



Presentado por: Luis Antonio Brito Drullard

Asesorado por: Julián Vitaller

**Ciudad: Murcia
Fecha: 09/2/2017**

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

Trabajo Fin de Máster

**PROPUESTA DE MEMORIA PARA LA JEFATURA DE LA
UNIDAD DE URGENCIA HOSPITALARIA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ**

ÍNDICE:

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

- Análisis Externo
- Análisis Interno
- Recursos estructurales
- Actividad asistencial en los últimos 5 años en el Hospital Rafael Méndez
- Estructura funcional Distribución y Organización de la Unidad
- Recursos Humanos y Funciones
- Recursos Materiales
- Cartera de Servicios
- Análisis de los datos de funcionamiento general de la unidad en los últimos 5 años
- Previsión de la demanda
- Análisis Estratégico. Matriz DAFO/CAME

PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA

- Mapa de procesos de la unidad de urgencia
- Calidad y seguridad del paciente
- Atención Centrada en el paciente
- Guías clínicas y rutas asistenciales
- Gestión de conocimiento e innovación
- Docencia y formación continuada
- Actividad investigadora. Lineas de investigación
- Premisas de planificación
- Perspectivas
- Líneas Estratégicas y Factores Clave de Éxito
- Objetivos asistenciales
- Objetivos financieros.
- Objetivos de Sostenibilidad.
- Mapa estratégico: Tablero balanceado de control
- Iniciativa estratégica. Planes de acción de la unidad
- Mapa de proceso: Tablero Balanceado de Control.
- Sistema de Monitorización. Plan de Gestión Estratégica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PERFIL PROFESIONAL DEL CANDIDATO

Tipo de documento

Memoria de un Servicio o Unidad Sanitaria.

Elaborado por

Luis Antonio Brito Drullard

Asesorado por

Julián Vitaller

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

La presente memoria gerencial de concurrencia a la jefatura de un servicio o unidad, es un documento administrativo que contiene de forma ordenada y sistemática las informaciones sobre antecedentes históricos, marco jurídico, organizaciones, funciones y atribuciones del jefe del servicio de urgencias.

Mi propósito con la elaboración de este documento, es dar a conocer a través de este informe cuales son las actividades asistenciales, docentes, administrativas y de investigación que se desempeñan en el servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, con base en la filosofía, objetivos, políticas y estrategias de análisis correspondientes al puesto de jefe se servicio, así como dar a conocer mis propuestas para mejorar la actividad asistencial, aprovechar los recursos y el desempeño en el servicio.

MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA

Modelo sanitario: Sistema Nacional De Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS), está inspirado en el modelo Beveridge y regulado por la Ley 14/86 General de Sanidad, promulgada en 1986 que transformó el sistema de Seguridad Social en el sistema nacional de salud, con lo cual se ofrece asistencia sanitaria universal a toda la población. La financiación del SNS es llevada a cabo a través de impuestos generales cuya regulación se transfiere a las comunidades autónomas, estableciéndose como criterio de reparto territorial el de la población protegida. Sin embargo, según el informe “Panorama de la Salud 2009” publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), en España se destina únicamente un 8,5% del PIB a su inversión en materia de salud, porcentaje inferior al 8,9% que alcanza la media de los países miembros de la OCDE. Además, dado que las Comunidades Autónomas utilizan libremente los fondos destinados a salud, la brecha existente en la calidad de servicios ofrecidos de una comunidad a otra, va en aumento, manifestando la necesidad no solo de incrementar la inversión en materia sanitaria, sino de garantizar el mejor aprovechamiento de los recursos, reducir las largas listas de espera y hacer frente a la presión social que exige un mayor número de servicios que cumplan con los estándares de calidad requeridos a nivel nacional y mundial. Estos retos deben ser afrontados y superados a corto plazo para no empeorar la crisis de credibilidad y de recursos que enfrenta el sector salud actualmente.

Servicio Murciano de Salud: SMS

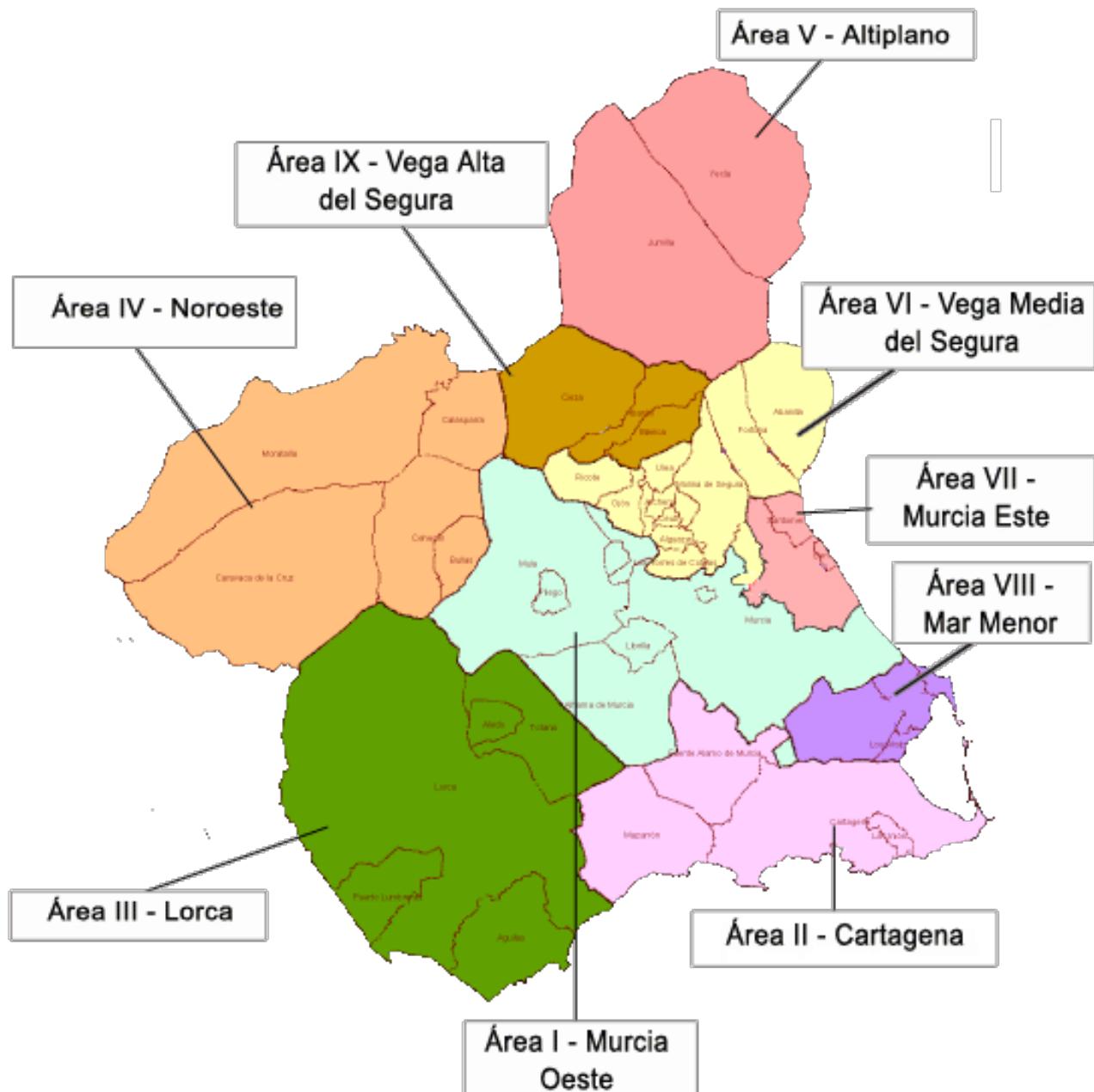
El Servicio Murciano de Salud (SMS), se empieza a fraguar en el marco de los decretos 62/1986, del 18 de julio (BORM núm. 199, de 10 de agosto)¹ y 27/1987, de 7 de mayo, (BORM núm. 126 de 3 de junio)², delimitando en 6 áreas de salud con la especificación de las zonas de salud y la población comprendida, así como del hospital de referencia de cada área. Siendo su origen formal con la creación con la Ley 2/1990, de 5 de abril, (BORM núm. 96, de 27 de abril)³, Ley de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, en la que se establece la organización de los servicios de salud existentes, atribuyéndose a la consejería de sanidad la competencia para fijar las demarcaciones territoriales, sanitarias y zonas de salud. Derogada esta ley por Ley 4/1994, de 26 de julio, (BORM núm. 76, de 4 de agosto)⁴, donde se establece que el mapa sanitario se ordenará en demarcaciones territoriales denominadas áreas y zonas Básicas de Salud, atribuyendo asimismo a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales su aprobación y revisión del mismo.

Por Orden del 24 de abril de 2009 (BORM núm. 103 de 7 de mayo)⁵, de la Consejería de Sanidad y Consumo, se procedió a modificar las áreas de salud, introduciendo una nueva organización territorial con el aumento del número de áreas de salud, de 6 a 9 áreas de Salud, vigente hasta la actualidad.

Desde el punto de vista organizativo, la administración sanitaria de la región de Murcia está basada en un modelo de gestión por objetivos, descentralizado. Las áreas de salud se reservan las funciones de salud pública, previéndose el nombramiento de un Delegado de Salud Pública y Consumo para la coordinación de los dispositivos de la administración sanitaria en el área de salud, y al Servicio Murciano de Salud, la organización de la asistencia sanitaria en este ámbito territorial.

Las 9 áreas de salud que componen el Servicio Murciano de Salud (SMS) son⁶:

- Gerencia del Área de salud I (Murcia/Oeste)
- Gerencia del Área de salud II (Cartagena)
- Gerencia del Área de salud III (Lorca)
- Gerencia del Área de salud IV (Noroeste)
- Gerencia del Área de salud V (Altiplano)
- Gerencia del Área de salud VI (Vega Media Del Segura)
- Gerencia del Área de salud VII (Murcia/Este)
- Gerencia del Área de salud VIII (Mar Menor)
- Gerencia del Área de salud IX (Vega Alta Del Segura)



ANÁLISIS ESTRATÉGICO



ANALISIS EXTERNO

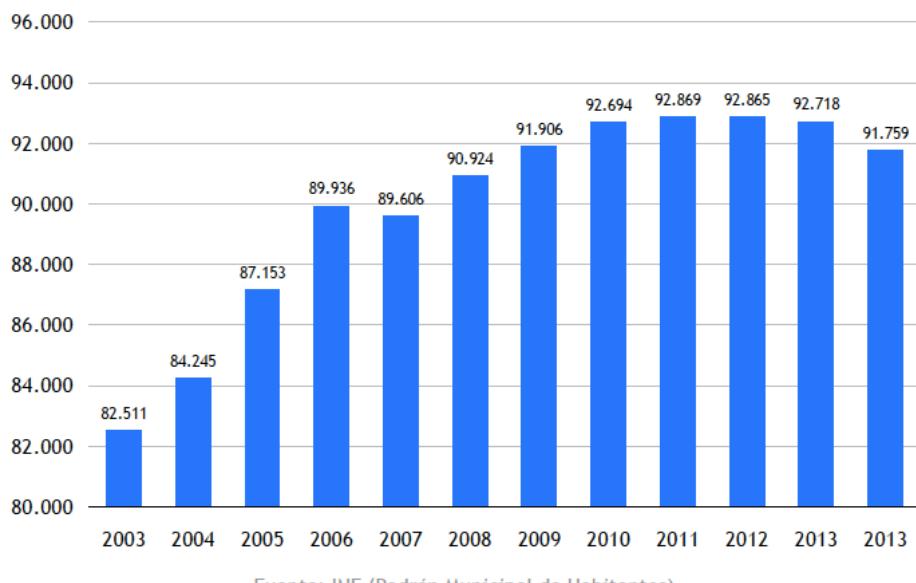
Factores Sociales y demográficos:

Lorca es un municipio ubicado en el suroeste de la península ibérica (Región de Murcia). Forma junto a los municipios de Aledo, Alhama de Murcia, Librilla, Mazarrón, Puerto Lumbreras y Totana, la comarca del valle de Guadalentín. Sus más de 1,675 Kilómetros cuadrados le sitúa en el municipio mas grande de la Región de Murcia y el segundo mas grande de España, detrás de Cáceres.

En los últimos diez años Lorca ha experimentado un crecimiento poblacional sensiblemente inferior al registrado por el resto de municipios de la comarca del Valle del Guadalentín y la Región de Murcia. Tras Murcia y Cartagena, se sitúa como el tercer municipio regional con mayor población, siendo su distribución centrada en la ciudad, (64,05% de la población).

La pirámide poblacional de Lorca indica una estructura poblacional relativamente joven, muy similar a la regional, en la que destaca el elevado peso de la población masculina de edad adulta, sobretodo en las cohortes de entre 30 y 40 años.⁷

● Evolución de la población. Lorca. 2003-2014.

