios e información proporcionada en soporte papel.

• **OBJETIVOS ASISTENCIALES**

Las asistencia en Urgencias Hospitalaria es de alta complejidad, con pacientes distintos, patologías distintas, distintos grados de enfermedad y que, por lo tanto, requieren de una atención integral, lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado adecuado, un *output* aceptable. Las actividades realizadas repercuten en el cuidado del paciente, bien directamente (actividades clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico) o indirectamente (actividades gestoras, de dirección o de apoyo). Tanto unas como otras son necesarias para lograr una atención sanitaria eficaz y eficiente y que cumpla además las expectativas del cliente.

➤ **Implantación de un sistema de triaje para mejorar los tiempos de atención a los pacientes en base a la gravedad de su proceso.**

Para una gestión de calidad, se debe disponer de un sistema de triaje ágil, reproducible y revisable (que permita auditorías), que permita una clasificación rápida de la gravedad del paciente, integrado con las herramientas informáticas existentes.

Así, se pueden resumir las funciones del triaje:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.

- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias.
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

Los sistemas de clasificación más difundidos en España (sistema de Triage Manchester (MTS) y el Sistema de Triage español (SET)), clasifican a los pacientes en cinco niveles, y asignan a cada una de las cinco categorías un número, un color (rojo, naranja, amarillo, verde o azul), un nombre (inmediato o emergencia, muy urgente, urgente, normal o menos urgente, y no urgente) y un objetivo de tiempo máximo a la primera valoración por el facultativo, que se recoge en la [tabla 16](#). Se trata de métodos de priorización de pacientes sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución (cada triaje dura entre 1 y 1.5 min), válido para pacientes adultos y en edad pediátrica y que define unos flujos y circuitos de pacientes que contribuyen de manera decisiva a la reorganización del Servicio de Urgencias [23]

Nivel de gravedad	Nivel de urgencias	Tiempo de atención	Color
Nivel 1	Emergencia	Inmediata	Rojo
Nivel 2	Muy urgente	15 minutos	Naranja
Nivel 3	Urgente	30 minutos	Amarillo
Nivel 4	Menor urgente	60 minutos	Verde
Nivel 5	No urgente	120 minutos	Azul

Tabla 16. Nivel de triaje y tiempo de atención facultativa recomendada.

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

- Nivel 1 – Rojo – Emergencia. Atención médica inmediata por la gravedad de su proceso o por compromiso vital (parada cardiorrespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva evidente con signos de gravedad, inestabilidad hemodinámica, hemorragia digestiva con evidentes signos de gravedad, disnea intensa,

dolor torácico con afectación del estado general, etc.) Estos pacientes serán atendidos en el área de Críticos.

- Nivel 2- Naranja – Urgencia con riesgo vital inminente. Aquí se clasificarán todos los pacientes que sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la menor demora posible, siempre inferior a 15 minutos (hemorragia digestiva sin afectación del estado general, dolor intenso de cualquier localización, fiebre con afectación del estado general, disnea, insuficiencia respiratoria, taquicardias, fracturas de cadera, deformidades de miembros, etc...). Estos pacientes, junto a los del nivel 3, serán atendidos en los box de reconocimiento.
- Nivel 3 – Amarillo – Urgencia demorable. Paciente con patología cuya atención urgente admite cierta demora (dolor abdominal tolerable, disnea de esfuerzo, hemorragia digestiva en paciente asintomático). La espera de estos pacientes no debería superar los 30 minutos.
- Nivel 4 – Verde – Urgencia relativa. El paciente presenta un cuadro de escasa gravedad clínica, de mínima complejidad diagnóstica y/o terapéutica y con una alta probabilidad de alta a domicilio. Estos pacientes pueden esperar hasta 1 hora.
- Nivel 5 – Azul – Urgencia no objetivable. El paciente presenta un cuadro banal, cuyo retraso en la asistencia no supondrá ningún riesgo. Atención médica en menos de 2 horas.

El sistema de triaje conlleva numerosas ventajas, que afectan al paciente (eje central de toda organización sanitaria), al propio SUH y a la organización y gestores.

A) Para los pacientes:

- Proporciona información al paciente sobre su estado y el tiempo aproximado de espera.
- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria.
- Se atiende antes al más grave.

B) Para el servicio de urgencias:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.

- Permite la reordenación de los recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- Genera información útil para la orientación de los recursos de los que deben disponer en le área de urgencias.
- Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

C) Para la organización y gestión:

- Permite realizar controles de calidad
- Permite políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos.

Para la realización del triaje, el personal implicado debe conocer el sistema y estar formado. Las sociedades científicas recomiendan que todo aquel profesional que asuma la responsabilidad del triaje tenga un periodo mínimo de experiencia de trabajo den Urgencias de 12 meses y haya recibido formación específica en el sistema. Por ello, se establecerá en el Servicio de Urgencias un Plan de Formación para el triaje, que incluirá a personal facultativo y enfermería.

Para su implantación será necesario una reorganización de los espacios y establecer un flujograma de funcionamiento distinto al que se presentó en la figura 5. Se plantearán los siguientes cambios estructurales y de funcionamiento [[Figura 9](#)]:

- Los datos administrativos no dividirán a los pacientes en distintas categorías asistenciales según su motivo de consulta (Urgencia general, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología, Obstetricia o Pediatría), simplemente se recogerán sus datos identificativos y se le entregarán al paciente las pegatinas del proceso asistencial.
- La sala de triaje será finalmente utilizada para el fin que fue inicialmente creada. Se dotará de un puesto de ordenador, impresora, equipo de toma de constantes, glucómetro, electrocardiógrafo y material fungible (como guantes, gasas...).

de reconocimiento para patología obstetricio-ginecológica. La sala de curas y de yesos se utilizarán para la administración de tratamientos de pacientes con prioridad verde; mientras que el sala de atención médica número 1 será la sala de atención de enfermería de pacientes de prioridad amarilla. Los pacientes de prioridad naranja serán atendidos en el resto de salas de atención médica y los de prioridad roja, en la sala de hemodinámica.

- La sala de tratamientos con sillones y para estancia de camillas, así como las camas disponibles en área de observación permanecerán sin cambios.

La distribución del personal en las distintas zonas asistenciales y en función de los turnos laborales, se realizará de la siguiente manera:

- Facultativos/as: Seis de ellos turno de mañana (un turno de 7 horas de 8.00 a 15.00), 5 en turno de tarde (un turno de 7 horas de 15.00 a 22.00h) y 2 en turno de noche. Uno de los facultativos es responsable de las Camas de Observación en horario de 8.00 a 20.00h, hora a partir de la cual será también responsable de los pacientes asignados a su cargo en el área de Urgencias en la zona de Amarillos. En horario matinal, dos de los facultativos atenderán las urgencias Verdes y prestarán asistencia inicial a los pacientes que acudan en ambulancia; tres de los facultativos se encargarán de atender a los pacientes Amarillos. En horario de tarde, se reducirá a un facultativo para atender a los pacientes de verdes. En horario nocturno, los dos facultativos de turno de noche atenderán indistintamente a amarillos o Verdes.
- Residentes: se incorporan a las 15.00 horas para realizar guardias médicas los días laborales de 17 horas, y a las 9.00 horas los domingos y festivos (guardias de 24h). Los residentes de primer año con menos de 6 meses de experiencia, atenderán a pacientes clasificados como verdes bajo la supervisión del adjunto; los residentes de primer año con más de 6 meses de experiencia, así como residentes de segundo año y tercero, atenderán a los pacientes clasificados como amarillos; los residentes de cuarto año, atenderán el área de observación.
- Enfermería: Cinco de ellos forman parte del horario de mañana (un turno de 7 horas de 8.00 a 15.00), cinco en horario de tarde (un turno de 7 horas de 15.00 a 22.00h), y dos en horario de noche (un turno de 10 horas de 22.00h a 8.00 de la

mañana del día siguiente); de ellas, dos permanecen en área de observación de Urgencias y tres en área de resolución-boxes. De las tres enfermeras del área de boxes, una será la encargada de realizar el triaje, mientras que las dos restantes atenderán y administrarán los tratamientos del área de resolución verdes-amarillos. En turno de noche, una enfermera será responsable de la zona de camas, mientras que la otra será responsable del área de resolución.

- Auxiliares de enfermería: Tres forman parte del horario de mañana, tres del horario de tarde y dos del horario de noche; un auxiliar permanece en camas y dos auxiliares en zona de resolución. En los turnos matinal y de tarde, una de ellas acompañará a enfermería en triaje, mientras que otra permanecerá en área de resolución y área de camas. En turno nocturno, se dividirán entre área de resolución y área de camas.

Una vez implantado, el sistema de triaje ha de ser dinámico, es decir, que los profesionales que lo utilizan habitualmente puedan hacer aportaciones de mejora en el mismo y no quedarse estancado en “versiones de pre-producción”, por lo que se creará un Grupo de Trabajo de Triage que recogerá las incidencias y aportará soluciones de mejora.

➤ **Creación e instauración de protocolos de Riesgo vital.**

Siguiendo los estándares propuestos por la SEMES [33], se crearán en el próximo año los protocolos de Riesgo Vital para las siguientes patologías:

- Tratamiento del Traumatismo craneoencefálico
- Atención inicial al politraumatismo
- Síndrome coronario agudo
- Ictus
- Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada (adulto y pediátrica)
- Tromboembolismo
- Shock
- Sepsis

➤ **Creación e instauración de un Plan de Docencia del Residente.**

La LGS, en su Artículo 104, Título VI [1], indica que todo dispositivo sanitario debe estar al servicio de la docencia en todas sus vertientes. En este sentido, garantizar la formación de facultativos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con capacitación para trabajar en los servicios de Urgencias Hospitalarias, es básico. Para ello, se establecerá un Plan de Docencia con adquisición de competencias progresivas en función a su año de especialidad. Este apartado se desarrollará más adelante en esta memoria.