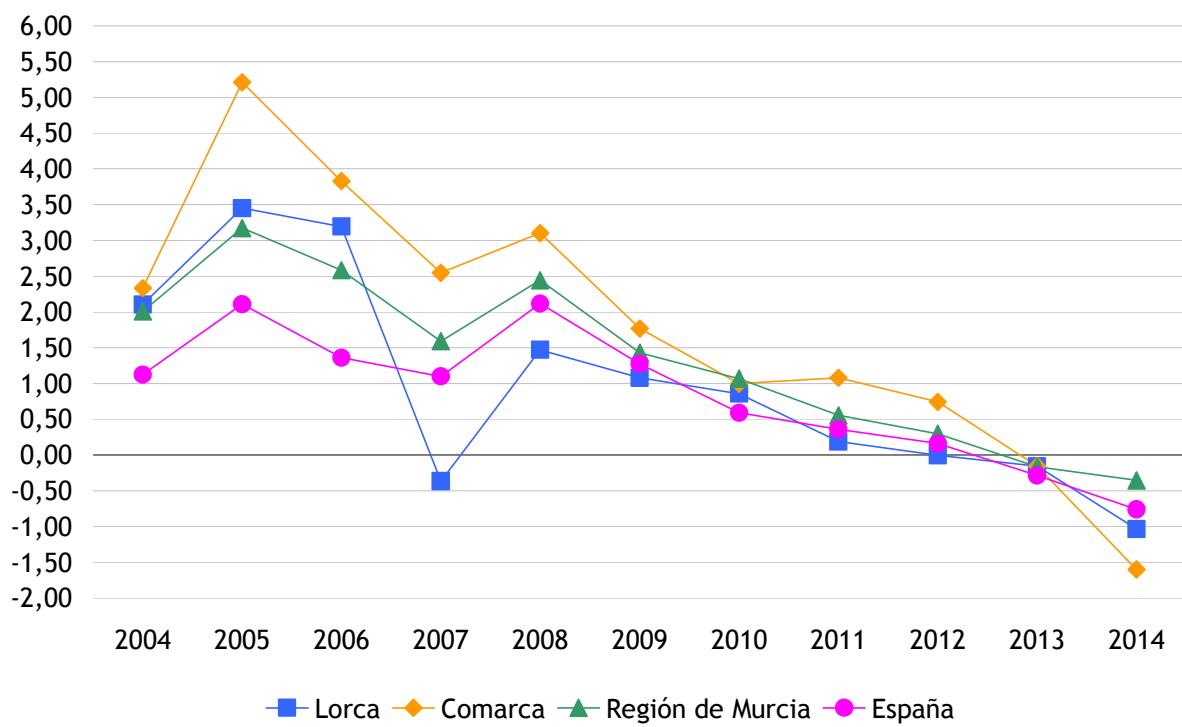


Fuente: INE (Padrón Municipal de Habitantes)

El acelerado crecimiento poblacional experimentado durante varios años ha dado paso a un nuevo escenario donde la cifra de población ha ido paulatinamente estabilizándose, hasta el punto de registrar en la última revisión del padrón municipal de habitantes un retroceso tanto a nivel municipal, como comarcal, regional y nacional. Este hecho contrasta con las tasas de crecimiento superiores al 5% experimentadas por la comarca del Valle del Guadalentín a mediados de la década 2000-2010, donde el municipio de Lorca llegó a registrar crecimientos superiores al 3% anual.⁷

La Región de Murcia ha sido un territorio donde el crecimiento poblacional ha sido más acentuado que en el resto de España en este reciente boom demográfico. Y dentro de la Región de Murcia, tanto Lorca como el resto de municipios comarcales han destacado por encima de la media regional en este sentido.⁷

- Evolución de la tasa de variación de la población. Lorca, comarca, Región de Murcia y España. 2004-2014.



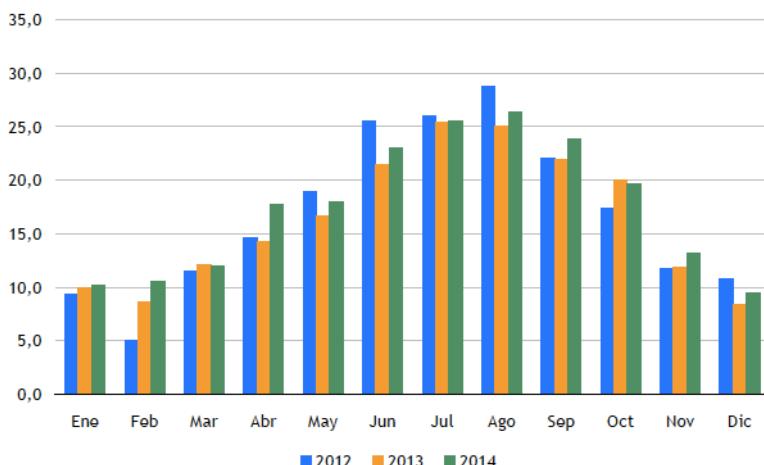
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (Padrón Municipal de Habitantes)

Factores Ambientales y Ecológicos:

Lorca goza de un clima cálido en general y semiárido, propio del sureste mediterráneo. Este se caracteriza por ser templado y seco, con inviernos suaves y veranos calurosos. La sequedad del clima se debe en gran medida a la influencia de grandes sistemas montañosos cercanos, que actúan como pantalla para los frentes de lluvia. Su temperatura media anual suele oscilar entre los 15 y los 18 grados centígrados. Existen algunas diferencias entre las zonas ubicadas en el norte del municipio, a mayor altitud, y el resto del municipio, registrando las primeras por regla general temperaturas ligeramente más bajas.

En los meses de junio a septiembre es cuando se registran las temperaturas medias más altas, que suelen oscilar en torno a los 25 grados de media en los meses más cálidos. Los inviernos no dejan temperaturas excesivamente bajas, por lo que las diferencias térmicas entre las distintas épocas del año suelen moverse en una horquilla de 17-18 grados.⁷

● Evolución mensual de la temperatura media mensual (°C). Lorca. 2012-2014.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CREM.

La calidad del aire en Lorca se podría considerar, en términos generales, como “admisible”. Si se observa la trayectoria seguida en los últimos años, se puede apreciar como los días calificados con “buena calidad” cada vez son menos numerosos.

Si se analiza la calidad del aire en los distintos meses, se puede comprobar como los meses más fríos son los que suelen gozar de una mayor calidad del aire, siendo los más calurosos los que peor calidad registran.⁷

En el municipio de Lorca predominan las zonas forestales y las zonas agrícolas, 167.521 hectáreas, de las cuales el 43,4% están destinadas a tierras de cultivo, el 42,7% a superficie forestal, el 6,8% a prados y pastizales y el restante 7,2% a otro tipo de superficies (entre las que se encuentran las superficies artificiales urbanizadas y construidas). Si comparamos estas cifras con las del resto de la comarca del Valle del Guadalentín y la Región de Murcia, se puede observar como en Lorca destaca el elevado porcentaje de superficie que aglutinan los terrenos forestales.⁷

En los últimos años se ha registrado un aumento de los incendios forestales dentro del término municipal de Lorca. Las principales causas que los provocan suelen ser negligencias y causas accidentales, aunque en ocasiones son intencionados o se desconoce su causa.⁷

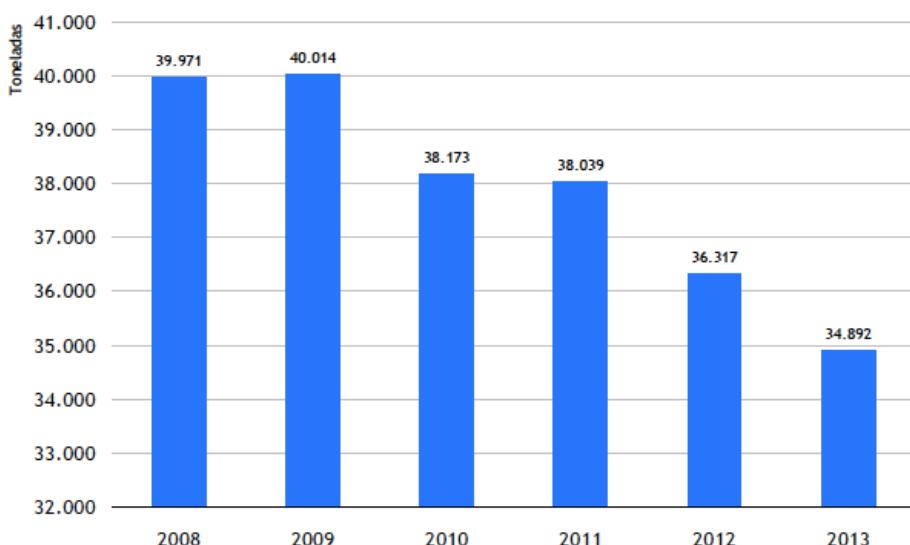
● Evolución de del número de incendios forestales, por causa. Lorca. 2005-2011.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Rayo	2	1	0	1	1	0	0
Negligencias y causas accidentales	8	5	2	8	8	9	3
Intencionados	4	3	4	1	0	5	0
Causa desconocida	2	0	3	5	1	3	4
Incendio reproducido	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	16	9	10	15	10	17	7

Fuente: Dirección General de Medio Ambiente. Datos obtenidos del CREM.

Respecto al manejo de los residuos, en Lorca ha descendido en los últimos años, situándose en 2013 en 34.982 toneladas, una cifra un 12,71% inferior a la registrada en el año 2008. Si se analizan los tipos de residuos, se puede apreciar como los residuos sólidos urbanos son, con un 90,2% del total, los más numerosos, seguidos del papel, cartón y del vidrio.⁷

● Evolución de los residuos urbanos recogidos (toneladas). Lorca. 2008-2013.

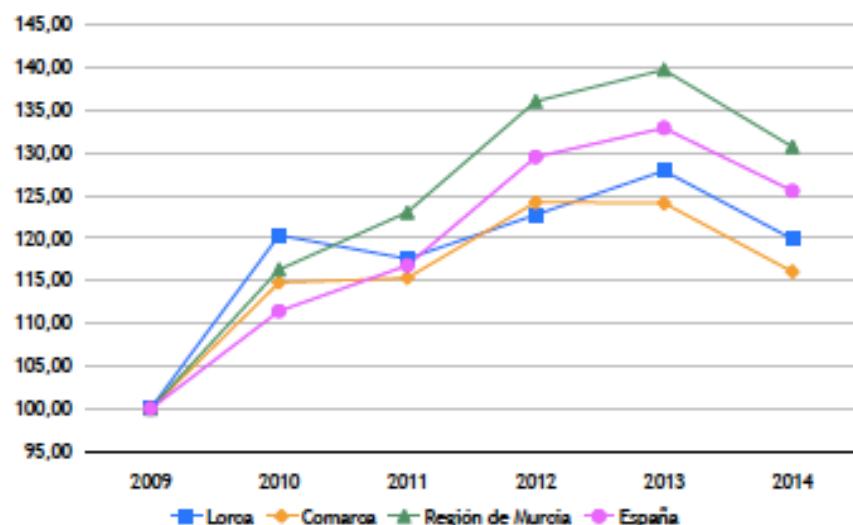


Fuente: elaboración propia a partir de datos de LIMUSA

Factores económicos:

En la comunidad de Lorca se puede apreciar, al igual que en el resto de España, un crecimiento en la cifra de parados, mayoritariamente en el sector servicios. Sin embargo, el sector que ha experimentado un mayor crecimiento en su cifra de desempleados en términos relativos ha sido el sector agrario, con un incremento del 81,65%. Industria y construcción, por su parte, han visto decrecer su número de parados en los últimos años. Llama la atención la evolución tan diferente que ha tenido el paro registrado en hombres y mujeres. Mientras que el número de mujeres paradas se ha incrementado de manera gradual en los últimos años, creciendo en 1.354 con respecto a 2009, el número de hombres parados ha disminuido en 134 en este periodo, y se sitúa en valores por debajo del año 2009 (En 2009 el 57% de las personas desempleadas en Lorca eran hombres, mientras que en 2013 esa cifra se sitúa en un 45,8%).

● Evolución del paro registrado. Lorca, comarca, Región de Murcia y España. Números índice (base=2009). 2009-2014.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SEPE

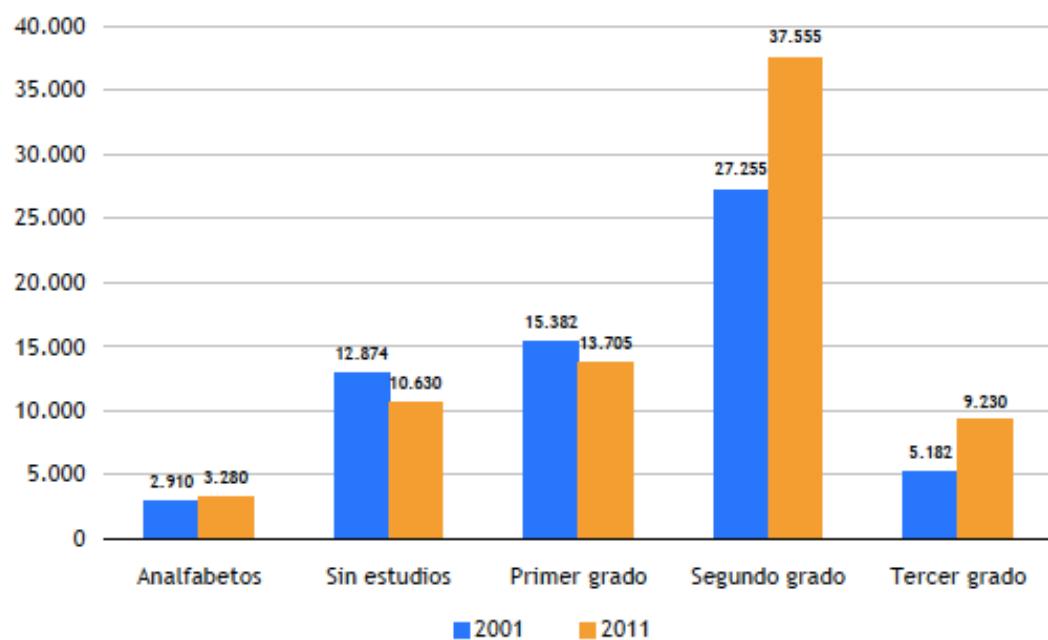
Si se analiza el paro registrado por tramos de edad en Lorca, se puede observar como los trabajadores de mayor edad han sido los más afectados en los últimos años por la destrucción de empleo.

En cuanto a las actividades económicas, el Ayuntamiento de Lorca presenta en los últimos años una tendencia al alza, situándose en el año 2013 en 10.437 actividades, un 6,6% más que en 2009. Este crecimiento se ha concentrado en las actividades económicas exentas de pago.⁷

Educación/Formación:

En cuanto al nivel educativo de la población “lorquina”, ha crecido en los últimos años, según los resultados ofrecidos por el Censo de Población y Viviendas. El número de personas con estudios de segundo y tercer grado ha aumentado ostensiblemente desde 2011. Por su parte, la población sin estudios o con estudios de primer grado ha decrecido.