➤ **Interconsultas informatizadas**

A fin de facilitar la comunicación entre el personal de Urgencias y el resto de facultativos hospitalarios, se iniciará la respuesta informatizada de las interconsultas, que quedarán reflejadas en la historia clínica electrónica del paciente, así como en su informe de alta hospitalario.

➤ **Asistencia transversal con creación de protocolos de derivación de Atención Primaria a Urgencias y de citas preferentes para el resto de especialidades hospitalarias.**

Se iniciará un canal de comunicación con los centros de Atención Primaria del área IV así como con el resto de especialidades hospitalarias, a fin de crear protocolos de derivación y disminuir la variabilidad clínica.

➤ **Concienciación del uso de Urgencias: folletos informativos del uso de Urgencias y prioridad asistencial.**

Para evitar la sobrecarga de trabajo de SUH, se crearán carteles informativos sobre su prioridad de asistencia en tiempo de espera estimable, con concienciación al usuario de las patologías que podrían ser atendidas en Atención Primaria y solidaridad con los pacientes que requieran asistencia más inmediata. Se informará al paciente de su nivel de gravedad según la clasificación de triaje.

• **MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO: PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE**

Un aspecto fundamental en la calidad de la atención prestada en un SUH es cuán diseñados y estructurados se encuentran sus procesos [24]. En el Mapa de Procesos [Figura 10] quedan identificados todos los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión de la organización.

- Los procesos estratégicos adecúan el SUH a las necesidades y expectativas de los usuarios para incrementar la calidad de los servicios que se prestan.
- Los procesos operativos son aquéllos que están en contacto directo con el usuario y engloban las actividades que generan valor añadido, con mayor impacto en la satisfacción del usuario; aquí se incluyen todos los procesos clínico-asistenciales.
- Los procesos de soporte o apoyo generan los recursos que precisan los demás procesos

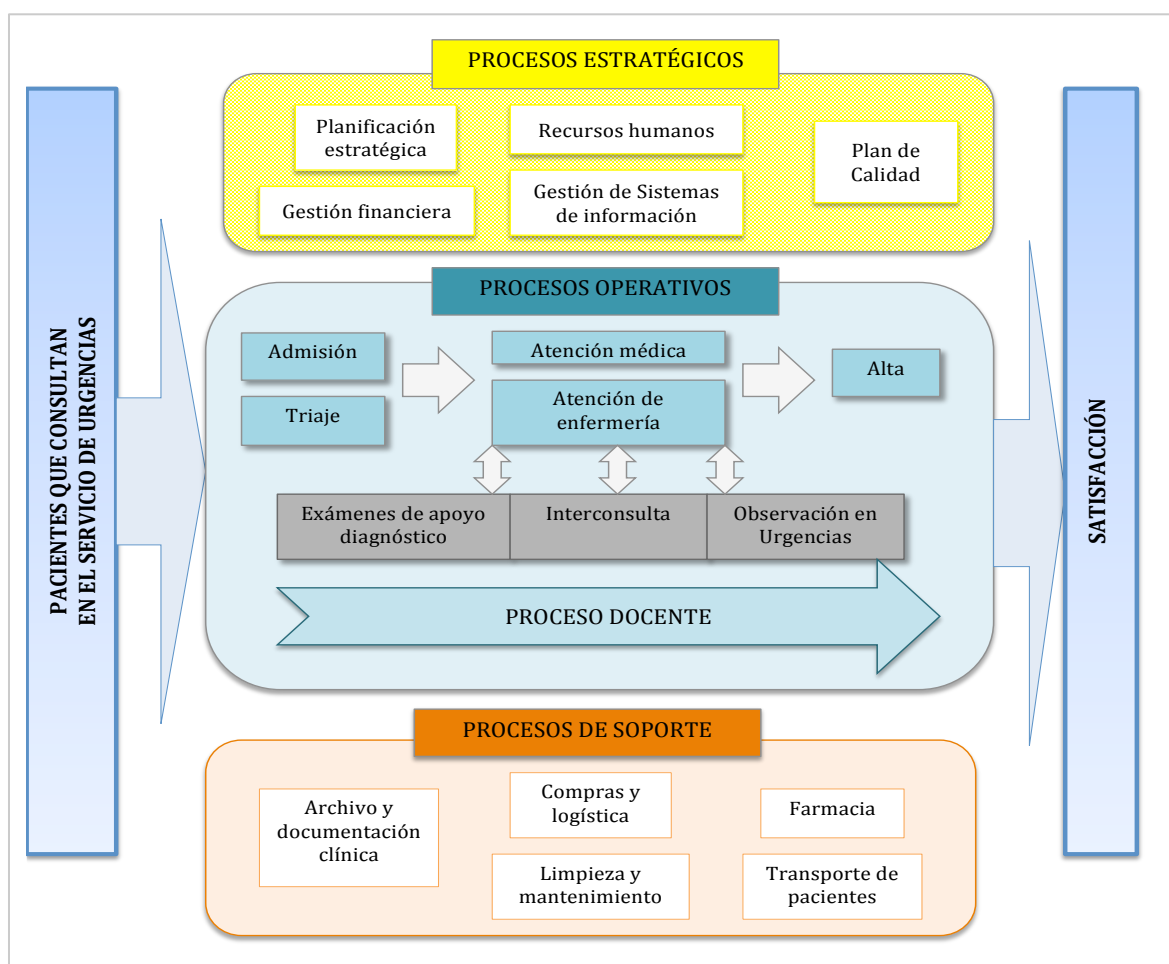


Figura 10. Mapa de procesos del Servicio de Urgencias del HCN.

- **CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El informe del *Institute of Medicine* “*To err is human: building a safer health care system*” de 1999, ayudó a tomar consciencia de la magnitud y repercusión de la seguridad clínica en la salud de los pacientes, así como la estrecha vinculación con la no calidad y el impacto en los costes de la asistencia [25]. A partir de entonces, numerosos estudios y diversas sociedades científicas han establecido que la seguridad y la atención centrada en el paciente son dos dimensiones indispensables para el resto y para una adecuada gestión.

Los avances en medicina han modificado el pronóstico y tratamiento de numerosas enfermedades, pero, paralelamente, se ha acompañado de un aumento de la complejidad de la asistencia, implicando un mayor riesgo y posibles daños para el paciente [26]. El error asistencial tiene consecuencias graves, tanto para el paciente como para su familia, genera mayores costes, daña la confianza el paciente en el sistema, y afecta a las instituciones y al profesional sanitario, que es, sin duda, la segunda víctima. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “La seguridad es la base para unos cuidados de calidad, es el fundamento de la calidad, un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente crítico del control de calidad” [27], y las autoridades sanitarias la consideran prioridad para las organizaciones sanitarias.

En España, el Ministerio de Sanidad considera la seguridad del paciente como componente clave, situándola en el centro de las políticas sanitarias. Así, en su estrategia número ocho del Plan de Calidad [28], refleja las distintas actuaciones para mejorar la seguridad, todas ellas basadas en la Alianza Mundial por la seguridad de del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales.

En urgencias, los aspectos relacionados con la seguridad clínica han sido siempre una dimensión considerada muy relevante, pero su calidad asistencial tiene un amplio margen de mejora [23]. En el HCN, los efectos adversos más frecuentemente encontrados son:

- Ausencia de triaje: la implantación de un sistema de triaje estructurado es uno de los mejores avances en seguridad.
- Relacionados con una valoración del estado general del paciente: demora peligrosa en la atención de urgencias y alta prematura.
- Error en la identificación del paciente.

- Error en el cambio de turno: momento crítico en el que se pasa información del paciente; es responsabilidad de los profesionales entrantes y salientes de transmitir y recibir toda la información.
- Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas: error en el diagnóstico clínico, retraso en el diagnóstico por falta de pruebas o retraso en el informe, error de identificación del paciente, error de etiquetas identificativas en los tubos de muestras biológicas.
- Órdenes médicas manuscritas o verbales, con la inadecuada comprensión de la orden por “mala letra” o uso de abreviaturas no estandarizadas; así como órdenes verbales mal entendidas.
- Inadecuada comunicación entre profesionales o entre médico-enfermero.

Por todo ello, se recomienda fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad, paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente, y recomendada por el Comité de Seguridad del Consejo de Europa, el National Quality Forum y otras organizaciones [29, 30]. Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que los procesos y los procedimientos de trabajo estén enfocados a mejorar la seguridad, donde los profesionales estén concienciados, con facilidad para comunicar abiertamente los errores y poner medidas para evitar que se repitan (cultura de aprendizaje). Se recomienda realizar reuniones periódicas, crear grupos de mejora, realizar un análisis de riesgos proactivos, y promover la formación del personal en materia de seguridad.