● Evolución de la población según nivel de estudios. Lorca. 2001 y 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Viviendas

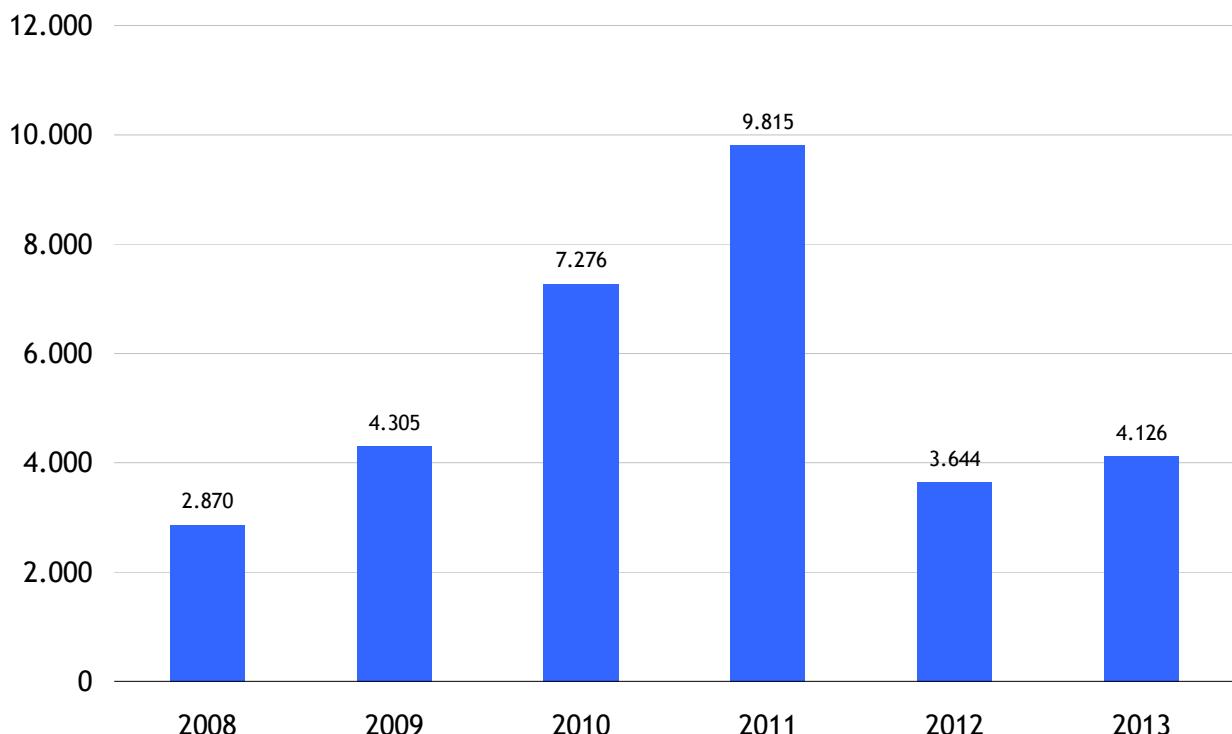
Analizando la especialidad formativa de aquellas personas residentes en Lorca con estudios universitarios o de formación profesional completados, se puede apreciar como existe una importante cifra de titulados en la rama de Derecho y Ciencias Sociales (22,3%). Los titulados en arquitectura, construcción, formación técnica e industrias también tienen un papel importante (20,7%), así como los de la rama de salud y servicios sociales (19,5%).

Recursos Sociales y Comunitarios de la zona:

En los últimos años se ha incrementado el número de Unidades de Trabajo Social en funcionamiento en el municipio de Lorca, siendo un total de 11 en la actualidad. Llama la atención la elevada cifra de 2011, donde se pusieron en marcha 6 mas gracias a la entrada en vigor del Plan Especial de Empleo tras los terremotos.

El número de usuarios atendidos en Unidades de Trabajo Social en Lorca ha seguido una trayectoria irregular en los últimos años, donde destaca la elevada cifra registrada en 2011, con 9.815 usuarios. En el año 2013 fueron 4.126 los usuarios atendidos en estos servicios.⁷

- Evolución del número de usuarios atendidos en Unidades de Trabajo Social. Lorca. 2008-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Lorca. Servicios Sociales.

El número de asociaciones registradas por cada 1.000 habitantes se sitúa en Lorca en 8 actualmente. Esta cifra es inferior a la registrada a nivel comarcal y regional, con 8,4 y 8,5 asociaciones por cada 1.000 habitantes respectivamente. Las asociaciones juveniles y de vecinos son las más numerosas (84 y 83 respectivamente), seguidas de las AMPAS (61), las asociaciones culturales (60) y las asociaciones de mujeres (58). Entre estos cinco tipos de asociaciones, aglutinan cerca del 50% del total.

Las asociaciones registradas en Lorca trabajan en un total de 47 ámbitos diferentes como se muestra en la tabla siguiente:

- **Número de centros sociales según ubicación (ciudad y pedanías). Lorca. 2014.**

Aula de reuniones	1	Pista de baloncesto	1
Campo de fútbol	17	Pista de entrenamiento	1
Campo de fútbol 7	7	Pista de monopatín	1
Círculo de cross	2	Pista de petanca	16
Círculo deportivo	1	Pista de tamaño reducido	12
Estadio de fútbol	1	Pista de tenis	7
Frontón	1	Pista de voleibol	2
Gimnasio	8	Pista polideportiva	50
Golf	0	Pista polideportiva múltiple	11
Jacuzzi	4	Pista transversal	6
Masaje deportivo	4	Rocódromo	1
Módulos escolares	4	Sala de judo	1
Pabellón polivalente	2	Sala de musculación	2
Piscina de chapoteo	2	Sala de tenis de mesa	1
Piscina de competición	2	Sauna	5
Piscina de enseñanza	6	Squash	4
Piscina polivalente	1	Velódromo	1
Pista central	3	Vestuario	43
Pista de atletismo	1	TOTAL	232

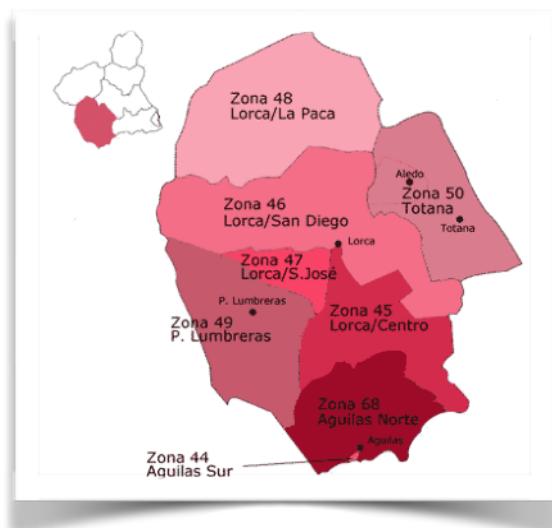
Fuente: Ayuntamiento de Lorca. Servicio de Patrimonio.

El presupuesto destinado a participación ciudadana por el Ayuntamiento de Lorca ha tenido una evolución ascendente en los últimos años, situándose para 2014 en 89.000 euros. Esta cifra es un 278% mayor a la registrada en 2013, cuando fueron 23.500 euros los destinados a tal fin.⁷

RECURSOS SANITARIOS Y ESTRUCTURALES DE LA ZONA.

Área III de salud

El área III cuenta con 11 zonas básicas de salud y 36 centro de salud (Ver tabla siguiente). Su hospital de referencia es el Hospital General Universitario Rafael Méndez (HGURM).⁸



Centro de salud y Consultorios del Área III

<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud Águilas Norte • Centro de Salud Águilas Sur • Centro de Salud La Paca • Centro de Salud Lorca Centro • Centro de Salud Lorca San Diego • Centro de Salud Lorca Sur • Centro de Salud Puerto Lumbreras • Centro de Salud Totana • Consultorio Aguaderas • Consultorio Aledo • Consultorio Almendricos • Consultorio Avilés 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio Barrio del Francés • Consultorio Calabardina • Consultorio Campillo • Consultorio Campo López • Consultorio Cazalla • Consultorio Consejero • Consultorio Coy • Consultorio Doña Inés • Consultorio El Esparragal (Puerto Lumbreras) • Consultorio La Campana / Pozo Higuera • Consultorio La Escucha • Consultorio La Hoya 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio La Torrecilla • Consultorio Las Terreras • Consultorio Los Arejos • Consultorio Marchena • Consultorio Paretón • Consultorio Puente La Pía • Consultorio Purias • Consultorio Ramonete • Consultorio Tercia • Consultorio Tova-La Parroquia • Consultorio Zarcilla de Ramos • Consultorio Zarzadilla de Totana
--	--	---

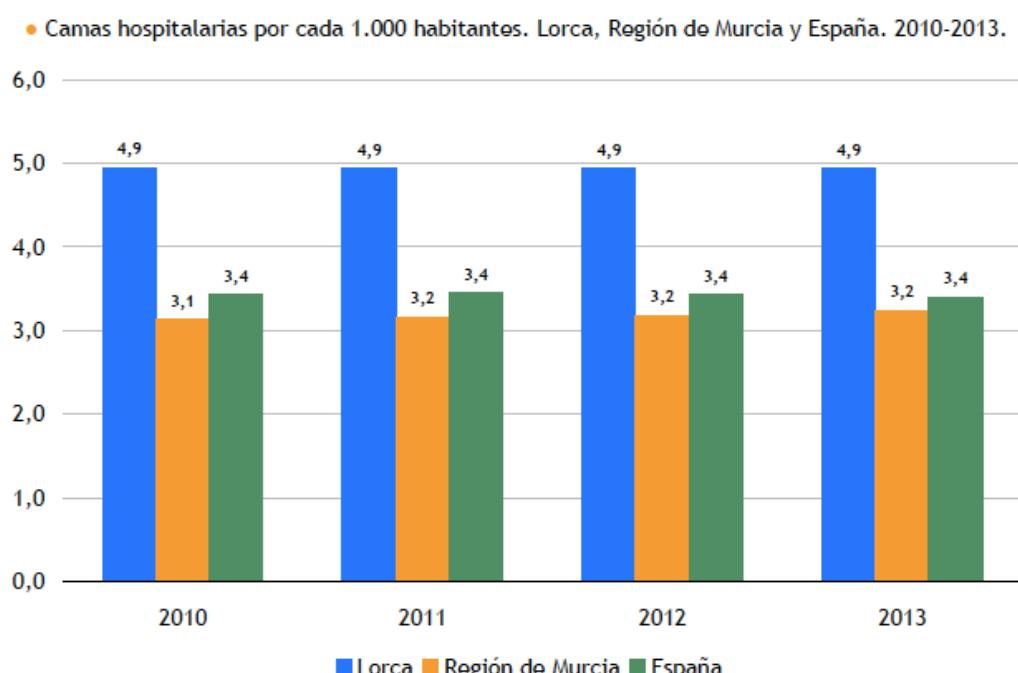
Zonas Básicas de salud del Área III

<ul style="list-style-type: none"> • Águilas/Norte • Águilas/Sur • Lorca/Centro • Lorca/La Paca • Lorca /san Cristóbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorca/San Diego • Lorca/San José • Lorca/Sutullena • Puerto Lumbreras • Totana/Norte • Totana/Sur
---	--

De la cantidad de centros de Atención Primaria (AP) existentes en Lorca, se puede apreciar como el 86,7% de ellos son consultorios, correspondiendo el restante 13,3% a Centros de Salud. Si se comparan estas cifras con las comarcas y regionales, se observa como el número de Consultorios es realmente elevado en Lorca, estando el número de Centros de Salud por cada 100.000 habitantes (4,4) por debajo de estos dos territorios (5,7 en ambos casos).

El numero de médicos de familia correspondiente en Lorca por cada 10.000 habitantes es de 7, cifra que se sitúa levemente por debajo de la regional (7,1 médico /10,000habitantes). En cuanto a los pediatras existen 10,1 pediatras por cada 10.000 niños, cifra que también es inferior a la de la región (10,4 por cada 10.000 habitantes).

En lo que respecta al número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, Lorca presenta una cifra superior a la regional y nacional. Así, mientras que en el año 2013 existían 4,9 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes en Lorca, en la Región de Murcia este valor se situaba en 3,2, siendo en el conjunto de España de 3,4, como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo de Hospitales.

El número de farmacias por cada 10.000 habitantes permanece prácticamente inalterable en los últimos años en Lorca, 3,9 farmacias por cada 10.000 habitantes, cifra superior a la registrada a nivel comarcal (3,4) y regional (3,8)⁷

Hospital General Universitario Rafael Méndez (HGURM).

El Hospital Rafael Méndez de Lorca, inaugurado en 1990, es un hospital público perteneciente a la red de hospitales del Servicio Murciano de Salud, está ubicado en las afueras de la ciudad de Lorca a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo. En la actualidad cuenta con 283 camas funcionales, proporcionando asistencia sanitaria a mas de 172.630 habitantes de las siguientes zonas básicas de salud:

- Zona 45: Lorca/centro
- Zona 46: Lorca/San Diego
- Zona 47: Lorca/ San José
- Zona 48: Lorca/La Paca
- Zona 49: Puerto Lumbreras
- Zona 50: Totana
- Zona 68: Águilas Norte

El número de trabajadores del hospital asciende a los 987, de los cuales 174 son personal facultativo, 513 no facultativo, 9 directivos y 291 personal no sanitario.

El Rafael Méndez, dispone de 6 quirófanos, 2 paritorios, 38 consultas locales, 13 puestos de hemodiálisis, 3 puestos de hospital de día médico, 6 puestos de hospital de día quirúrgico, 12 ecógrafos, 1 TAC, 1 mamógrafo, 6 salas convencional de RX, 2 telemandos de Rx, y 1 arco multifuncional RX.⁹

Además del hospital, se cuenta con un centro de especialidades, ubicado en el centro urbano de Lorca, en el antiguo hospital Santa Rosa de Lima y del Hospital de cuidados medios Virgen del Alcázar dotado de 171 camas.

El Hospital Rafael Méndez, está acreditado por el Ministerio de Educación como centro docente para la formación de personal sanitario, tanto médico como de enfermería.

En febrero de 2010 el hospital recibió la acreditación de Hospital General Universitario como consecuencia de la apertura del Campus Universitario de Lorca y en 2015 recibió la acreditación otorgada como centro comprometido con la excelencia en cuidados, una certificación que hasta ese momento solo ostentan ocho instituciones en el ámbito nacional.

ANÁLISIS INTERNO.

ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD.

Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez (SURM).

El servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, es una unidad de profesionales sanitarios creada al inicio de los años 90 con el objetivo de brindar a la población de la zona la atención a las patologías de urgencia y emergentes. Cumple con los requisitos estructurales, organizativos y funcionales establecidos por la comunidad para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia, brindando una asistencia sanitaria las 24 horas del día todos los días del año.

El SURM mantiene relaciones amplias y coordinadas con los servicios de cuidados intensivos, atención primaria y los servicios de Urgencia-Emergencia extrahospitalarios (protección civil, Packs, SUAP, UME....) compartiendo protocolos comunes, planes de trabajo y líneas estratégicas.

RECURSOS ESTRUCTURALES.