Las medidas a establecer para establecer la cultura de seguridad se centrarán en:

- Inicio de un sistema de Triage estructurado, que clasifique adecuadamente el estado del paciente y su nivel de gravedad, estableciendo tiempos máximos de esperas.
- En materia de identificación del paciente: identificar adecuadamente al paciente con la pulsera identificativa y comprobar que la identificación está presente durante todo el proceso asistencial; formar al personal en el procedimiento y necesidad de verificación; incorporar activamente al paciente y a sus familiares en la identificación.
- En la comunicación durante los relevos, se recomienda disponer del tiempo suficiente para comunicar la información, con comunicación mediante el uso de

la técnica estandarizada SBAR [23, 31]: modelo de lenguaje común para comunicar la información estructurada en cuatro apartados: *situation* (situación), *background* (antecedentes), *assessment* (evaluación) y *recommendation* (recomendación). Al comienzo de la jornada se comentarán las incidencias más relevantes ocurridas durante el día anterior, sobre todo aquellas que puedan tener repercusión sobre la jornada que comienza. También se identificarán aquellas circunstancias que estén impidiendo la toma de decisiones o el destino ya decidido (interconsulta con especialistas, realización de una prueba diagnósticas, etc)

- En cuanto a las órdenes médicas y seguridad en el uso de medicamentos, se fomentará el uso de las nuevas tecnologías y comunicación, implantando un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente y conectado con el sistema de laboratorio/farmacia, con el fin de facilitar ajustes de dosis de medicamentos, interacciones farmacológicas y uso de medicamentos inapropiados en ancianos; así como estandarizar una lista de abreviaturas, acrónimos y denominaciones de dosis que no pueden ser utilizados en la organización.
- Sistema de respuestas de interconsultas informatizadas y firmadas por el especialista consultor.
- Mantener en todo momento informado al paciente y a sus familiares, con una comunicación fluida, efectiva y documentada en la historia clínica.

• **GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES**

Tratar al paciente de manera eficiente, sin sobrepasar los recursos destinados, es el objetivo fundamental de toda actividad asistencial. Esto requiere potencial el uso de Guías de Práctica Clínica del Servicio, tras la aprobación de la Dirección Médica, y consiguiendo el cumplimiento por todo el personal laboral de Urgencias, aumentando así la capacidad de resolución.

Hasta el momento no se han elaborado dichas guías, pero se está poniendo en marcha un plan de mejora con inicio de su creación y para que estén operativas en los próximos meses.

• **DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA. ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

La LGS, en su Artículo 104, Título VI [1], indica que todo dispositivo sanitario debe estar al servicio de la docencia en todas sus vertientes. El servicio de Urgencias del HCN colabora en la formación de estudiantes de la Universidad Católica de San Antón de Murcia, tanto de enfermería como de medicina, dispone de acreditación docente para la formación MIR de Facultativos Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria adscritos al área IV. El personal sanitario participa activamente en esta formación, no sólo transmitiendo su saber práctico, sino también colaborando y dirigiendo el resto de su formación (sesiones clínicas, elaboración de vías clínicas, revisiones bibliográficas...)

PLAN DE DOCENCIA DE LOS MIR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Los médicos internos residentes (MIR), durante su permanencia en el SUH, se considerarán, a todos los efectos, adscritos funcionalmente al servicio. Su número y distribución serán aprobados por la Dirección Médica y la Comisión de Docencia del Área. Durante la atención médica, consultará las dudas que se le presenten con los facultativos adjuntos y/o residentes mayores.

Sus funciones y responsabilidades, serán progresivas, incrementándose a medida que aumente su año de residencia. Recientemente, se ha introducido un Plan de Formación de MIR, introduciendo los objetivos docentes para cada año. De manera general, sus funciones en el SUH son:

- Prestar asistencia a los pacientes atendidos.
- Dar apoyo a los facultativos adjuntos en el tratamiento de pacientes críticos, así como a la atención en el área de Observación y Boxes.
- Asistir y colaborar en las sesiones clínicas del servicio
- Colaborar en la realización de protocolos y vías de práctica clínica.

De manera particular, los objetivos docentes para cada año son [Tabla 17]:

RESIDENTES DE PRIMER AÑO	HISTORIAM
- Aprendizaje de las normas de funcionamiento del servicio y del programa informático (SELENE®, Ágora Plus®²) - Historia clínica: anamnesis, exploración e indicación de pruebas. - Diferenciar emergencia médica, patología urgente y no urgente. - RCP básica - Radiología básica: tórax, abdomen y extremidades. Interpretación de un hemograma, bioquímica, coagulación, orina, gasometría y otros. - Fluidoterapia básica. Farmacoterapia básica: dolor, psicotrópicos, conocimiento de fármacos para HTA, DM y DLP. - ECG básico y patológico. - Dominio de los grandes síndromes: dolor torácico, dolor abdominal, EPOC e ictus. - ROTACION CON ENFERMERIA DE URGENCIAS: una guardia de cada 5, de 15:00h a 20:00h (en su guardia ordinaria: durante ese tiempo el residente aprenderá todo tipo de técnicas de enfermería).	

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO	DIAGNOSTICAR
- Conocer las indicaciones de ingreso / observación / alta. - Fluidoterapia y tratamiento intravenosos. - ECG avanzado. - Radiología avanzada y sus diagnósticos diferenciales en función de la clínica. - Interconsulta a otros especialistas. - DERMATOLOGIA DE URGENCIAS: rash cutáneos, dermatofibromas, micosis etc. - CIRUGIA MENOR: valoración de heridas y su tratamiento, drenaje de abscesos, tratamiento hemorroidal. Reducción de hernias. - OFTALMOLOGIA: diagnóstico diferencial del ojo rojo, cuerpos extraños, infecciones.	

² Ágora Plus® es un visor genérico de la historia clínica electrónica de cada paciente, que interconecta todas las Áreas de Salud del SMS. Aporta datos administrativos del paciente, nombre del médico de Atención Primaria, vacunación, alergias medicamentosas, episodios de Atención Primaria, recetas recientes, exploraciones complementarias realizadas (laboratorio y radiología) e informes emitidos (tanto desde consultas externas como desde urgencias)

- ORL: exploración de la orofaringe y sus patologías: abscesos periamigdalinos, tumores, leucoplasias, cuerpos extraños en nariz, oído y orofaringe, manejo de la epistaxis.
- REUMATOLOGIA: realización de técnicas de infiltración y artrocentesis.
- TRAUMATOLOGIA: radiología patológica, reducir hombro, manejo del dolor, indicaciones para traumatólogo de guardias, vendajes (rotación con enfermería)
- GINECOLOGIA: metrorragia, exploración ginecológica, farmacología.
- SALUD MENTAL: actitud ante un paciente agitado, manejo de farmacología.
- MEDICINA INTERNA: deberá aprender diferentes técnicas invasivas: punción lumbar, abdominal, articular. Manejo y dominio de grandes grupos sindrómicos: historia, exploración y realización de pruebas complementarias ante un dolor torácico, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, dolor abdominal agudo, ictus.
- FARMACOLOGIA: debe conocer la mayoría de fármacos más habituales y sus efectos secundarios.

RESIDENTES DE TERCER AÑO	TRATAR
- Dominio del seguimiento de un paciente en camas (tratamiento, diagnóstico, evolución, indicación del alta / ingreso) - Rotación electiva en el Servicio de Anestesiología: manejo de vía aérea en la intubación orotraqueal, canalización de vías centrales, respiradores. - ELECTROMEDICINA: cardioversión, desfibrilación, VMNI, respirador artificial. - RCP AVANZADA. - PEDIATRIA: manejo de la fiebre, bronquiolitis, diarrea, indicación de estudio radiológico, analítica, asertividad con la familia. Convulsiones, situaciones de emergencias, dosificación de fármacos. - Aprender las indicaciones de derivación de pacientes a un Servicio de Urgencias y protocolos de derivación al HUVA. - FARMACOLOGIA III, conocer la mayoría de los fármacos existentes y de más común manejo por los pacientes, interacciones ante una patología aguda y sus efectos secundarios. Sobredosificación, antídotos.	

- RELACION CON EL ENTORNO FAMILIAR: asertividad, claridad en la información.

RESIDENTES DE CUARTO AÑO	AUTONOMÍA
- Un residente de 4º año, debe actuar como un facultativo adjunto (siempre puede consultar lo que haga falta). Llevará el busca para atender los pacientes que vengan en camilla, y tomara parte en el proceso de una emergencia o PCR.	

Tabla 17. Plan de Docencia de MIR del Servicio de Urgencias del HCN.

PLAN DOCENTE DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Para el resto del personal sanitario no existe recogido un plan docente de formación. Por ello, se prevé la creación de dicho Plan Docente para los diferentes grupos de profesionales que incluirá los temas de interés prioritarios en el desarrollo de nuestra actividad asistencial.

a) Personal facultativo

- Soporte vital avanzado en adultos y pediatría, conforme a las guías del Consejo Europeo de Resucitación del 2015.
- Atención al paciente politraumatizado y con traumatismo grave.
- Síndrome dolor torácico.
- Enfermedad cerebrovascular aguda.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva
- Insuficiencia Cardíaca
- Control avanzado de la vía aérea.
- Ventilación mecánica no invasiva.
- Protocolo de traslado de pacientes críticos.
- Papel del servicio de Urgencias en las Catástrofes.
- Urgencias, Derecho y Gestión.

b) Personal de enfermería

Con contenido similar que para el personal Facultativo, con las particularidades de su trabajo y funciones y, en este caso, haciendo especial hincapié en la formación en Triage y Clasificación en el área de Urgencias.

c) Personal no sanitario

Aquellas actividades relacionadas con el desarrollo de sus funciones dirigidas al personal celador, administrativo, limpieza y seguridad.