Desde su inauguración en los años 90, la unidad se ha ido adaptando a los nuevos tiempos, actualmente está organizada de la siguiente forma:

Organización de la unidad	
<ul style="list-style-type: none">• Triaje (Box 2)• Área de DUE/triage y ECG (Box 1 y 3)• Boxes asistenciales/exploración Médica (Boxes: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13)• Box de Pediatría (Box 10)• Box de Ginecología: (Box 13)• Control de Enfermería• Sala de yeso /Box de Traumatología.• Box de Aislamiento (Box 0)• Área Quirúrgica• Sala de tratamiento y Aerosolterapia• Sala de Camillas	<ul style="list-style-type: none">• Sala de Cuidados Intermedios: 10 Muebles• Sala de cura• Sala de Observación /Almacén de Observación: 13 camas, ampliable a 20• Sala de reanimación• Estar de Personal (Médico y Enfermera)• Almacén/Farmacia.• Despacho Médico• Despacho Supervisora de Enfermerai

ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL RAFEL MÉNDEZ

Indicadores de recursos hospitalarios del área de hospitalización.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016-Oct
Total de ingresos	10515	11527	11510	11185	11500	9614
Ingresos no programados	8216	9263	9147	8894	9279	7875
Ingresos programados	2299	2264	2363	2291	2221	1739
Presión urgencias						
Estancia media						
Media de camas	283	283	264,5	262,333	270,75	211,25
Índice de ocupación						
Índice de rotación						
Total de altas	10530	11529	11480	11227	11461	9667
Exitus	308	322	296	293	293	316
Tasa de mortalidad						

Indicadores de recursos hospitalarios del área de quirúrgica.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016-Oct
IQ totales	3303	3469	3552	3339	3186	2292
IQ programadas	1820	2106	2170	2031	1984	1346
IQ urgentes	1483	1363	1382	1308	1202	946
Programaciones suspendidas						
Programaciones canceladas						
Pacientes en lista de espera						
Tiempo medio de espera IQ (días)						

IQ: intervenciones quirúrgicas

Indicadores de recursos hospitalarios del área de ginecología.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016-Oct
Partos totales	1560	1688	1607	1659	1643	1203
Cesáreas	517	461	422	438	415	293
Vaginales	1043	1227	1185	1221	1228	910
Tasa de cesareas	33,14%	27,31%	26,26%	26,40%	25,26%	24,36%
Urgencias totales						
Urgencias ingresadas						

Indicadores de recursos hospitalario del área de urgencia.

VALORES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cama funciónante	3396	3396	3174	3148	3249	2535
Estancia	65516	69236	65585	64585	68421	55523
Altas	10530	11529	11480	11227	11462	9667

ESTRUCTURA FUNCIONAL. DISTRIBUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD.

El servicio acoge a todas las personas que acudan al hospital solicitando asistencia médica emergente o urgente por iniciativa propia, derivados por otros profesionales sanitarios, derivados desde nuestros centros adscritos a la zona (Consulta hospitalaria, Consulta de atención primaria y Hospital de cuidados medios) o derivados a través del sistema de emergencia y urgencia extrahospitalaria (061).

La asistencia al paciente en el servicio de urgencias del Rafael Méndez, comienza en el momento en que éste llega a nuestra unidad, implicándose en estas tareas los diferentes profesionales del servicio, y en su caso, y bajo la supervisión de los médicos de la plantilla, por los médicos internos residentes (MIR). Esta circunstancia hace que la actividad en nuestro servicio de urgencia sea asistencial y docente. Los médicos de la plantilla tienen el objetivo de garantizar la calidad asistencial en la unidad, el uso razonable y adecuado de los recursos, así como la docencia de los Médicos internos residentes que cursan su formación en esta unidad de urgencia.

1. Recepción/Admisión de Urgencia: La recepción y admisión son las dos primeras áreas de contacto del paciente a su llegada a nuestra unidad. A la llegada del paciente o las unidades de ambulancia, nuestros celadores ubicados en la zona de recepción se ocuparán de su orientación hacia la zona de admisión, información para el paciente (usuarios), transbordo y su posterior traslado hacia la zona de clasificación, mantenimiento del orden en la zona y notificación al equipo asistencial en la zona de clasificación.

La admisión corre a cargo del personal administrativo, ubicados en la puerta principal de acceso al servicio de urgencia. Las funciones de estas áreas son:

- Registro del paciente que solicite atención urgente
- Información sobre localización de pacientes a los familiares que lo soliciten
- Gestión de parte juzgados, consulta de alta resolución, parte de lesionado, entrega de formulario de reclamaciones o agradecimiento al paciente o usuario que solicite, revisiones programadas por especialidad.
- Traslado y distribución del paciente en las áreas funcionales.

2. Área de Clasificación: En esta área es donde se desarrolla una de las actividades vitales para la gestión del servicio de urgencia. Su responsabilidad recae en el personal médico de plantilla destinado en la zona de clasificación.

La clasificación (priorización), del paciente de forma general se realiza atendiendo a las características cualitativas (aspecto, motivo de consulta...) y cuantitativas (Clasificación Manchester).

Las funciones en esta área son:

- Priorización del nivel de gravedad del paciente (Ver sistema de clasificación del paciente)
- Revaluación de los trasladados que ingresen (Traslado interhospitalario, equipo de emergencia extrahospitalario, derivaciones de consultas)

- Cumplimentar el historial de la ficha de clasificación: Motivo de consulta, Antecedentes de alergias, observaciones para el médico o enfermería.
- Asignación del paciente al especialista o médico.
- Iniciar cuidados y medidas básicas para el paciente (Ej. Manejo del dolor, inicio de suero terapia, antitérmicos ect.)
- Clasificación cualitativa del paciente. En nuestro servicio se utilizan criterios de valoración cualitativa de los pacientes una vez clasificados con el objetivo de priorizar y mejorar en la atención al paciente (Ej. “**Comentad**”: Paciente con un nivel de gravedad 3-4-5 que precise de dar información adicional al médico asignado y “**Avisad**”: Paciente con nivel de atención 2-3 que precise de una atención inmediata por el médico asignado)
- Ubicación inicial del paciente para su posterior contacto ((Ej. sala de espera, sala de camilla, servicio de cuidados medios.....)
- Estar atento a cambios de la evolución clínica de los pacientes que se encuentran en las diferentes salas de distribución (Re-traje), advirtiendo de la misma a médico responsable cuando sea preciso (Ej. Comentad),
- Atender a la solicitud del paciente o su familiar cuando se encuentren en la sala de espera de pacientes.

2.1 Sistema de clasificación del paciente del servicio de urgencias:

Nuestra unidad dispone de un sistema de clasificación (triage), basado en el modelo de clasificación de Manchester, este es un sistema estructurado para mejorar la calidad del servicio de urgencia protegiendo a los pacientes, aumentando la satisfacción de los usuarios, optimizando los recursos y priorizando la asistencia de los mismos.

Basado en este sistema el paciente se prioriza del la siguiente forma¹⁰:

- **Nivel de Prioridad 1:** Atención **Inmediata** (Identificado con el color Rojo en el sistema): paciente que precisa de una atención inmediata por gravedad de su proceso o por su compromiso vital (parada cardiorrespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva hemodinámicamente inestable, disnea severa, signos de gravedad....) Estos pacientes por lo general son dirigidos hacia la zona de la REA, siendo valorados por los médicos y equipo de enfermería del área de observación, a partir de las 22h por el médico asignado.
- **Nivel de Prioridad 2:** Atención **Muy Urgente**, antes de 10 min (Color Naranja): Paciente que sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la menor demora posible, de ser posible en un tiempo inferior a 10/15 min (Ej. Hemorragia evidente hemodinámicamente estable, dolor intenso de cualquier localización , fiebre levedad con afectación del estado general.....)
- **Nivel de Prioridad 3:** Atención **Urgente**, antes de 60 minutos (Color Amarillo):Paciente con motivos de consulta que admite cierta demora (Ej. Dolor abdominal hemodinámicamente estable sin signos de gravedad, disnea de esfuerzo, diarrea con fiebre hemodinámicamente estable,) La espera en estos paciente no deberá ser superior a 30 minutos.
- **Nivel de Prioridad 4:** Atención **Menos Urgente** antes de 120 minutos (Color Verde): Paciente con proceso de escasa o nula gravedad, mínima complejidad diagnostico-terapéutica cuya resolución final se presupone una alta a domicilio. Estos pacientes al igual que la clasificación 3 serán atendido en las áreas de reconocimiento (Boxes), pudiendo esperar en las salas de distribución indicada por el medico de clasificación.
- **Nivel de Prioridad 5:** Atención **No urgente antes** de 240 minutos (Color Azul): Pacientes con procesos no urgentes.

3. Salas de Espera de pediatra y de Adulto (SE): Estas áreas están separadas, pero mantienen los mismos objetivos:

- Alojar a los pacientes ya clasificados pendientes de ser valorados o los valorados pendientes de pruebas complementarias .
- Acoger a sus familiares, acompañantes...

Están dotadas de megafonía, aseos, sillones y espacio suficiente para ubicar carros y camillas en caso de ser necesario.

4. Sala de tratamiento (ST): Tras ser clasificados, acoge a los pacientes que precisan de tratamiento, colocación de vías heparinizadas para administración de tratamientos intravenosos o indicación aerosolterapia en pacientes hemodinámicamente estables.

5. Consulta de traumatología/Sala de cura y de yeso:

Esta área está diseñada para la ubicación y valoración de los pacientes que hayan sufrido un traumatismo. En la sala de cura y yeso se realizan los procedimientos menores de las especialidades de cirugía y traumatología, en caso contrario (p.Ej. rotura de tendones, herida de planos musculares profundo....) se deberá hacer en los quirófanos.

6. Servicio cuidado intermedio (SCM): Es una zona para vigilancia para pacientes con procesos tratamientos agudos en lo que se prevé una resolución en un tiempo inferior a 12 horas. Esta dotada de sillones declinables y espacio suficiente para albergar camillas en caso de ser necesario. Cuenta con tomas de gases, tensiómetro analógico, ECG.

Los pacientes que preferentemente serán alojado en esta área son:

- Paciente con un nivel de clasificación 3-4, que precisen de una exhaustiva atención con múltiples pruebas solicitadas.
- Pacientes que precisen de tratamiento intravenoso de forma prolongada (Ej. Sueroterapia)
- Pacientes que precisen manejo del dolor o Aerosolterapias pautadas
- Pacientes procedentes o derivados de hospital de cuidados medios o remitidos de consulta para ingresos.
- Pendientes de gestión de camas para ingresos a planta.

7. Sala de Camilla (SC): Aloja a los pacientes que no precisen de muchos cuidados por enfermeras, baja gravedad y estabilidad de funciones vitales (p.Ej. Ancianos encamados, Politraumatizados hemodinámicamente estable....)

8. Area de aislados (Box 0): Area de aislamiento respiratorio, en pacientes no inestables hemodinámicamente (en caso de inestabilidad pasaran a REA o preferentemente a observación cama 13 o 12).

9. Boxes (consultas básicas): Areas donde se desarrollan las actividades asistenciales, atención al paciente con criterios generales no graves.

10. Area de Hemodinámica/Reanimación (REA): Es el área donde se realiza la atención inmediata de las urgencias vitales o emergencias, incluyendo:

- Todas las paradas cardiorespiratorias inminentes o actuales.
- Emergencias que precisen de un soporte vital avanzado.
- Paciente clasificado con inestabilidad hemodinámica
- Pacientes que precisen de técnicas complejas (Ej. Cardioversión eléctrica, drenaje torácico).

- Sedación para la realización de procedimiento médico.
- Cardiopatía isquémica en fase aguda y Arritmias cardiacas Graves.
- Politraumatizado hemodinámicamente inestable

El equipo de trabajo en esta área por lo general es el personal de observación con soporte del resto del equipo del servicio de urgencias. Este personal deberá contar con las habilidades en intervención de las vías aéreas (incluyendo intubación endotraqueal), concepto de desfibrilación y cardioversión, administración de medicamentos, RCP básica y avanzada (en soporte con UCI), y asistencia post-resucitación.

11. Área de Observación:

En la zona de vigilancia, monitorización y aplicación tratamiento médico complejos, para pacientes con procesos agudos que por su complejidad diagnóstica o terapéutica, precisan de este nivel asistencial (p.ej, Neumotorax, ICC, EPOC Agudizado o ins. respiratoria aguda, síndrome confesional no psiquiátrico, Ins. Renal aguda severa o crónica agudizada, sepsis, crisis comiciales repetida o postictal, coma, shock, hemorragias digestivas hemodinámicamente inestables, peritonitis, obstrucción intestinal, protocolo de dolor torácico o ICTUS...) , El tiempo máximo en esta área por lo general no debe sobrepasar las 24 horas.

Los objetivos de la estancia en esta área son:

- La estabilización del paciente agudo o estado crítico.
- Vigilancia continua
- Pacientes procedentes de la REA que tras ser valorados son subsidiarios de una vigilancia continua.
- También pasaran a la área de observación, todos los pacientes ingresados a partir de las 2am, así como los pacientes pendientes de evolución o de pruebas complementarias gestionadas para la mañana siguiente, siempre y cuando la ocupación del área lo permita.

Distribución de zonas:

Zonas no asistenciales	
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción / Admisión • Sala de espera de Adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de espera de infantil • Sala de Estar de Celadores
Distribución de los pasillos	
<ul style="list-style-type: none"> • Pasillo 1: Tránsito exclusivo para el personal asistencial y auxiliar, comunicación con todos los Boxes, sala ocupa, control de enfermería y área de observación. • Pasillo 2: Tránsito tanto del personal asistencia y auxiliar como de los usuarios. Comunicación con todos los Boxes y parte frontal del control de enfermería. 	

RECURSOS HUMANOS Y FUNCIONES

El servicio de urgencias del Hospital Rafael Méndez está formado por 1 Responsable médico del servicio, 1 responsable de enfermería (Supervisora de enfermería), 24 personal médico facultativo, 38 enfermeras, 20 auxiliares, 16 celadores y 10 personal de seguridad distribuidos en turnos rodados de mañana, tarde y noche. La unidad también consta de la acreditación de la comisión de docencia para la formación/tutorización de los médicos internos residentes, cursando actualmente 22 MIR.