Como apoyo, se dispone a nivel regional con la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) de la Región de Murcia, fundación pública sin ánimo de lucro que cuenta con un plan formativo gratuito para todas las categorías profesionales del SMS, con una amplia oferta de cursos para cada área de salud.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Según la LGS (Artículo 106, Título VI) [1], las actividades de investigación deben de ser fomentadas en todo sistema sanitario, como elemento fundamental para el progreso del mismo. En su vertiente clínica, la investigación es la base de toda excelencia y motor de una asistencia clínica adecuada; en su vertiente epidemiológica, es una ayuda inestimable para la gestión y organización de recursos [32]. Actualmente, en el servicio de Urgencias no existe actividad investigadora protocolizada. No obstante, a lo largo de 2016 realizaron varios estudios observacionales. Estos estudios, junto a varios casos clínicos de interés científico, fueron presentados en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias de 2016. Las áreas a estudiar y que podrían ponerse en marcha se podrían dividir en:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| - Docencia | - Diagnóstico y terapéutica |
| - Análisis de datos y epidemiología | - Elaboración de vías clínicas y protocolos |
| - Planificación asistencial | - Planificación de publicaciones científicas |
| - Evaluación asistencial | |

- **MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO**

El cuadro de mando establece cuatro perspectivas relacionadas entre sí y necesarias para realizar la estrategia y alcanzar la misión. Resumidas se pueden clasificar en cuatro estratos:

- Perspectiva financiera: Suficiencia financiera y sostenibilidad del Servicio Murciano de Salud y, por tanto, del SUH del HCN (hospital de referencia del área IV), aportando el mayor beneficio en salud y bienestar a la población de dicha área. Es decir, prestar una asistencia eficiente.
- Perspectiva de Cliente: Se entiende en los servicios sanitarios que el cliente es el paciente, como receptor de los servicios ofertados para alcanzar la visión.
- Perspectiva de Procesos Internos: En qué procesos asistenciales debemos ser excelentes para satisfacer al sistema sanitario y a la población que acude al Servicio de Urgencias del HCN.
- Perspectiva de Formación y Crecimiento: Inductor de las tres perspectivas y depende de la gestión de personas y procedimientos. Es la manera de mantener el conocimiento y asegurar la capacidad de cambio del Servicio de Urgencias.

La calidad de la asistencia está determinada por un cierto número de factores, los cuales, son a su vez atributos del proceso asistencial que denominamos dimensiones. Los indicadores evalúan además una o varias de estas dimensiones. Dado que algún indicador puede evaluar un número elevado de dimensiones, se determinan cuáles son las más relevantes.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en su Manual de indicadores de calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales [33] propone un set de indicadores básicos para un servicio de urgencias. Parte de estos indicadores se incluirán en el Cuadro de Mando de nuestro servicio de Urgencias [Tabla 18]

Dimensión	Indicador
Accesibilidad	Tiempo de espera para triaje Tiempo hasta primera asistencia facultativa
Seguridad	Revisión del material y aparataje / Box de reanimación / Carro de parada Registro de efectos adversos Evaluación de efectos adversos
Efectividad-Eficacia	Retornos a las 72 horas
Eficiencia	Existencia de triaje Estancia media en el área de observación Permanencia en urgencias Petición de analítica Petición de pruebas radiológicas
Adecuación	Sesiones clínicas Protocolos de riesgo vital Evaluación de la mortalidad Existencia de plan de formación Formación continuada
Continuidad	Cumplimentación del informe de asistencia
Satisfacción	Tasa de reclamaciones Enfermos no visitados Satisfacción de los profesionales

Tabla 18. Set de indicadores para el Cuadro de Mando del SUH del HCN.

Dicho set de indicadores, clasificados en función de las distintas perspectivas que constituyen el cuadro de mando se resumen en la [figura 11](#):

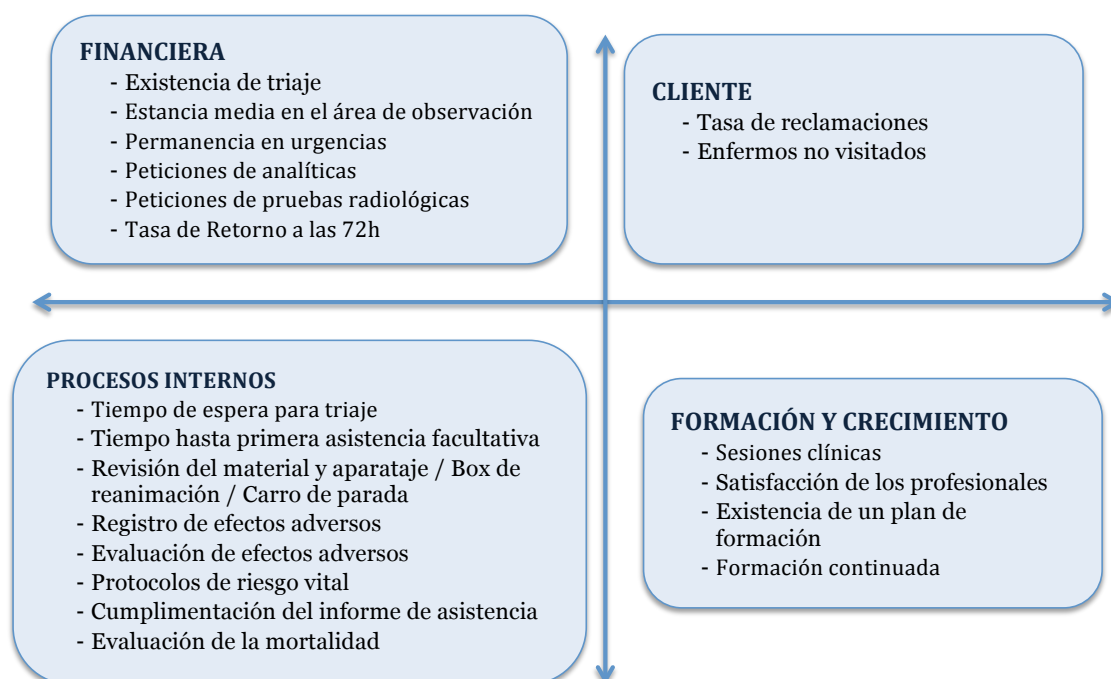


Figura 11. Cuadro de Mando del SUH del HCN.

PERSPECTIVA FINANCIERA- EFICIENCIA

Nombre del indicador	EXISTENCIA DE UNA SISTEMÁTICA DE CLASIFICACIÓN O SELECCIÓN DE PACIENTES (TRIAJE)
Dimensión	Seguridad. Eficiencia
Justificación	La clasificación de los pacientes según su grado de urgencia a través de una evaluación rápida y estructurada (triaje) permite la priorización de la actividad asistencial así como la identificación de los pacientes con mayor riesgo.
Fórmula	Existencia de triaje (SI / NO)
Explicación de términos	Sistemática de clasificación: protocolo que especifica la forma en que se deben clasificar los pacientes. Debe contemplar como mínimo: - Tiempo máximo de clasificación y espera para triaje - Lugar donde se realiza

	- Personal encargado - Niveles de priorización - Tiempos hasta primera asistencia facultativa recomendados - Sistemática a seguir en el proceso de triaje
Población	Censo de protocolos de urgencias
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentos y registros del SUH
Estándar	Sí
Comentarios	Las escalas actualmente recomendadas son las que agrupan a los pacientes en 5 niveles. La SEMES recomienda la utilización del Sistema Español de Triage (SET) <i>Manual SEMES [33]. Sistema Español de Triage (SET) J. Gómez Jiménez, M. Torres Trillo, J. López Pérez, L. Jiménez Murillo, SEMES, Edicomplet 2004.</i>

Nombre del indicador	ESTANCIA MEDIA EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS
Dimensión	Eficiencia
Justificación	El tiempo que permanece un paciente en el AOU se relaciona con la capacidad resolutoria y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de las alternativas a la hospitalización. Una estancia mayor a 24 horas sólo puede justificarse por empeoramiento agudo, aparición de nueva patología durante su estancia en urgencias o inestabilidad hemodinámica.
Fórmula	$\frac{\text{Suma de horas de estancia de cada paciente en hospitalización}}{\text{Nº de enfermos del área de observación analizados}}$
Explicación de términos	Horas de estancia en AOU: tiempo que transcurre desde el ingreso en AOU hasta la salida de la misma.
Población	Pacientes atendidos en el AOU en el momento del análisis
Tipo	Proceso
Fuente de	Documentos y registros del SUH

datos	
Estándar	< 24 horas
Comentarios	Debe realizarse un análisis de los motivos que comportan permanencias superiores. Los pacientes que permanecen el observación, pero fuera del área por falta de camas, deben ser contabilizados para medir la influencia real. <i>Manual SEMES [33]. Tomás Vecina S, et al. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4700 casos. Med Int (Madrid) 2000;17:229-238.</i>

Nombre del indicador	PERMANENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SUH
Dimensión	Eficiencia. Seguridad
Justificación	Un tiempo de estancia prolongado puede ser reflejo de déficits en la coordinación, circuitos inadecuados... y repercute en la agilidad de la asistencia, ocupación de espacios e incrementa el riesgo para pacientes y profesionales.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que permanecen en el SUH en un periodo determinado}}{\text{Nº total de pacientes}} \times 100$
Explicación de términos	- Se excluyen los pacientes que no completan la visita. - Permanencia: tiempo desde la llegada al SUH y toma de datos administrativos, hasta el alta.
Población	Pacientes atendidos en el SUH durante el periodo revisado
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH
Estándar	No establecido
Comentarios	Es conveniente agrupar a los pacientes por niveles de triaje para estudiar mejor los factores que intervienen en la permanencia. Estancias iguales o superiores a 6 horas (excluyendo el AOU) deben revisarse.

	<i>Manual SEMES [33]. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Emergencias 2001;13:60-65.</i>
--	---

Nombre del indicador	PETICIONES DE ANALÍTICA
Dimensión	Eficiencia. Seguridad
Justificación	La petición de analíticas innecesarias enlentece el proceso asistencial, encarece la asistencia y expone al paciente a molestias evitables y situaciones de riesgo. La tasa de peticiones de analítica nos permite realizar una aproximación a la magnitud de este fenómeno.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes dados de alta a domicilio con realización de analítica}}{\text{Nº total de pacientes dados de alta a domicilio}} \times 100$
Explicación de términos	Analítica: cualquier determinación en fluidos orgánicos del paciente que deba ser remitida a laboratorio para su procesamiento.
Población	Pacientes atendidos en SUH y dados de alta a domicilio durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros del laboratorio análisis clínicos.
Estándar	No establecido
Comentarios	Se recoge solamente los pacientes dados de alta ya que se considera como el grupo con mayor analítica evitable. Dado que no existe consenso sobre estándar recomendado, la tasa nos permitirá una comparación en el tiempo. <i>Manual SEMES [33]. Schriger DL Chapter 3 How to decide to order a test, en Cost-Effective Diagnostic Testing in Emergency Medicine Ed. Cantril SV, Karas S. American College of Emergency Physicians 2000.</i>

Nombre del indicador	PETICIONES DE RADIOLOGÍA
Dimensión	Eficiencia. Seguridad.
Justificación	La petición de exploraciones radiológicas innecesarias puede comportar iatrogenia, demoras, encarecimiento y empeoramiento de la calidad del proceso asistencial.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes dados de alta a domicilio con realización exploración radiológica}}{\text{Nº total de pacientes dados de alta a domicilio}} \times 100$
Explicación de términos	Exploración radiológica: cualquier exploración mediante aparatos de radiodiagnóstico, independiente del número de placas.
Población	Pacientes atendidos en SUH y dados de alta a domicilio durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros del Servicio de Radiología.
Estándar	< 40%
Comentarios	Se recoge solamente los pacientes dados de alta ya que se considera como el grupo con mayor analítica evitable. Dado que en el HCN el Radiólogo se encuentra localizado en horario de 15.00h a 8.00h, este indicador cobra más importancia en eficiencia. <i>Manual SEMES [33].</i> Schriger DL Chapter 3 How to decide to order a test, en Cost-Effective Diagnostic Testing in Emergency Medicine Ed. Cantril SV, Karas S. American College of Emergency Physicians 2000.

Nombre del indicador	TASA DE RETORNO A LAS 72 HORAS
Dimensión	Eficiencia. Efectividad. Seguridad.
Justificación	Este indicador ofrece posibilidad de detectar aquellos pacientes a los que no se les ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones.

Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que retornan al SUH en un intervalo de 72 horas}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$
Explicación de términos	En el numerador se incluyen los pacientes que vuelven a consultar en el intervalo de 72 horas desde el alta de urgencias, independientemente de que lo hagan por igual o diferente motivo de consulta.
Población	Pacientes atendidos en SUH durante el periodo estudiado
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH
Estándar	< 6%
Comentarios	El indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que su incumplimiento indique mala praxis en todos los casos. Es aconsejable la revisión de todas ellas y discriminar entre aquellos que vuelven por evolución de la enfermedad de los que vuelven por algún proceso diferente o por revisión clínica. <i>Manual SEMES [33]. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias, Emergencias 2001;13:60-65.</i>

PERSPECTIVA CLIENTES

Nombre del indicador	TASA DE RECLAMACIONES
Dimensión	Satisfacción
Justificación	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad percibida por los usuarios. Esta tasa es una medida global del grado de conformidad del paciente con la asistencia recibida, y su análisis permite mejorar la calidad de la asistencia.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que han presentado una reclamación en el periodo estudiado}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el periodo de estudio}} \times 1000$

Explicación de términos	Reclamación: manifestación escrita por parte del usuario (paciente o familiares) de cualquier incidente que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial. Se incluyen los pacientes de los pacientes que abandonan el servicio antes o durante la visita
Población	Pacientes atendidos en SUH durante el periodo estudiado
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Registros de la Unidad de Atención al Usuario.
Estándar	No establecido
Comentarios	Es conveniente disponer de un mapa de los motivos de queja o reclamación para poder instaurar medidas de mejora, así como estratificar estas reclamaciones por nivel de gravedad y población. <i>Manual SEMES [33]. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias, Emergencias 2001;13:60-65.</i>

Nombre del indicador	ENFERMOS NO VISITADOS
Dimensión	Satisfacción. Seguridad. Adecuación
Justificación	Los motivos por los que un usuario abandona el servicio antes de ser visitado pueden ser múltiples. Su conocimiento es necesario como aproximación del nivel de satisfacción y del riesgo de que pacientes con problemas de salud potencialmente graves desistan de la asistencia por demoras.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes no visitados}}{\text{Nº total de pacientes admitidos}} \times 100$
Explicación de términos	- Paciente no visitado: paciente con formulario en blanco o informe en el que consta que no ha sido visitado. - Paciente admitido: todo paciente que conste en el registro de admisión con hora de entrada.
Población	Pacientes con proceso abierto en urgencias en un periodo determinado.
Tipo	Resultado.

Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	No establecido
Comentarios	Pese a no existir un estándar establecido, este indicador proporciona una tasa que nos permite estudiar nuestros propios resultados, así como analizar el motivo para implementar mejoras. <i>Manual SEMES [33]. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias, Emergencias 2001;13:60-65.</i>

PROCESOS INTERNOS

Nombre del indicador	TIEMPO DE ESPERA PARA TRIAJE
Dimensión	Accesibilidad. Satisfacción. Seguridad
Justificación	El triaje se instaure como herramienta de evaluación para la priorización de la asistencia en función de la gravedad. Un tiempo de espera excesivo genera demoras y dificulta la identificación precoz de los pacientes que precisan de una atención inmediata o rápida.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con tiempo de llegada-triaje} \leq 10 \text{ minutos}}{\text{Nº total de pacientes clasificados}} \times 100$
Explicación de términos	Tiempo de llegada-triaje: minutos transcurridos desde la hora de registro de entrada en admisión hasta la hora de registro de inicio de triaje.
Población	Pacientes clasificados en el SUH
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	85 % (tendencia al 100%)
Comentarios	El manual SEMES establece un estándar del 85%, pero si se desea una calidad asistencial excelente, el 100% de los pacientes deben

	estar clasificados en los primeros 10 minutos. <i>Manual SEMES [33]. Variables a analizar para el control de calidad del SET. Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística. Sistema Español de Triage (SET). J. Gómez Jiménez, M. Torres Trillo, J. López Pérez, L. Jiménez Murillo, SEMES, Edicomplet 2004.</i>
--	--

Nombre del indicador	TIEMPO DE ESPERA HASTA LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA
Dimensión	Accesibilidad. Eficiencia. Efectividad. Seguridad. Satisfacción.
Justificación	En base a un sistema de triaje, el tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención facultativa es determinante, siendo un elemento clave del proceso de atención, tanto desde el punto de vista clínico como el de calidad percibida.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de triaje concreto}}{\text{Nº total de pacientes atendidos del mismo nivel de triaje}} \times 100$
Explicación de términos	- Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia para nivel de asistencia de triaje: pacientes en el que el tiempo entre la llegada (registro de admisión) y la primera asistencia facultativa en minutos es igual o inferior al recomendado por el modelo de triaje para el nivel de triaje en cuestión. - Pacientes atendidos del mismo nivel de triaje: todos los pacientes con registro de hora de llegada y hora de primera asistencia facultativa asignados al mismo nivel de triaje que los pacientes del numerador. Se descartan los pacientes que abandonan el servicio antes de empezar la visita.
Población	Pacientes clasificados en el SUH.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.

Estándar	Según modelo de triaje y nivel: - Rojo: Esperar 0 minutos – 100% - Naranja: Puede esperar 15 minutos – 95% - Amarillo: Puede esperar 30 minutos – 90% - Verde: Puede esperar 60 minutos – 85% - Azul: Puede esperar 120 minutos – 80%
Comentarios	Es imprescindible disponer de los tiempos de todos los niveles de triaje, entendiendo como tiempo de primera asistencia facultativa el inicio de la hora de apertura del formulario. A menor nivel de gravedad, se exige un porcentaje de cumplimiento del tiempo de primera asistencia más permisivo. <i>UHH [23]. Manual SEMES [33]. Variables a analizar para el control de calidad del SET. Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística. Sistema Español de Triage (SET). J. Gómez Jiménez, M. Torres Trillo, J. López Pérez, L. Jiménez Murillo, SEMES, Edicomplet 2004</i>

Nombre del indicador	REVISIÓN DEL MATERIAL Y APARATAJE / BOX DE REANIMACIÓN / CARRO DE PARADA
Dimensión	Seguridad
Justificación	La dotación y mantenimiento correctos de los carros de parada y del material/ aparataje, asegura su disponibilidad en los casos en que su uso es necesario.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de revisiones realizadas}}{\text{Nº de revisiones previstas}} \times 100$
Explicación de términos	- Revisión realizada: control y reposición de la medicación y material, y del correcto funcionamiento del aparataje. Debe constar fecha, hora y persona que realiza la revisión. - Revisiones previstas: una revisión en cambio de turno matinal y cambio de turno nocturno, así como después de su utilización.
Población	Revisiones previstas
Tipo	Proceso
Fuente de	Documentación y registros del SUH.