Responsable médico de la unidad: El responsable del servicio ejerce la máxima autoridad de todas las actividades ejercidas en la unidad de urgencia, organizando al conjunto de los profesionales sanitarios que presentan servicio, coordinando con el resto de los servicios hospitalarios así como los médicos internos residentes que se encuentren en formación en la unidad de urgencia. También el jefe de servicio es el encargado de las actividades de calidad de la unidad y previsión de las necesidades del servicio, participando en diferentes comités de calidad asistencial.

Responsable de enfermería (Supervisora de Enfermería): Es la responsable de la coordinación del personal de enfermería, organizando toda la operativa diaria para garantizar los cuidados del paciente, asegurando la formación del personal de nueva incorporación y adaptación al servicio, gestionando la coordinación con los diferentes servicios para la gestión de los pacientes en los circuitos de alta, ingresos, traslados, cobertura del personal, evaluación del personal fijo y suplente, análisis de las necesidades de formación y participación en diferentes comités hospitalarios.

Personal Médico facultativo

Es el responsable de ejecutar todas las acciones encaminadas a mejorar la atención a los pacientes, sus funciones incluyen prestar atención inmediata a las emergencias o urgencias vitales, presentar asistencia a las patologías no urgentes, gestión del sistema de clasificación, tutorización laboral asistencial de los MIR, decidir el destino inmediato (Derivaciones e ingresos) de los pacientes asistidos, presentar asistencia al paciente ingresado cuando se encuentre en el área de urgencias, informar al paciente y sus familiares sobre su proceso.

Médico interno residente (MIR).

Su actividad laboral, capacitación y formación están establecidas en la resolución 308 del año 2008 del ministerio de sanidad. Su número y distribución será aprobado por la comisión de docencia hospitalaria y sus respectivas unidades docentes. Durante su estancia en nuestra unidad en el desempeño de su actividad asistencial serán considerados, a todos los efectos, adscritos funcionalmente al servicio de urgencias.

Dentro de sus funciones destacan: realizar las tareas que se le asignen bajo la supervisión de los profesionales de la unidad, cumplir con los criterios de calidad del servicio formulados por el jefe de servicio, asistir a las actividades científicas y docentes fijadas en su programa de formación, realizar consultas bibliográficas, realizar la valoración del paciente que le sea encomendado, consultar obligatoriamente los casos que le suman dudas a sus responsables médicos....

El MIR de primer año consultará todos los casos de paciente a los facultativos presentes, y/o residentes mayores, quedando dicho acto reflejado con la firma en el informe de asistencia del facultativo de plantilla. en cuanto a las decisiones sobre el destino final del paciente y destinos intermedios, se atenderá a las normas generales de funcionamiento de la unidad.

Personal de enfermería

El diplomado de enfermería es el responsable de los cuidados a todas aquellas personas que entran por la puerta de urgencia como usuario (paciente), hasta que salen de allí, ya sea en situación de alta, ingreso, traslado o fallecimiento. Por lo tanto deberán ser conscientes de la responsabilidad de su trabajo dispensando al paciente y sus familiares un trato digno y respetuoso.

La actividad asistencial diaria del personal de enfermería está definida en 4 zonas (Triaje, boxes, sala de cuidados medios y sala de observación (Ver organización del equipo humano), dichos puesto serán rotatorios y dada la característica de la unidad tendrán movilidad dentro del servicio para compensar la sobrecarga de trabajo en una zona.

Está constituido por profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería (DE) y Auxiliares de Enfermería (AE). Son funciones comunes para todos ellos las siguientes: Asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la Sección de Urgencias indicada por el Supervisor de enfermería, colaborar en el mantenimiento del orden, limpieza y asepsia del área de Urgencias, cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la Unidad de Urgencias y colaborar, dentro de su marco de competencias, en los planes de Docencia, Formación Continuada, Investigación, Garantía de Calidad y Evaluación de Resultados de la Unidad de Urgencias.

Actividades del enfermero según zona	
Triaje	<ul style="list-style-type: none">• Tomará el relevo del turno anterior.• Comprobará el buen funcionamiento de los aparatos electromecánicos que se encuentran en los dos boxes de enfermería (tensiómetro, glucometer, electrocardiógrafo, pulsioxímetro, termómetro) y avisará de las averías si las tuviera.• Responderá los fármacos y los sueros de los dos boxes de enfermería.• Recogerá las historias clínicas del lugar fijado para ello o de la sala de clasificación si el facultativo está saturado.• Realizará las técnicas y pondrá los tratamientos prescritos por el facultativo registrándolo todo en su hoja correspondiente. Si es estupefaciente, lo anotará.• Cursará las pruebas complementarias solicitadas o si tiene más trabajo lo dejará en la mesa correspondiente a tal efecto para que lo haga el/la auxiliar de enfermería.• Volverá a informar al enfermo y familiar de los pasos siguientes a dar (dónde esperar o dónde va y de lo que está pendiente).• Dejará las historias clínicas en las bandejas destinadas para ello y si no tienen pruebas pedidas en el casillero del facultativo correspondiente.• Ayudará a colocar el pedido semanal de almacén y el de farmacia, si no está realizando tarea asistencial en ese momento.
Boxes	<ul style="list-style-type: none">• Tomará el relevo del turno anterior.• Realizará las técnicas y pondrá los tratamientos prescritos por el facultativo registrándolo todo en su hoja correspondiente. Si es estupefaciente, lo anotará.• Cursará las pruebas complementarias solicitadas o si está cargado de trabajo lo dejará en la mesa correspondiente a tal efecto para que lo haga el/la auxiliar de enfermería. Se hará cargo del trabajo de la Sala de Yesos y Sala de Curas.• Si el paciente debe pasar a la Sala de Observación, SCM o ingresar en planta, comprobará que todo está en orden (papelera, pijama-camisón, pulsera identificativa, tratamiento iniciado...)• Ayudará al facultativo de urgencias o especialista cuando sea requerido priorizando entre sus tareas pendientes.• Comprobará en la "pizarra de tareas" si tiene algún trabajo pendiente y hará una anotación para informar al facultativo si tuviera algún paciente para ver en alguno de los boxes.• Ayudará a colocar el pedido semanal de almacén y el de farmacia, si no está realizando tarea asistencial en ese momento.• Comprobará el estado del electrocardiógrafo, tensiómetro, termómetro y pulsioxímetro del pasillo y avisará de sus averías si las tuviera.• Realizará cuidados postmortem.

Actividades del enfermero según zona	
Sala SCM	<ul style="list-style-type: none"> • Tomará el relevo del turno anterior. • Comprobará el buen funcionamiento de los aparatos electromecánicos (bombas de perfusión y pulsioxímetros) y avisará de sus averías si las tuviera. • Comprobará que el mobiliario está en condiciones, ordenado y pegado a la pared. • Abrirá una carpeta por cada paciente que esté en esta sala y la pondrá en el casillero del facultativo responsable de éste. Anotará en el “Selene” la ubicación del mismo. • Realizará las técnicas y pondrá los tratamientos prescritos por el facultativo registrándolo todo en su hoja correspondiente. Si es estupefaciente, lo anotará. • Cursará las pruebas complementarias solicitadas o si está cargado de trabajo lo dejará en la mesa correspondiente a tal efecto para que lo haga el/la auxiliar de enfermería. • Procurará en todo momento un ambiente cómodo, seguro y tranquilo para el paciente. Los sillones y camillas sólo son para ellos. No se permitirá la entrada de más de un acompañante por paciente. Se le informará a éste únicamente de todo aquello que implique a enfermería. • Comprobará dietas y procurará alimento (junto con el/la auxiliar de enfermería) a los que lo tengan prescrito o que su patología de base lo requiera (diabéticos...). • Si el paciente debe pasar a la Sala de Observación o ingresar en planta, comprobará que todo está en orden (papelería, pijama-camisón, pulsera identificativa, tratamiento iniciado...). • Realizará cuidados postmortem.
Sala de Observación	<ul style="list-style-type: none"> • Tomará el relevo escrito del turno anterior. Revisará si están todos los pacientes incluidos en el “Selene”. • Revisará el estado del paciente, hoja de enfermería, tratamiento y sueroterapia prescrita. • Tomará las constantes vitales y las registrará en la hoja de enfermería. • Repondrá los fármacos y mirará si falta alguna medicación para ese día. En ese caso lo pedirá a Farmacia. • Revisará los aparatos electromecánicos que se encuentren en la sala (bombas de perfusión, pulsioxímetros, monitores ECG, tensiómetro, electrocardiógrafo, nebulizador ultrasónico, termómetro y glucómetro) y avisará de sus averías si las tuviera. • Realizará las técnicas y pondrá los tratamientos prescritos por el facultativo registrándolo todo en su hoja correspondiente. Si es estupefaciente, lo anotará. • Cursará las pruebas complementarias solicitadas o si está cargado de trabajo lo dejará en la mesa correspondiente a tal efecto para que lo haga el/la auxiliar de enfermería. • Supervisará o ayudará en la higiene del paciente prestando atención en los puntos de presión, catéteres y sondas. • Comprobará dietas y procurará alimento (junto con el/la auxiliar de enfermería) a los que lo tengan prescrito o que su patología de base lo requiera (diabéticos...). • Permitirá la entrada de un solo familiar en las tres comidas (coman o no) y siempre que el facultativo no estime lo contrario. Si el familiar requiere información, sólo se le dará la que implique a enfermería. El resto la dará el facultativo responsable. • Si el paciente va a ingresar en planta, seguirá el “protocolo de ingresos desde la Unidad de Urgencias a una planta de hospitalización”. • Dejará el relevo escrito al turno siguiente y si es el turno de noche dejará programado la medicación y sueros para el resto del día • Realizará cuidados postmortem.

Personal Celador

Los celadores del servicio de urgencias, tendrán las siguientes funciones:

- Recepción del paciente (usuario) y colaboración con el personal de ambulancia y servicio de urgencia extrahospitalario en el transbordo tanto para el alta del servicio como a su llegada, así se le requiera por el facultativo, o en las diferentes zonas de la unidad.
- Control y vigilancia de la entrada a urgencia y despeje del pasillo.
- Mantenimiento del orden en el servicio y cumplimiento de la normativa de consumo de tabaco

- Orientación al usuario hacia su diferentes destinos (clasificación, boxes, sala de radiodiagnóstico...) y asistencia (trasporte) si así lo requiere el estado del paciente.
- Trasporte de muestras biológica en caso de no funcionar el tuno neumático
- Ayudar cuando sea requerido su presencia en toda aquellas tarea que sea necesario su apoyo.
- Gestión de las luces en el servicio
- Transporte de documento (Historia antigua, farmacia...)

Personal de seguridad.

Las funciones del personal de seguridad serán:

- Velar por la seguridad de los usuarios y sus bienes comunes
- Velar por la seguridad del personal sanitario
- Colaborar con los celadores en el control del acceso, manteniendo a los pacientes y sus familiares en los lugares destinados
- Acudirán con rapidez a las áreas donde sean requeridos para mantener el orden y seguridad, según las normativa establecida y solicitando ayuda del orden público cuando las circunstancias así lo determinen.

Organización del equipo humano:

AREAS	MAÑANA Lunes a Viernes	TARDE-NOCHE Lunes a Viernes	FINES DE SEMANA Y FESTIVO
Adminision	2	2	2
Triaje (clasificación)	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 1 • Enfermera: 1 • Auxiliar: 1 • Celadores: 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 1 • Enfermera: 1 • Auxiliar: 1 • Celadores: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 1 • Enfermera: 1 • Auxiliar: 1 • Celadores: 2
Servicios Medios: • Consultas Boxes: • Servicio Cuidados Medios (SCM).	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 7 • Enfermera: 3 • Auxiliar: 3 • Celador: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 2 de Guardia + 2 de refuerzo Tarde • Enfermera: 3* • Auxilia: 2 • Celador: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 2 • Enfermera: 3 • Auxiliar: 2 • Celador: 1
Personal Sala de Observación • REA	<ul style="list-style-type: none"> • Médico:2 • Enfermera:2 • Auxiliar: 1 • Celador: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico:2 • Enfermera:2 • Auxilia:2 • Celador 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico: 1 • Enfermera: 2 • Auxiliar: 1 • Celador: 1
Especialidades:	Pediatra: 2 Traumatologo: 1 Cirujano:1 Urologo: 1 Ginecologo:2 Otorrinolaringologo:1 Oftamologo:1 Digestivo:1 (Endoscopia) Nefrólogo: 1 (Dialisis) Neurologo: 2 (Codigo ICTUS)	Pediatra: 2 Traumatologo: 1 Cirujano:1 Urologo: 1 Ginecologo:2 Otorrinolaringologo:1 (No presencial) Oftamologo:1 (No presencial)	Pediatra: 2 Traumatologo: 1 Cirujano:1 Urologo: 1 Ginecologo:2 Otorrinolaringologo:1 (No presencial) Oftamologo:1 (No presencial)

RECURSOS MATERIALES DE LA UNIDAD.

Area de clasificación (Triaje): Medidor de Glucemia (Glucometer), Tensiómetro analógico, Pulsioxímetro, Termómetro digital.

REA /Box de Parada: 1 Electrocardiógrafo, 1 monitor-desfibrilador, 1 respirador de transporte, 2 camillas de cucaracha1 carro de paradas de adulto, 1 carro de paradas, 1 tensiómetro digital Móvil.

Boxes Asistenciales (Reconocimiento): 1 ordenador, 1 impresora,-1 tensiómetro digital equipado con pulsioxímetro, 1 oftalmoscopio-otoscopio de pared y dotación de almacén interno con materiales de uso (Guantes, depresores, conos de oftalmoscopio, canula, ect)

Area de Observación: 13 camas (ampliable a 20 camas). Las cama 1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8 están dotadas de Monitor digital con ECG, tensiometro, y pulsioximetría), las camas 9,10,11,12,13 están dotadas con Tensiómetro con pulsioximetría. 3 ordenadores, 1 impresora, carros de paradas, 1 respirador portátil, 1 monitor-desfibrilador 2 electrocardiógrafos, tensiómetro analógico con ruedas, 2 respirador para Ventilación Mecánica no Invasiva (modelo Carina) , 1 frigorífico para medicación., 1 rodillo para la transferencia del paciente y 1 calentador eléctrico con mantas desechables.

CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE URGENCIA

Catálogo de prestaciones de la unidad de urgencia:

Los servicios ofertados por la Unidad de urgencias del Hospital Rafael Méndez, incluye los siguientes:

Atención a la parada cardiorespiratoria, urgencia vital y paciente politraumatizado

- Aislamiento de la vía aérea y ventilación
- Control cardiocirculatorio.
- Monitorización ECG.
- Atención al Politraumatizado.
- Manejo, administración y control de drogas .