datos	Documentación y registros del aparataje del hospital.
Estándar	100%
Comentarios	La revisión comporta la solución de las anomalías detectadas (reposición farmacológica en el carro de paradas, por ejemplo) y notificación de los fallos en el aparataje de electromedicina. <i>Manual SEMES [33]</i>

Nombre del indicador	REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS
Dimensión	Seguridad
Justificación	La detección de los efectos adversos permite la valoración de la situación de riesgo de nuestro servicio, así como su evaluación encaminada a la planificación de medidas de prevención.
Fórmula	Existencia de registro de efectos adversos
Explicación de términos	Se considera que el registro de efectos adversos es una notificación general o específica que recoge como mínimo: errores de medicación, efectos adversos a fármacos, errores diagnósticos, caídas de pacientes, reacciones post-transfusionales, efectos por mal funcionamiento de aparataje, errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente, complicaciones de procedimientos invasivos.
Población	Servicio de Urgencias, registros
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	Sí
Comentarios	Herramienta básica para la detección y evaluación para la implantación de mejoras. Es fundamental la informatización de los registros para su mejor tratamiento y evaluación. <i>Manual SEMES [33]. Keroack M, Rhinehart E. Applying epidemiology to patient safety. En The patient safety handbook. Editado por Youngberg BJ, Hatlie MJ, Editorial Jones and Bartlett Publishers, 2004.</i>

Nombre del indicador	EVALUACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS
Dimensión	Seguridad
Justificación	Este indicador se complementa con el indicador de Registro de Efectos Adversos. La detección de los efectos adversos permite la valoración de la situación de riesgo de nuestro servicio, así como su evaluación encaminada a la planificación de medidas de prevención.
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con efectos adversos revisados}}{\text{Total de pacientes con efectos adversos registrados}} \times 100$
Explicación de términos	Se considera que el registro de efectos adversos es una notificación general o específica que recoge como mínimo: errores de medicación, efectos adversos a fármacos, errores diagnósticos, caídas de pacientes, reacciones post-transfusionales, efectos por mal funcionamiento de aparataje, errores y complicaciones relacionados con el proceso de atención al paciente, complicaciones de procedimientos invasivos.
Población	Pacientes que han sufrido algún efecto adverso
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	100%
Comentarios	La evaluación comporta la posterior propuesta e implantación de medidas correctoras. <i>Manual SEMES [33]. Análisis causa raíz: Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel event policy and procedures 2001.</i>

Nombre del indicador	PROTOCOLOS DE RIESGO VITAL
Dimensión	Adecuación

Justificación	La estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente favorece la buena práctica clínica. Los protocolos adecuados a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del HCN permiten homogeneizar la asistencia urgente y servir como herramienta para agilizar y facilitar la toma de decisiones.
Fórmula	Existencia de protocolos.
Explicación de términos	- Protocolo: debe contemplar como mínimo: valoración, diagnóstico, tratamiento, normas de evaluación del personal de enfermería y circuitos asistenciales. - Protocolos básicos: se debe disponer de protocolos de ○ Tratamiento del TCE ○ Atención inicial al politraumatismo ○ Síndrome coronario agudo ○ Ictus ○ RCP básica y avanzada (adulto y pediátrica) ○ Tromboembolismo ○ Shock ○ Sepsis - Actualización: en general se recomienda un período de 2 a 3 años.
Población	_____
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Protocolos del SUH
Estándar	Sí
Comentarios	<i>Manual SEMES [33]</i>

Nombre del indicador	CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ASISTENCIA
Dimensión	Continuidad. Seguridad
Justificación	Además de construir un documento médico-legal de importancia, mide la calidad de asistencia, actuando como registro de la actividad generada que permite la continuidad del proceso y comunicación

	entre varios profesionales.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de informes de asistencia correctos en pacientes dados de alta}}{\text{Nº de informes de asistencia de pacientes dados de alta}} \times 100$
Explicación de términos	En el informe de asistencia correcto debe figurar, junto a los datos de identificación del paciente, motivo de consulta, antecedentes patológicos, exploración física, pruebas complementarias y resultado, orientación diagnóstica, evolución, tratamiento instaurado, control posterior, fecha y hora de entrada y de salida, identificación del médico responsable y rúbrica. Sólo se considera correcto el indicador cuando el informe cumpla todos los ítems.
Población	Todos los pacientes dados de alta de urgencias
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	Tendencia al 100%
Comentarios	<i>Manual SEMES [33]. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes y Ley 41/2002, de 14 de noviembre.</i> <i>Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Emergencias 2001;13:60-65.</i>

Nombre del indicador	EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD
Dimensión	Adecuación. Seguridad
Justificación	Con la finalidad de detectar las situaciones en que se pueden mejorar aspectos determinados de la asistencia o detectar la mortalidad evitable, es necesaria la evaluación de la mortalidad en todos los pacientes que han sido atendidos en el servicio de urgencias.

Fórmula	$\frac{\text{Nº de éxitos evaluados}}{\text{Nº de éxitos producidos en urgencias}} \times 100$
Explicación de términos	Nº de éxitos evaluados: pacientes que han sido éxitos en los que se puede documentar haber realizado una revisión del proceso asistencial que ha tenido lugar en urgencias
Población	Todos los éxitos producidos en urgencias en el periodo estudiado Se excluyen los pacientes que ingresan cadáver.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Registros de la comisión de mortalidad
Estándar	100%
Comentarios	La evaluación puede ser realizada de manera interna en el SUH o por parte de la comisión de mortalidad del HCN. <i>Manual SEMES [33]. Herrera Carranza, M. Rodríguez Carvajal, E. Pino Moya E. et al. Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico, Emergencias 2001;13:40-48 (clasificación pág. 45).</i>

FORMACIÓN Y CRECIMIENTO

Nombre del indicador	SESIONES CLÍNICAS
Dimensión	Adecuación
Justificación	El SUH debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención urgente, independientemente del resto de actividades o de las sesiones de otras especialidades
Fórmula	Nº de horas mensuales
Explicación de términos	Se consideran sesiones específicas del SUH aquellas dedicadas a temas específicos de la atención urgente. Se excluyen las propias de los servicios de otras especialidades
Población	Servicio

Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH Memoria de la actividad docente del SUH
Estándar	8 horas/ mes
Comentarios	Las sesiones clínicas tienen una repercusión muy positiva en el funcionamiento del Servicio. Se recomienda que se realicen en horario laboral. El estándar indica el mínimo de horas. <i>Manual SEMES [33]</i>

Nombre del indicador	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES
Dimensión	Satisfacción
Justificación	Para poder fomentar el trabajo en equipo en beneficio de un mejor desarrollo humano y profesional, se deben conocer los factores que inciden en la satisfacción e insatisfacción de los profesionales.
Fórmula	Realización de encuestas de satisfacción
Explicación de términos	-----
Población	Profesionales trabajadores del SUH
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH Documentación y registros del departamento de Recursos Humanos
Estándar	Sí
Comentarios	De acuerdo con el servicio de Recursos Humanos se considerarán las variables mínimas a recoger en la encuestas, que incluirán: comunicación entre profesionales, oportunidades de desarrollo, entorno físico, motivación, seguridad y ergonomía, trabajo en equipo, recursos, colaboración con otras áreas y gestión del servicio. <i>Manual SEMES [33]</i>

Nombre del indicador	EXISTENCIA DE PLAN DE FORMACIÓN
Dimensión	Adecuación. Satisfacción. Seguridad
Justificación	La correcta planificación de la formación continuada exige evaluación de las necesidades formativas adaptadas al SUH
Fórmula	Sí/ No
Explicación de términos	Se entiende como plan de formación el documento que recoge y analiza las necesidades percibidas de formación de los profesionales, así como las acciones formativas que se establecen para un periodo concreto.
Población	---
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH
Estándar	Sí
Comentarios	Las acciones formativas de carácter más general establecidas por la dirección del hospital, se deben contabilizar como formación de los profesionales, pero no dentro de este plan específico <i>Manual SEMES [33]</i>

Nombre del indicador	FORMACIÓN CONTINUADA
Dimensión	Adecuación
Justificación	La participación y/o asistencia a actividades formativas en otros lugares o instituciones es necesaria para la adquisición de nuevos conocimiento, con la consecuente mejoría de la calidad global del servicio.
Fórmula	Nº de horas-créditos/año de formación externa/persona
Explicación de términos	Formación continua: actividad formativa que dispone de la acreditación adecuada y que se realiza fuera del SUH.
Población	Personal asistencial del SUH

Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	40 horas – 4 créditos/persona/año
Comentarios	Las horas y los créditos deben ser certificados por una institución oficial acreditada. Se excluyen los congresos y las actividades promocionales de la industria farmacéutica. El estándar representa un mínimo. <i>Manual SEMES [33]</i>

5. CURRICULUM DEL CANDIDATO/A

- **PERFIL PROFESIONAL DEL CANDIDATO**

(Ver anexo pág. 80)

- **FUNCIONES DEL JEFE/A CLÍNICO**

El responsable de la UHH es el médico que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito a la unidad. Debe organizar al conjunto de profesionales sanitarios vinculados, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una asignación de recursos adaptada a la demanda. Tendrá dedicación exclusiva al servicio de UHH, y sus funciones se pueden resumir en [32]:

- Garantizar y velar por el cumplimiento de la norma vigente.
- Interlocutor con la Dirección Médica del hospital, para la comunicación de los problemas detectados y de sus posibles soluciones.
- Realizar anualmente la memoria del servicio, que incluirá actividad asistencial y docente.
- Gestionar la elaboración de vías clínicas de aplicación en Urgencias, en consenso con los Servicios Hospitalarios y Atención Primaria.