Procedimiento diagnóstico:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| • ECG | • Paracentesis. |
| • Otoscopia | • Toracocentesis. |
| • Punción lumbar diagnostica | • Punción Osea |

Protocolo de monitorización y observación:

- | | |
|---|---|
| • Monitorización de constantes | • Monitorización de diuresis horaria y por turnos |
| • Monitorización ECG continua | • Balance hídrico, control de fluidos y secreciones |
| • Monitorización de saturación y O2 | • Administración de drogas y medicación |
| • Monitorización de signos clínicos (Ej. Escala de Glasgow) | |

Atención a la patologías urgentes y no urgentes:

- | | |
|--|--|
| • Acceso venoso periférico, vía central, punción arterial. | • Sondajes vesical, sanogástrico y rectal. |
| | • Sondaje nasogástrico. |

- Preparación de perfusiones
- RCP básica y avanzada
- Aspiraciones de secreciones
- Aerosolterapia y Oxigenoterapia
- Prevención de úlceras por previno
- Limpieza y aseo
- Soporte transfusional

Servicio de Radiología

- RX simple de tórax, columna, partes blandas, abdomen, cráneo y extremidades superiores e inferiores
- Ecografías
- Tomografía axial computarizada con o sin contraste

Laboratorio Básico y análisis básico

- Determinaciones en Sangre: Glucosa, Urea, Creatinina; Sodio, Potasio, Cloro, Calcio; Proteínas totales; Bilirrubina total y directa; Hemograma Enzimas cardíacas (CPK y Mb; Troponina...); Amilasa; Coagulación, Gasometría venosa/Arterial, Lactato en sangre, Análisis de Fármacos en sangre... (Ej. Determinación de Digoxina...).
- Frotis
- Análisis de Orina y sedimentos: Examen en fresco de sedimento y elementales; Amilasuria; Test de gestación; Tóxicos en orina (benzodiacepinas y barbitúricos cocaína, cannabis, anfetaminas opiáceas, metadona...).
- Determinaciones en Líquidos Orgánicos: Líquido Cefalorraquídeo, (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula; glucosa y proteínas...)
- Líquidos pleural, articular y ascítico (hematíes, leucocitos, cuantificación y fórmula; glucosa y proteínas; LDH y Amilasa; pH...)
- Cultivos de orina y hemoderivados

Servicio de Microbiología:

- Procesamiento de cultivo
- Antibiograma de sangre.
- Análisis de líquidos corporales, secreciones y cualquier catéter o material instrumental
- Análisis de gota gruesa, test de monucleosis

Procedimientos Quirúrgicos básicos:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sutura de heridas no complicadas • Cura y limpieza de heridas • Tratamiento, Taponamiento de hemorragia y control de sangrantes | <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de cuerpo extraño • Vendajes e inmovilizaciones de miembros y férula • Atención al politraumatizado |
|---|--|

Unidad de Hemodiálisis

Traslado del paciente

- Gestión de traslado en ambulancia medicalizable, a través del 061.
- Gestión de traslado en ambulancia no asistencial o colectiva
- Gestión de traslado en ambulancia de crítico, a través del 061.

Observación clínica:

- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo del paciente.

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

Rótulos de fila	Mes												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2016													
UrgTotales.	7076	6765	8244	6890	6992	6384	6586	6766	6316	6519	6563		75101
Med Urgencia	228,26	233,28	265,94	229,67	225,55	212,8	212,45	218,26	210,53	210,29	218,77		2465,8
Urg Ingresada	780	729	806	733	757	763	669	712	713	802	714		8178
Urg No Ingres	6296	6036	7438	6157	6235	5621	5917	6054	5603	5717	5849		66923
Urg Ingr AP	89	90	94	90	86	95	76	66	91	80	99		956
Urg No Ingr A	506	560	651	625	585	567	629	494	540	544	542		6243
Altas Urg AP	595	650	745	715	671	662	705	560	631	624	641		7199
Traslados Cen	94	109	110	89	62	88	122	75	96	96	94		1035
Tras Centro A	8	7	11	7	8	4	11	5	5	10	6		82
Acc Trafico In	2	4	6	3	3	4	5	6	6	5	2		46
Acc Trafic No	128	83	141	134	135	105	144	175	125	152	119		1441
2015													
UrgTotales.	7034	6518	7031	6426	6738	6280	6534	7038	6185	6392	6332	6846	79354
Med Urgencia	226,9	232,79	226,81	214,2	217,35	209,33	210,77	227,03	206,17	206,19	211,07	220,84	2609,45
Urg Ingresada	761	767	808	719	724	674	752	727	698	722	733	743	8828
Urg No Ingres	6273	5751	6223	5707	6014	5606	5782	6311	5487	5670	5599	6103	70526
Urg Ingr AP	84	92	95	104	81	74	94	108	89	81	93	76	1071
Urg No Ingr A	524	554	607	537	536	514	576	650	612	512	571	475	6668
Altas Urg AP	608	646	702	641	617	588	670	758	701	593	664	551	7739
Traslados Cen	101	93	88	99	73	86	79	91	87	79	64	86	1026
Tras Centro A	6	6	11	12	8	4	9	16	7	11	8	5	103
Acc Trafico In	3	1	5	2	6	3	3	8	4	4	5	5	52
Acc Trafic No	122	104	120	117	108	110	130	128	158	132	130	148	1507
2014													
UrgTotales.	7509	6462	6723	6488	6466	6084	6481	6541	6318	6509	6230	6431	78242
Med Urgencia	242,23	230,79	216,87	216,27	208,58	202,8	209,06	211	210,6	209,97	207,67	207,45	2573,29
Urg Ingresada	746	746	732	685	661	683	651	697	711	749	705	742	8508
Urg No Ingres	6763	5716	5991	5803	5805	5401	5830	5844	5607	5760	5525	5689	69734
Urg Ingr AP	85	92	90	95	92	91	72	66	93	88	76	80	1020
Urg No Ingr A	577	518	514	558	548	479	523	434	541	673	607	549	6521
Altas Urg AP	662	610	604	653	640	570	595	500	634	761	683	629	7541
Traslados Cen	134	85	91	87	85	85	119	84	88	87	62	97	1104
Tras Centro A	16	8	5	6	6	7	13	2	11	10	5	8	97
Acc Trafico In	4	2	4	1	3	7	1	3	3	6	2	4	40
Acc Trafic No	128	127	97	151	150	104	147	157	129	128	112	152	1582
2013													
UrgTotales.	6600	6435	6436	6084	6362	6187	6300	6333	6361	6616	5932	6440	76086
Med Urgencia	212,9	229,82	207,61	202,8	205,23	206,23	203,23	204,29	212,03	213,42	197,73	207,74	2503,03
Urg Ingresada	784	712	704	723	744	745	694	657	739	731	706	696	8635
Urg No Ingres	5816	5723	5732	5361	5618	5442	5606	5676	5622	5885	5226	5744	67451
Urg Ingr AP	89	109	60	103	116	83	95	60	89	73	76	77	1030
Urg No Ingr A	533	540	489	571	476	456	453	405	419	551	509	424	5826
Altas Urg AP	622	649	549	674	592	539	548	465	508	624	585	501	6856
Traslados Cen	88	88	76	56	62	62	82	99	94	83	87	102	979
Tras Centro A	13	11	6	8	4	5	11	7	3	8	8	10	94
Acc Trafico In	6	2	1	4	8	6	5	3	3	3	6	5	52
Acc Trafic No	93	110	120	102	119	91	123	113	124	143	143	127	1408
2012													
UrgTotales.	6709	6618	6557	6171	6261	6068	6120	6422	5616	6027	5636	6154	74359
Med Urgencia	216,42	228,21	211,52	205,7	201,97	202,27	197,42	207,16	187,2	194,42	187,87	198,52	2438,68
Urg Ingresada	804	735	760	673	765	719	725	759	718	722	707	724	8811
Urg No Ingres	5905	5883	5797	5498	5496	5349	5395	5663	4898	5305	4929	5430	65548
Urg Ingr AP	116	95	93	83	105	92	91	70	83	80	72	65	1045
Urg No Ingr A	601	655	584	516	596	548	534	519	407	452	417	421	6250
Altas Urg AP	717	750	677	599	701	640	625	589	490	532	489	486	7295
Traslados Cen	90	105	96	67	65	63	81	98	67	97	86	91	1006
Tras Centro A	12	14	18	6	10	9	8	10	7	9	5	11	119
Acc Trafico In	6	4	3	8	5	10	5	10	5	5	7	7	75
Acc Trafic No	157	116	116	89	108	142	146	151	110	125	105	88	1462

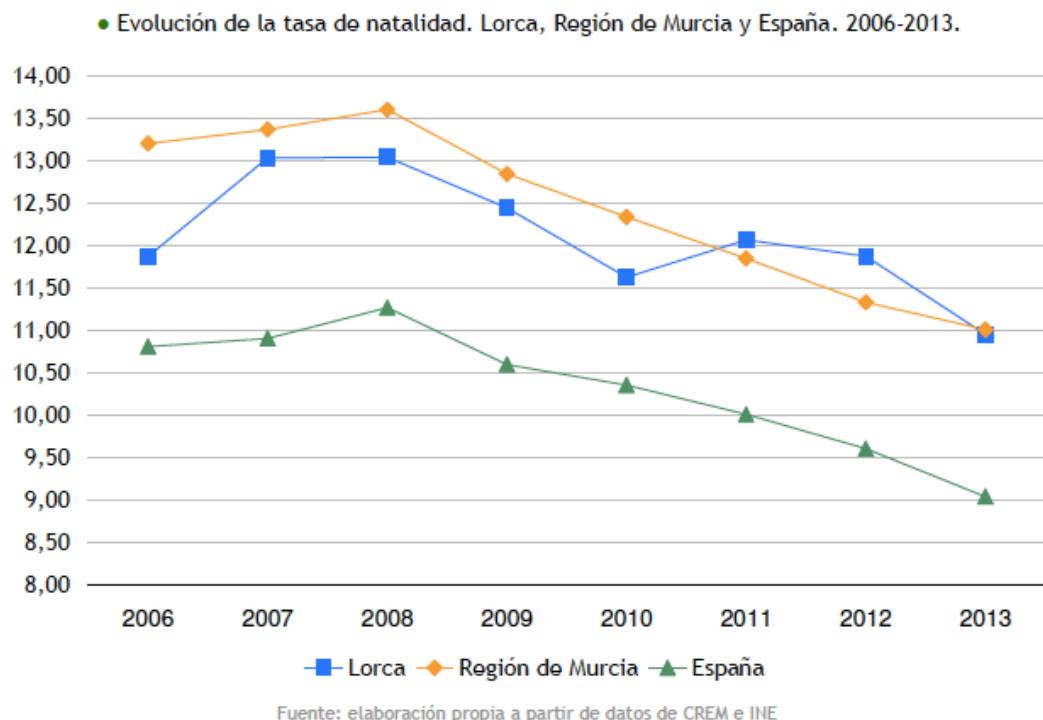
Fuente HGURM. TFM. Luis Antonio Brito.

EXITUS	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Exitus hospital	298	311	289	284	285	305
Exitus urgencia	10	11	7	9	8	11
Hosp. Intinire.	0		0	0	0	0
Urg. Itinire.	3	3	2	1	2	2

Fuente HGURM. TFM. Luis Antonio Brito. D

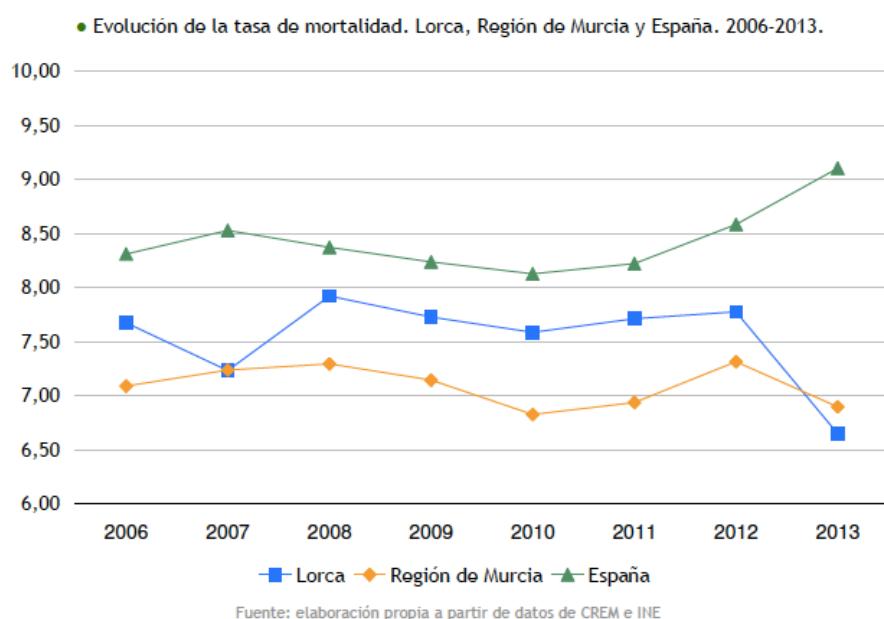
PREVISIÓN DE LA DEMANDA.

La tasa de natalidad de Lorca, se ha situado en niveles superiores a la registrada en el resto de la región, y muy superiores si comparamos con los registros nacionales. También su tasa de fecundidad se ha estabilizado tras varios años de decrecimiento. (Ver gráfica siguiente).



El índice de mortalidad de Lorca ha experimentado en los últimos años una tendencia irregular, situándose entre los registrados a nivel regional y nacional.

La tasa de crecimiento vegetativo de Lorca, presenta una trayectoria diferente al resto de la región, con una caída que empezó antes, en 2007, pero que en los tres últimos años ha repuntado levemente, hasta situarse por primera vez en los últimos ocho años con valores superiores a los regionales.



El índice de vejez y la tasa de dependencia, presenta unos valores muy bajos tanto en Lorca como en la Región de Murcia, en comparación con la media española, no obstante la tendencia, es al crecimiento, debido principalmente a la disminución de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida.

El municipio de Lorca tiene un porcentaje de población extranjera del 20,34%, situándose por encima de la media nacional y regional. Si observamos como se distribuye ésta, se puede apreciar la existencia de pedanías con un importante peso de población extranjera, ubicadas al oeste y al este del término municipal. En la zona norte del municipio la presión migratoria es sensiblemente más leve.

La composición de esta población extrajera la copan las personas de nacionalidad marroquí con 7.474 personas, seguidos de los procedentes de Ecuador, que suman 5.209. Respecto al continente europeo, del cual procede uno de cada seis extranjeros residentes en Lorca, casi el 40% es natural de Rumanía. Le siguen Reino Unido, Bulgaria y Francia como principales nacionalidades. Los extranjeros de procedencia asiática representan únicamente un 1,55% del total, destacando China y Pakistán como principales orígenes.

En cuanto al saldo migratorio, ha ido cayendo progresivamente en los últimos años, hasta llegar a registrar importantes pérdidas de población (990 habitantes en 2013) que contrastan con las cifras de hace unos años, donde los movimientos migratorios han llegado a dejar en un solo año crecimientos poblacionales de hasta 2.000 personas.

La caída del saldo migratorio con el extranjero ha sido el que ha registrado una evolución más acelerada. Si en el pasado era el que mantenía en positivo la balanza entre inmigraciones y emigraciones (el saldo con municipios regionales siempre ha sido negativo, y en ocasiones también el saldo con otras Comunidades Autónomas “CCAA”), en la actualidad es el que presenta un valor más negativo. En 2013, tan solo presenta valor positivo el saldo con otras CC.AA.

ANÁLISIS (DIAGNÓSTICO) ESTRATÉGICO

Matriz DAFO/CAME del Servicio de Urgencia Hospital General Rafael Méndez.

DAFO		CAME	
D	DEBILIDADES	C	CORREGIR
A	AMENAZAS	A	AFRONTAR
<ul style="list-style-type: none"> Presiones asistenciales (Demanda) No disponibilidad de la gestión por procesos Falta de protocolos comunes entre los servicios involucrados Escasa cultura de investigación La no disponibilidad de un sistema informático único. Carencia de recursos, disponibilidad de suministros. Personal insuficiente para la demanda. Uso adecuado de los servicios de urgencia. Variabilidad de criterios en la consulta de atención primaria 	<ul style="list-style-type: none"> Previsión de la Variabilidad asistencial Fomentar un modelo de gestión por proceso y establecer rutas asistenciales Creación de vínculos con otras unidades hospitalarias para la creación de protocolos comunes Fomentar la cultura de investigación entre los profesionales y residentes del centro Previsión adecuada de recursos y suministro en la unidad Reorganización de la plantilla ajustada a la demanda asistencial Fomentar el correcto uso del servicio de urgencia en la población Establecer protocolos comunes de derivación entre la atención primaria y hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la calidad asistencial en la unidad Demandas asistenciales: Tener en cuenta sus exigencias y establecer grupo de interés. Usos de nuevas tecnologías: Creación de foros especializados sobre procesos clínicos para brindar información segura a la población y Potenciar el uso de herramientas y aplicaciones diagnósticas seguras entre los usuarios del servicio Variabilidad cultural de la población: Conocer los perfiles culturales de la población Envejecimiento poblacional: Creación de redes asistenciales para la gestión clínica de los pacientes frágiles y pluripatológicos Uso inadecuado de los servicios: Fomentar el uso adecuado de los servicios entre los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> Variabilidad cultural de la población Larga lista de espera en las consultas hospitalarias y atención primaria. Situación económica regional Inestabilidad política actual del entorno. Nivel de contaminación del entorno Uso de nuevas tecnologías por los usuarios Recursos humanos temporales Envejecimiento poblacional Aumento de la presión asistencial Recorte presupuestal Uso inadecuado del servicio Variabilidad de los criterios de derivación. Modelo de financiación inadecuado / Insostenibilidad del sistema sanitario.

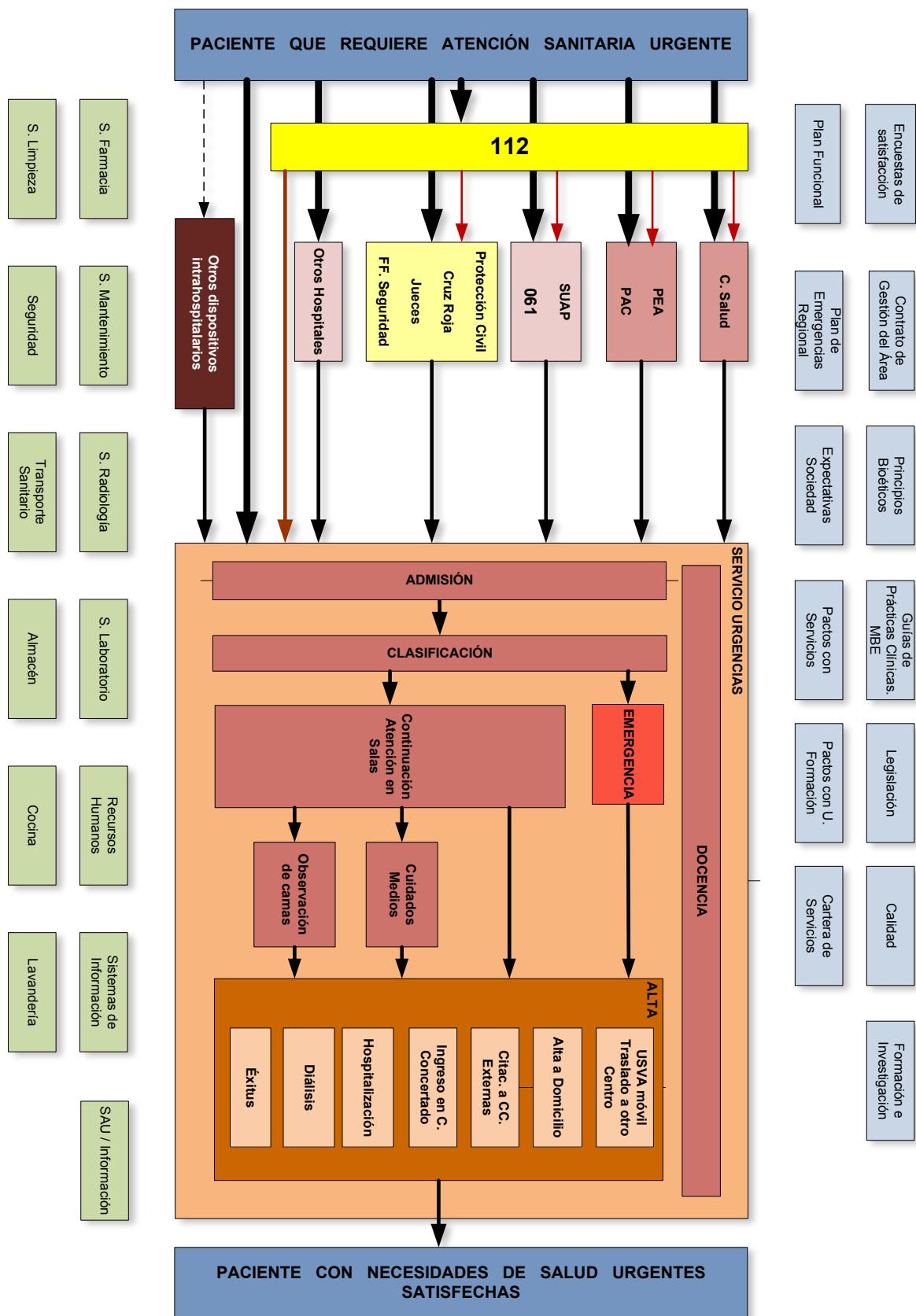
F	FORTALEZAS	M	MANTENER
	<ul style="list-style-type: none"> • Personal altamente calificado. • Personal Joven y motivado. • Compromiso de la alta dirección • Resolución de patologías de alta complejidad • Disponibilidad de gestión clínica a través de cuidados medios. • Disponibilidad consulta de alta resolución • Disponibilidad de UCI. • Accesibilidad al servicio de urgencia. • Normalización de la actividad a través de protocolos de actuación. • Hospital Universitario, acreditado para la formación de especialistas. 		<p>Dar continuidad a la linea estratégica establecida hasta ahora, considerando prioritario los siguientes puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener en nivel de calidad asistencia ofertada hasta ahora. • Contrataciones de personal facultativo a través de la bolsa de trabajo. • Mantener el vinculo con la alta dirección • La gestión de procesos en consulta de alta resolución • Mantener los vínculos con los diferentes unidades hospitalaria en especial con el servicio de UCI • Creación y normalización de los protocolos clínicos para la reducir de la variabilidad clínica • Mantener y fomentar los vínculos con las diferentes instituciones universitaria así como las unidades docentes.
O	OPORTUNIDADES	E	EXPLOTAR
	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de Gestión • Ubicación estratégica. • Continuo avance tecnológico • Disponibilidad 24 horas de servicio de urgencia extra hospitalario. • Disponibilidad de una unidad de cuidados intensivo • Disponibilidad de una Unidad de Hemodialisis • Confianza de la comunidad en el personal del servicio de urgencia. • Convenio docente asistencial 		<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar la disponibilidad de tener una unidad de hemodiálisis hospitalaria para reducir el numero de ingresos hospitalario así como cormobilidades en nuestros pacientes • La población de Lorca tiene una densidad población muy joven por ello se debe fomentar el uso tecnología y aplicaciones medica en beneficio de la salud. • Establecer protocolos comunes con los servicios de emergencia extrahospitalario para reducir la demanda asistencial • Fomentar la confianza depositada en la población por los profesionales del centro

Modelo elaborado para este TFM: Luis Antonio Brito D.

PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA



MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE URGENCIA.



CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es una de las dimensiones clave de la calidad asistencial, en este sentido en nuestra unidad se deberá establecer las siguientes acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y el paciente:

- Establecer una cultura de seguridad en la unidad
- Liderazgo del equipo de entre el personal
- Integrar las tareas de gestión de riesgos a la actividad asistencial
- Promover la notificación de eventos adversos
- Establecer líneas de información
- Mejorar los conocimientos sobre eventos adversos y promover la implantación de prácticas seguras
- Establecer un protocolo para reducir las infecciones nosocomiales en la unidad
- Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica no invadida, basada en el programa nacional bacteremia Zero.
- Optimización en la indicación de pruebas diagnósticas que utilizan radiaciones
- Establecer buenas prácticas asociadas a la administración de medicamentos
- Seguridad transfusional, mediante la reducción de uso de transfusiones en pacientes subsidiarios de otras alternativas (p.ej. Hierro IV)
- Prevención de las infecciones por la colocación de catéter (intravenoso, centrales y urinarios)
- Desarrollo de un plan de formación en seguridad del enfermo crítico dirigido al personal de la unidad.
- Formar al personal asistencial en seguridad del paciente
- Implicar al paciente en la seguridad de la atención sanitaria
- Desarrollo de medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.
- Implementación de un protocolo de contingencia por accidentes violentos.
- Mejora en la accesibilidad al usuario al centro (circulaciones generales, locales y equipos serán accesibles para las personas con limitación de movilidad).

También en el marco de una política de calidad total y preocupación por la mejora continua de la actividad asistencial se establecerán las siguientes líneas:

- Formación en calidad al personal
- Crear equipos de mejora de la calidad asistencial
- Monitorizar las actividades de gestión de calidad
- Promover la autoevaluación anual y creación de memoria de calidad
- Proyecto de investigación traslacional en coordinación con otras unidades

Política sobre la voluntades anticipadas

La unidad dispone de las estructuras para garantizar el derecho a expresar las voluntades anticipadas a todos los ciudadanos adscritos al SMS. Bajo el artículo 11 de la ley 41/2002¹¹ que regula la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, formalizando el derecho a la instrucciones previas así como también bajo el decreto 80/2005¹² en el que aprueba el reglamento a las instrucciones previas y su registro. Se establece el contenido y formalización de una instrucción previa (identificación del otorgante y testigo, o representante si lo hubiera, declaración de la instrucción previa). Este documento se formalizará por escrito mediante uno de los siguientes procedimientos, a elección del personal que lo otorga (notario,

funcionario o empleado público, ante 3 testigos mayores de edad con plena capacidad de obra), firmando el documento en su presencia. El Otorgante podrá designar a un representante que en caso de no poder expresar por si mismo sus voluntades anticipadas será su interlocutor válido para tratar con el médico y equipo sanitario. El documento se presentará en la consejería de sanidad y política social de la región.

Criterios de Ingreso:

La decisión de gestión de traslado, alta e ingreso es atribución exclusiva del médico responsable, excepto los ingresos programados, trasladados de ingresos intercentro o los pacientes derivados desde nuestra consulta hospitalaria para ingreso.

Política sobre la conservación de la documentación clínica y protección de datos

Los aspectos relativos a la documentación clínica (registro del paciente, informe de alta...) son responsabilidad del hospital Rafael Méndez como entidad pública, en este sentido la normativa española no establece plazos fijos o predeterminados para la conservación de la documentación clínica, siendo las mismas regidas bajo las Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, (LOPD)¹³ donde se establece que “los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para lo que haya obtenido”. De forma que cuando los datos dejen de ser necesarios deberán ser cancelados o conservados de forma que no permita la identificación del interesado. Nuestro servicio adapta las medidas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de estos datos, tal y como establece la ley 41/2002¹¹, que en su artículo 17.1 dispone que “los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no sea necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante un tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, 5 años contando desde la fecha de alta de cada proceso asistencial”.

Historia clínica:

En nuestro servicio, el modelo de historia clínica es único para todos los pacientes, siendo la misma compartida entre los profesionales de la unidad, centro de salud y niveles asistenciales adscritos al servicio murciano de salud a través de la plataformas SELE y AGORA.

La información contenida en la historia clínica constará en soporte de papel (Historia antigua) o electrónica, siempre que se garantice su recuperación y uso responsable tal y como establece la ley 15/1999¹³.

Al final de cada proceso asistencial el paciente o su responsable tienen derecho a la expedición de un informe de urgencia el cual contará al menos con los siguientes datos sobre su proceso asistencial:

- Número de afiliación.
- Antecedentes familiares y personales
- Anamnesis y exploración física
- Resultados de pruebas complementarias.
- Juicio diagnóstico.
- Tratamiento, recomendaciones y destino al alta.

Limpieza y gestión de residuos

Los centros sanitarios son considerados como una de las áreas de muy alto riesgo, por ello la limpieza en nuestra unidad de urgencia deberá ser permanente y si existen incidencias, éstas deberá ser solventadas inmediatamente o tan pronto como sea posible.