- Acordar con los diferentes servicios del hospital las citas preferentes en consultas externas para los pacientes atendidos en Urgencias, así como los protocolos de derivación a dichas consultas.
- Dirigir las sesiones clínicas y reuniones del Servicio de Urgencias.
- Facilitar la docencia y la investigación del servicio.
- Elaborar planes de docencia y supervisar las guardias para los MIR.
- Supervisar y confeccionar las guardias, así como los turnos de trabajo de los facultativos.
- Contestará las reclamaciones de los usuarios, los requerimientos judiciales y aquellas solicitudes de la Dirección del centro.
- Colaborar en las tareas facultativas en el área de consultas o en la zona de observación de Urgencias si la situación lo requiere. Podrá ejercer cualquier tarea asignada a los facultativos del SUH.

Anexo



FORMACIÓN ACADÉMICA

Licenciada en Medicina Y Cirugía. Universidad de Murcia. Finalización: Julio 2008.

Especialista en Medicina Interna. Hospital Reina Sofía de Murcia. Finalización: Mayo 2014.

Máster en Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional. Universidad Miguel Hernández. Junio 2015. Calificación: Sobresaliente.

Máster en Universitario en Dirección y Gestión Clínica. Universidad Internacional de La Rioja. En la actualidad

EXPERIENCIA PROFESIONAL CLÍNICA ASISTENCIAL

Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia

2009 – 2014 Médico Residente de Medicina Interna.

Hospital Rafael Méndez de Lorca

2014 – Médico de Puerta de Urgencias (3 meses)

Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia

2015 – Médico Internista (2 meses)

Hospital General Universitario Virgen de La Arrixaca

2016 – Médico de Puerta de Urgencias (3 meses)

Hospital Comarcal del Noroeste

Noviembre 2016 – Médico de Puerta de Urgencias – En la actualidad

PUBLICACIONES

- **Varón de 11 años con eosinofilia y hepatomegalia: Shunt portosistémico extrahepático congénito tipo II.** En: Diagnósticos difíciles en medicina interna. XXXIV Reunión de los servicios de Medicina Interna del sureste. Albacete 2014. Libro en formato pdf (p.46-51). ISBN 978-84—687-0991-7
- **Síndrome antisintetasa sin afectación muscular.** En: XXXIII Reunión de los servicios de Medicina Interna del Sudeste: Casos clínicos. 1ª Ed. Alicante: Imprenta Gamma; 2013 (p. 41, 42) ISBN 978-84-695-7601-4
- **A propósito de un caso de Síndrome de Sneddon.** En: Casos Clínicos en patología cerebrovascular y anticoagulación. 1ª Ed. Madrid: Luzán 5 S.A. ; 2011 (p. 252-254) ISBN 978-84-7989-659-1.
- **Mujer de 57 años con tos y fiebre de tres semanas de evolución.** Publicación on-line, casos clínicos. Disponible en: <http://www.seicv.org/img/noticias/00074.pdf>
- **Diagnósticos difíciles en Medicina Interna: Varón de 11 años con eosinofilia y hepatomegalia.** ISBN: 978-84-697-0991-7.

PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS Y REUNIONES

➤ AÑO 2009

- **Perfil clínico de los pacientes mayores de 80 años con insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna.** En: XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009; 209 (Espec Congr 1): p. 140.
- **Características diferenciales de los pacientes en fibrilación auricular que ingresan por insuficiencia cardíaca descompensada.** En: XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009; 209 (Espec Congr 1): p. 141.
- **Tratamiento de las infecciones cutáneas en una unidad de corta estancia.** En: XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009; 209 (Espec Congr 1): p. 49.

➤ AÑO 2010

- **Alteraciones de la bioquímica hepática en mujer joven.** XXX Reunión de Servicio de Medicina Interna del Sureste 2010.
- **Cuero cabelludo lipedematoso y alopecia lipedematosa, aportación de dos nuevos casos.** IX Reunión de la Sección Territorial Murciana AEDV.
- **¿Están tratados correctamente nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada en urgencias?.** XXII Congreso Nacional de la SEMES. Pamplona. 16-18 de Junio de 2010.
- **Estudio de casos y controles anidado (Nested Case Control Study) sobre una cohorte con**

enfermedad tromboembólica venosa. En: XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2010; 210 (Espec Congreso): p.385

- **Descripción de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa ingresados en un hospital de área.** En: XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2010; 210 (Espec Congreso): p.384
- **Amiloidosis, 15 casos en un hospital de área.** En: XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2010; 210 (Espec Congreso): p. 242.
- **Seguimiento clínico de una serie de pacientes con arteritis de la temporal.** En: XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2010; 210 (Espec Congreso): p.481.
- **Hipercolesterolemia grave e intolerancia a fármacos.** 12ª Reunión interactiva C.A.P de la Región de Murcia sobre experiencia clínica en HTA. 27 de Noviembre de 2010.
- **Hipertensión arterial de hipopotasemia.** 12ª Reunión interactiva C.A.P de la Región de Murcia sobre experiencia clínica en HTA. 27 de Noviembre de 2010.
- **Parálisis periódica hipopotasémica asociada a tirotoxicosis.** IX Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valencia. I Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.
- **El síndrome antifosfolípido primario en un servicio de Medicina Interna.** IX Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valencia. I Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.

➤ AÑO 2011

- **¿Hay diferencias en la enfermedad tromboembólica venosa entre los pacientes menores y mayores de 50 años?.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p. 431.
- **Enfermedad tromboembólica venosa en un hospital de área.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p.431.
- **Hepatitis alcohólica aguda.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p. 526.
- **Descripción de un grupo de pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) en un servicio de Medicina Interna.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p. 542.
- **Comorbilidades en la EPOC.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p. 531.
- **Características epidemiológicas de las primeras visitas en una consulta externa de Medicina Interna.** En: XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2011; 211 (Espec Congreso): p. 512.

➤ **AÑO 2012**

- **Pacientes con TEP, ¿existen diferencias entre mayores y menores de 50 años?.** En: 45º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) 8-11 Junio 2012.
- **Estudio descriptivo de los pacientes ingresados con tromboembolismo pulmonar. Análisis de 124 casos.** En: 45º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) 8-11 Junio 2012. Madrid.
- **El fenotipo hipertrigliceridemia cintura abdominal es un factor de riesgo de aterosclerosis subclínica en pacientes con infección por el VIH.** En: XVI Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 9-11 Mayo 2012. Bilbao.

➤ **AÑO 2013**

- **Descripción de pacientes ingresados con hepatitis aguda alcohólica en un hospital de área.** Revista Española de Enfermedades Digestivas 2013; 105 (supl I): 169-170
- **Evaluación estancia media y pronóstico en pacientes ingresados por tuberculosis en el Hospital Reina Sofía de Murcia.** En: XVII Congreso Seimc. 29-31 Mayo 2013. Zaragoza.
- **Evaluación del NT-ProBNP como marcador de gravedad y de estancia media prolongada en pacientes ingresados por sepsis.** En: XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI). 21-23 Noviembre 2013. Málaga.
- **Actividad de la hospitalización domiciliaria en un hospital de tercer nivel.** En: XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI). 21-23 Noviembre 2013. Málaga.

➤ **AÑO 2014**

- **Moderadora de sesión de Pósters A (Enfermedad trombembólica venosa).** En: XXXV Congreso Nacional de la SEMI, IV congreso ibérico de Medicina Interna y II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.
- **Análisis descriptivo de una serie de casos de linfocitosis hemofagocítica diagnosticados en un centro de segundo nivel.** EN: XXXV Congreso Nacional de la SEMI, IV congreso ibérico de Medicina Interna y II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.
- **Estudio experimental para evaluar la variación de la función endotelial en infectados por VIH en régimen de biterapia.** En: XXXV Congreso Nacional de la SEMI, IV congreso ibérico de Medicina Interna y II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.

- **Tendencias de hospitalización en medicina Interna 2007-2012.** En: XXXV Congreso Nacional de la SEMI, IV congreso ibérico de Medicina Interna y II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia.
- **Albuminuria como marcador de aterosclerosis precoz en pacientes con infección por VIH.** En: XVIII Congreso SEIMC 2014.
- **El cociente CD4/CD8 bajo es un factor de progresión del grosor de la íntima media carotídea en pacientes con infección por VIH.** En: XVIII Congreso SEIMC 2014.

➤ AÑO 2015

- **Fibrilación auricular: experiencia terapéutica de los NACOS en el servicio de urgencias en pacientes mayores de 75 años.** En: 27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- **Perfil clínico de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en urgencias en el área VII de la Región de Murcia.** En: 27º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

EXPERIENCIA PROFESIONAL DOCENTE

Microangiopatías trombóticas. En: V Curso actualización en Medicina Interna: Calidad científico-técnica y rendimiento de recursos, 2013. 1 hora de docencia.

FORMACIÓN CONTINUADA, CURSOS

- 4º curso sobre enfermedades crónicas. Marzo 2002. 30 horas.
- Curso Aspira de Formación Específica en Patología Respiratoria en su Unidad Didáctica de EPOC. Mayo 2009. 20 horas.
- Protección Radiológica. Junio 2009. 6 horas.
- Metodología de la Investigación y Práctica Basada en la Evidencia. Junio 2009. 23 horas.
- Actualización en riesgo cardiovascular: hipertensión y dislipemias. Junio 2009.
- Actualización en MI: calidad científico técnica y rendimiento de recursos. Enero-Diciembre 2010. 36 horas.
- Reanimación cardiopulmonar y DESA. Enero 2010. 16 horas.
- Gestión de la Calidad. Febrero 2010. 12 horas.
- Claves para el uso racional de antibióticos en la Infección Respiratoria. Marzo 2010. 57 horas.
- Introducción a la Bioética Clínica. Mayo 2010. 12 horas.
- Organización Sanitaria y Gestión Clínica. Junio 2010. 15 horas.
- Introducción a la Ventilación Mecánica no invasiva. Junio 2010.
- II Curso de actualización en Medicina Interna: Calidad científico-técnica y rendimiento de recursos. Diciembre 2010. HGU Reina Sofía de Murcia.
- III Curso de actualización en MI 2011: Calidad científico técnica y rendimiento de

recursos. Enero-Diciembre 2011. 31 horas.

- Fluidoterapia en urgencias. Febrero 2011. 6 horas.
- Toxicología en urgencias. Marzo 2011. 12 horas.
- Prevención de Riesgos Laborales. Marzo 2011. 15 horas.
- Introducción al Proceso de Comunicación Asistencial. Abril 2011. 10 horas.
- Salud Sociedad y Cultura. Mayo 2011. 10 horas.
- IV Curso actualización en Medicina Interna: Calidad científico-técnica y rendimiento de recursos, 2012. HGU Reina Sofía de Murcia. Enero-Diciembre 2012.
- Implementación del Documento de Consenso SEMERGEN – SEA. Enero 2012. 21 horas.
- Paciente Coinfectado. Mayo 2012. 10 horas.
- Soporte vital avanzado. Diciembre 2012. 22 horas.
- Ecografía Clínica Básica (SEMI). Diciembre 2012. 10 horas.
- V Curso actualización en Medicina Interna: Calidad científico-técnica y rendimiento de recursos, 2013. Enero-Diciembre 2013. 34 horas.
- Neuropatía diabética. Noviembre 2014.
- ArtroExcellence: Programa de Formación Médica en Reumatología. Agosto 2014-Agosto 2015.
- Manejo del paciente anciano con infección. semFYC. Marzo 2015.
- Curso integral de anticoncepción. SemFYC. Marzo 2015.
- Terapia antitrombótica: Expert course. Sociedad Española de Trombosis y hemostasia. Mayo 2015.

CONGRESOS, JORNADAS, SIMPOSIOS

- Reunión multidisciplinar. Terapias biológicas. El Palmar (Murcia). Octubre 2009 (3 horas)
- XXX Congreso de la Sociedad de Medicina Interna. Valencia. Noviembre 2009
- IV Reunión Diabetes y Obesidad de la Sociedad de Medicina Interna". Salamanca. Enero 2010.
- Primera Reunión de Cirugía de la Obesidad. HGU Reina Sofía. 21 de Mayo de 2010.
- XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. II Congreso Ibérico de Medicina Interna. VII Congreso de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna. Oviedo. 17-20 de Noviembre de 2010.
- Mesa Redonda: La Medicina Interna y el porvenir de su presente. Salón de Actos de la Real Academia de Medicina. 17 de Junio de 2010.
- I Jornadas de Formación especializada. HGU Reina Sofía de Murcia. 26 de Enero 2011
- I Jornadas de Manejo de Arritmias en Urgencias. HGU Reina Sofía de Murcia. 11 y 12 de Abril 2011
- Sesión interhospitalaria de la Sociedad Murciana de Cardiología. Importancia del síncope en la práctica clínica diaria. HGU Reina Sofía de Murcia. 26 de Marzo de 2011.
- VII Reunión de Riesgo Cardiovascular. Valencia. 5 y 6 de Mayo de 2011.
- IX Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valencia. I Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia. Alicante. 9 y 10 de Junio de 2011.
- Reunión del grupo de Trombosis Cardiovascular de la Sociedad Española de Cardiología. 29 y 30 de Septiembre de 2011. Hospital Morales Meseguer. Murcia.
- XXXII Congreso Nacional de la SEMI y XIV Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina

Interna. Las Palmas de Gran Canaria. 26, 27 y 28 de Octubre de 2011.

- Foro Cardiometabólico. Hotel NH Amistad. 10 de Noviembre de 2011.
- Paciente Coinfectado. Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia. 21-22 Mayo 2012.
- Tercera Jornada "Salud y Viajes". Salón de actos del Centro Superior de Investigación de Salud Pública de Valencia. 25 Junio 2012. Valencia.
- 11th Congress of the European Federation of Internal Medicine (EFIM) and the XXXIII National Congress of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI). 24-27th October, 2012. Madrid.
- V Reunión GEAS. 22-23 Noviembre, 2012. Vigo.
- XXI Jornadas Murcianas sobre Hipertensión Arterial. XIV Reunión de la Región de Murcia sobre experiencia clínica en HTA y Riesgo Cardiovascular. 29-30 Noviembre y 1 Diciembre de 2012. Murcia.
- XVII Congreso SEIMC 2013. Zaragoza. Mayo 2013.
- II Jornadas de actualización VIH, VHB, VHC y ETS. HGU Reina Sofía. Murcia. Enero 2014.
- XXXV Congreso Nacional de la SEMI. IV Congreso Ibérico de Medicina Interna. II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia. Noviembre 2014.

ASOCIACIONES PROFESIONALES

Sociedad Española de Medicina Interna.

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Comisión de Historias Clínicas del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia (año 2013)

IDIOMAS

Inglés: Nivel Medio

OTROS DATOS

Informática: Entorno Windows, Entorno Macintosh, Paquete Office, Photoshop, Internet, Correo electrónico.

Conocimientos básicos de SPSS

Título de Mecanografía por la escuela Ares-Infer.

Título en Grado Elemental en Piano. Conservatorio Superior de Música de Murcia

Carnet de conducir B. Vehículo propio. Posibilidad de desplazamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499
2. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado, nº243 (11-10-1994). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-22255
3. Ley Orgánica 1/1998, de 15 de Junio, de reforma de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de Junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado nº 143 (16-06-1998). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-14061>
4. Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 312 (29-12-2001). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24858>
5. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27 (1-02-1982). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2574
6. Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado, nº 126 (26-05-1990). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-11733
7. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 103 (7-05-2009). Disponible en: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/154279-7092.pdf>
8. Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia y se adecua la orden del 17 de julio de 2014 de la Consejería de Sanidad y Política

- Social, por la que se actualiza y aprueba la clasificación y relación de las zonas farmacéuticas de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 119 (26-05-2015). Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=731302>
9. Murciasalud. Hospitales de Referencia de las áreas y zonas básicas de salud de la Región de Murcia [Consultado 17 Diciembre 2016] Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/154600-AS_ZBS.pdf
 10. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29/05/2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
 11. CREM: Población a 1 de enero según municipios y sexo [Consultado el 17 de Diciembre de 2016] Disponible en: http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PM_padron/cifof11/sec1_c1.html
 12. CREM: Evolución de la población protegida sanitariamente según sistema de protección. [Consultado el 17 de Diciembre de 2016] Disponible en: <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU262/sec2.html>
 13. CREM: Atención Especializada. Evolución de la dotación en los establecimientos sanitarios según dependencia. [Consultado el 17 de Diciembre de 2016] Disponible en: <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU261/sec6.html>
 14. INE: Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales). [Consultado 18 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p05/a2015/10/&file=00000001.px>
 15. CREM: Personal [Consultado 17 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU260/Indice1.html>
 16. Murciasalud. Área de Salud IV (Noroeste) [Consultado 12 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=4&idsec=2574

17. Murciasalud. Gerencia de Área IV (Noroeste). Organigrama. [Consultado 12 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7877&idsec=46>
18. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de la plantilla del Servicio Murciano de Salud. Boletín Oficial de la Región de Murcia. nº 291 (17-12-2008). Disponible en: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/140969-16722.pdf>
19. Murciasalud. Hospital Comarcal de Noroeste: Datos generales del centro. [Consultado 12 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7819&idsec=981>
20. Murciasalud. Gerencia de Urgencias y Emergencias sanitarias (061). [Consultado 20 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=172931&idsec=895>
21. Gerencia de Urgencias y Emergencias. Región de Murcia. [Consultado 20 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.serviciomurcianodesalud.es/061murcia>
22. Portal de la Junta de Andalucía. Plan funcional de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias. [Consultado el 7 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/32001.html>
23. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2010. [Consultado el 12 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
24. Tobar E. Retamal A. Garrido C. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. Rev Hosp Clin Univ Chile 2014; 25: 189-200.
25. “To Err is Human: Building a safer health system”. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Source Washington (DC): National Academies Press

- (US); 2000. [Consultado el 10 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
26. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the impatient setting. *Med Clin N Am* 2002; 86: 847-67.
 27. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Consultado el 12 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
 28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Consultado el 12 de Enero de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm
 29. Council of Europe: Committee of Ministers. Recommendation Rec (2006) of the Committee of Ministers to member states on research of biological materials of human origin. [Consultado el 11 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec_2006_4.pdf
 30. National Quality Forum: Patient Safety. [Consultado el 11 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/topics/safety_pages/patient_safety.aspx
 31. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Mar 2006; 32(3): 167-175.
 32. Hospital Virgen de los Lirios. Servicio de Urgencias. [Consultado el 30 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.dep15.san.gva.es/cas/hospital/urgencias.htm>
 33. Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás MR, López-Andújar Aguiriano L, Mariné Blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias hospitalarios. Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (SEMES). Madrid. Grupo Saned. 2009. Disponible en: http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/3_Manual_SEMES_2009.pdf