La limpieza de nuestra unidad será responsabilidad del equipo de limpieza (aseos, despacho, salas, inmobiliario, equipos médicos, suelo...) En cuanto a la gestión de residuos se aplicara la disposición que establece la Ley 10/1998, de 21 de abril¹⁴, de residuo en la que establece "el régimen jurídico de su producción y gestión y fomentar, por este orden, su reducción, su reutilización y reciclado y otras forma de valorización, así como regular los suelos contaminado, con la finalidad de proteger el medio ambiente y la salud de la personas".

Características ambientales:

- Se establecerá el uso adecuado de la iluminación natural para garantizar la eficiencia energética.
- Los elementos y acabados de la infraestructura de la unidad deben ser durables, resistentes a la limpieza y de fácil mantenimiento.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Para poder brindar la máxima calidad asistencial y satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, en nuestra unidad se establecerá una atención integral fundamentada en 4 dimensiones



Representación gráfica de elaboración propia para este TFM: Luis Antonio Brito D-

Elementos básicos de la atención:

1- Emponeramiento de la salud

- Brindar información y educación oportuna al paciente, familiar o cuidador para generar pautas que conduzcan al autocuidado
- Compartir las tomas de decisiones
- Encontrar un terreno común
- Brindarle la autonomía de elegir.
- Respetar sus creencias
- Trasferencia y contratransferencia.

2- Derechos del paciente:

- Derecho a la garantía de privacidad e información al paciente y familiares.
- Derecho al uso de consentimiento informado.

- Derecho a aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento.
- Derecho a conocer el nombre de su médico.
- Derecho a estar acompañado por 1 acompañante en la sala de espera y consultas.
- Derecho a la intimidad y privacidad.
- Respeto a sus preferencias.
- Garantía del derecho del menor.

3- Atención sanitaria, coordinación e integración de los cuidados

- Trato personal: Anamnesis, examen físico....
- Atención al paciente de acuerdo a sus necesidades sociales
- Dimensión de la dolencia y confort del paciente
- Atención emocional y alivio.
- Transición y continuidad asistencial.
- Accesibilidad a las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos
- Accesibilidad al tratamiento.
- Involucramiento de su familia y/o cuidador.
- Garantía de privacidad
- Información sobre la demora de la atención y sus causas.
- Coordinación con los servicios de emergencia extra hospitalarios

4- Seguridad del paciente y de la unidad

- Adecuación y organización adecuada de la unidad: Selección adecuada del mobiliario y equipamiento, evitando accidentes, Ausencia de barreras físicas en las zonas de observación
- Uso de guías y procedimientos basados en la evidencia
- Instalación en las consultas de dispositivos de aviso al vigilante de seguridad
- Protocolo de colaboración con la justicia.
- Identificación de situación de vulnerabilidad
- Uso de consentimiento informado por procesos.
- Los pacientes con alteraciones mentales o que durante el proceso de atención desarrollen comportamientos que puedan afectar las dimensiones mentales, se les brindará la atención con los profesionales de psiquiatría.

GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.

Elementos para la selección de guías clínicas y protocolos de salud:

La medicina no es una ciencia exacta y se actualiza constantemente; a diario se describen nuevos esquemas de tratamiento, así como se descubren nuevos fármacos, por lo que los profesionales de nuestra unidad deben estar actualizados constantemente, para ello a continuación se describen los siguientes criterios que nuestra unidad establecerá para la selección de guías de práctica clínica:

- Simplicidad de la información proporcionada
- Que los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y logísticos estén adaptados a la realidad económica actual.
- Sistematización de las opciones diagnósticas y terapéuticas, basadas desde la simplicidad, inocuidad a las opciones más invasivas.
- Descripciones claras de la zona ,vía, dosis y concentración de los tratamientos.
- Establecimiento de procesos escalonados, basados en nivel de actuación en cada escalón y la responsabilidad o competencia por profesionales.
- Criterios claros y no sesgados de cada uno de los niveles de actuación.

Un Ej. es la guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ICTUS.

Rutas asistenciales

Las rutas asistenciales son una herramienta para avanzar en la integración funcional de los servicios optimizando sus recursos. El Hospital Rafael Méndez, presta servicio a más de 91.714 habitantes repartidos en sus 7 zonas básicas de salud de las cuales el paciente es absorbido sin ser nunca el centro del eje. Por ello uno de nuestros objetivos estratégicos en el marco de mejorar la calidad asistencial y una atención centrada en el paciente, es establecer un plan de atención integrada entre las unidades de urgencia del Hospital Rafael Méndez, el Hospital de cuidados/subagudos (HCM) Virgen de Alcázar y los diferentes consultorios y centros de salud del área III, manteniendo la independencia de las organizaciones.

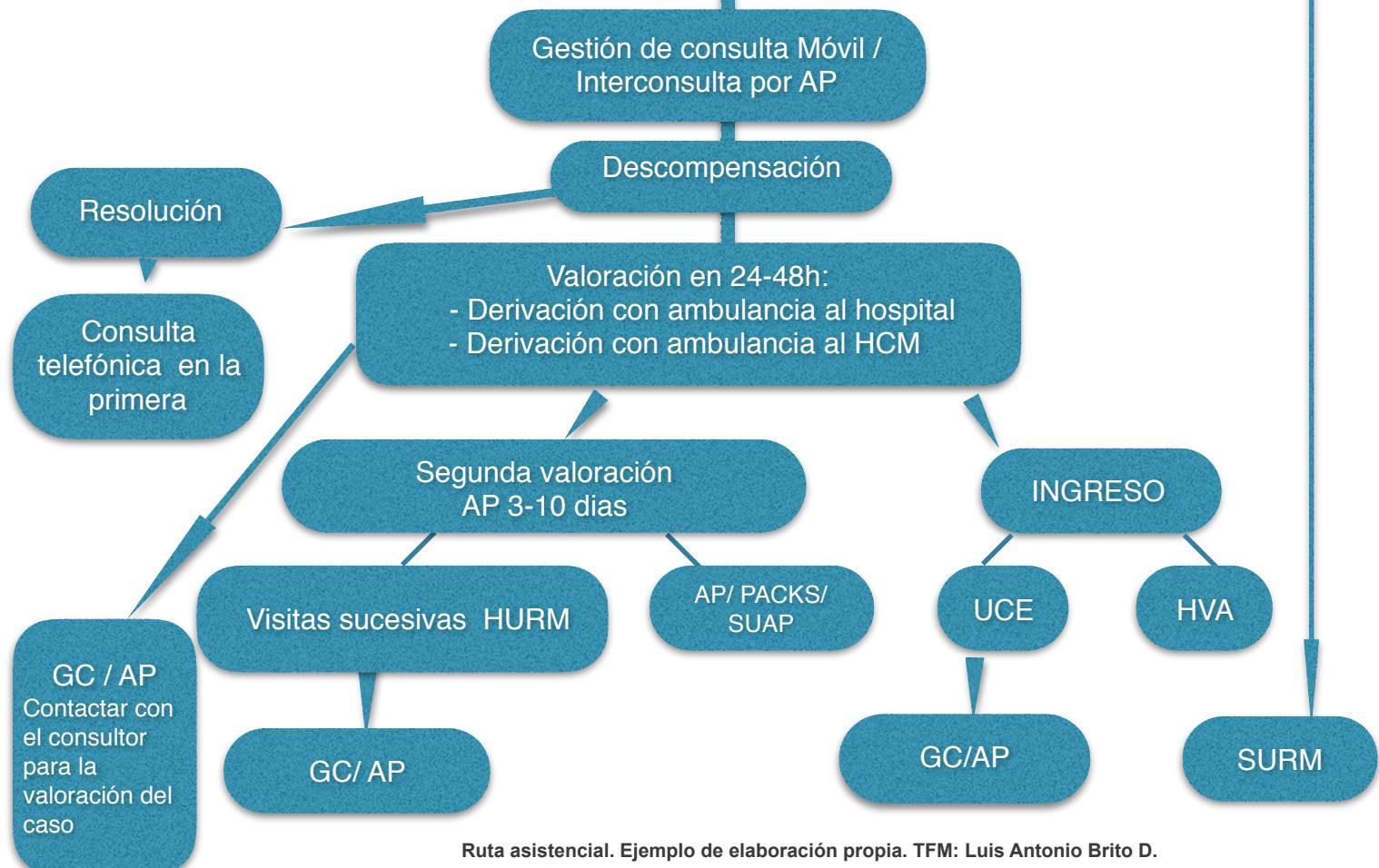
Objetivos del plan de atención integrada entre unidades:

- Fomentar la integración estructural de las organizaciones para facilitar el cambio de modelo en la relación entre profesionales sanitarios del área III
- Crear un circuito de acceso ágil
- Evitar ingresos no programados y optimización de los recursos

Planes y proyecto:

- Ruta asistencial: Proceso de atención al paciente EPOC.
- Ruta asistencial: Proceso de atención al paciente con Ins. Cardiaca.
- Ruta asistencial: Proceso de atención al paciente Diabético DM.
- Ruta asistencial: Proceso de atención al paciente frágil y pluripatológicos.

MF/ SUAP/UME: Paciente frágil / Paciente Pluripatológico



Ruta asistencial. Ejemplo de elaboración propia. TFM: Luis Antonio Brito D.

GESTIÓN DE CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN.

En el marco del aumento de demanda que han experimentado los servicios de urgencia hospitalarios en los últimos años (26%), y que ha originado un importante problema sanitario, disparando los costes asistenciales e introduciendo un riesgo de falta de calidad, proponemos que en nuestra unidad se establezcan las siguientes líneas:

- Establecer políticas para motivar e implicar a la plantilla en los proyectos de mejora continua.
- Establecer un mecanismo para la vigilancia y recogida de ideas de toda la unidad.
- Fomentar el uso de nuevas tecnologías. Creación de foros para la educación al paciente
- Creación de un sistema para el análisis permanentemente del funcionamiento y organización de la unidad con el fin de anticipar la demanda sanitaria y gestionar la variabilidad clínica de nuestra área, reforzando los días de mayor demanda asistencial
- Protocolización y estandarización de los cuidados por enfermería
- Mejora en los equipamiento y sistema de información. Fomentando el buen uso por nuestros profesionales.

DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.

Respecto a la docencia y formación continuada, nuestra unidad deberá cumplir tanto la función de transmisión de conocimiento como respetar los principios y valores de la unidad, y en consecuencia, deberá seguir impulsando las líneas de formación y docencia que se imparten en la actualidad, dentro del marco establecido por el servicio murciano de salud en su plan de formación continuada y de calidad, así como el programa transversal y complementario de los residentes. En definitiva se debe lograr que la docencia y formación continuada forme parte de la práctica cotidiana y cultural del centro dejando atrás la idea de que tales actividades sean competencia de unos pocos y constituyéndose como un elemento integral de nuestro día a día.

En este sentido se establecerán las siguientes líneas:

- Se tendrá en cuenta dentro de los aspectos económicos (presupuesto), un apartado destinado para la docencia y formación.
- Se priorizará las actividades formativas que nos ayuden en el desempeño de nuestra labor asistencial.
- Se impulsará y consolidará la formación profesional acorde a las demandas sociales.
- Se facilitará la dedicación a las actividades docentes de nuestros profesionales con los residentes y estudiantes que cursen por la unidad.
- Se impulsará la unidad para la organización y participación en actividades formativas.
- Se definirán un mapa de competencias para nuestros profesionales y residentes.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA. LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Las "Prioridades de investigación en la unidad de urgencias del Hospital Rafael Mendez de cara al 2017-2021" tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinación. Con la ayuda de la Unidad de Investigación hospitalaria se buscaran subvenciones a través de proyectos auspiciados por la fundación para la formación e investigación sanitaria de la región de Murcia (FFIS) y la industria farmacéutica.

Nuestro principal reto, esta en aplicar una metodología transparente, incluyente y de calidad, que evite producir sesgos por la visión de sectores específicos de la investigación o que el resultado se aleje de la planificación del Hospital.

El modelo de elección de la líneas de investigación se establecerá en base a los siguientes elementos:

- **Definición de las áreas y lineas de investigación:** A partir de los problemas de salud de nuestro entorno (Severidad del problema, magnitud del problema, tenencia , grupo afectado, potencial de reducción del impacto objetivos hospitalarios)
- **Definición de las sublimes de investigación:** A partir de los determinantes de salud (Socioeconómico, ambientales, sanitarios...).

Basado en este modelo de cara al periodo del 2017- 2021 se han establecido 17 líneas de investigación distribuidas en 4 procesos.

PROCESO	LINEAS DE INVESTIGACION	SUBLINERAS	TIPOS DE ESTUDIOS
INFECCIONES COMUNES	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones respiratoria de vias bajas• Infección de vias Urinaria• Meningitis• Sepsis de origen urinario y respiratorio	<ul style="list-style-type: none">• Perfil epidemiológico• Perfil etiológico• Eficacia vacunal• Nuevas tecnologías• Calidad y técnica de recolección de muestra• Uso racional de medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Descriptivos• Observaciones
CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none">• Enf. Cardiaca isquemia• ACV• Fibrilación auricular• Enfermedad vascular periférica• Aneurisma de Aorta• Miocardiopastias	<ul style="list-style-type: none">• Perfil epidemiológico• Predisposición genética• Salud y hábitos• Autocuidados• Nuevas tecnologías• Soporte vital Avanzado	<ul style="list-style-type: none">• Descriptivos• Observaciones
RESPIRATORIA CRONICA	<ul style="list-style-type: none">• Epoc• Asma• Enf. Pulmonar Intercual	<ul style="list-style-type: none">• Perfil epidemiológico• Nuevas tecnologías• Medio ambiente• Salud ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• Cohortes• Descriptivos
SEGURIDAD DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none">• Broncoaspiraciones• Caídas• Ulcera por presión• Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none">• Perfil epidemiológico• Medidas de prevención• Nuevas tecnologías• Conocimiento, actitudes y práctica del personal	<ul style="list-style-type: none">• Cohortes• Descriptivos

Tabla de elaboración propia para este TFM: Luis Antonio Brito

PREMISAS DE PLANIFICACIÓN.

El servicio de urgencias es el área asistencial del hospital que debe contar con los medios técnicos y humanos necesarios para el correcto manejo de los procesos urgentes y emergentes de la zona

Nuestra misión, visión y valores.

MISIÓN:

“Somos una institución de servicio público de salud, asistencial, docente y de investigación cuyo propósito es brindar una atención sanitaria a las patologías urgentes y emergentes, basado en la eficiencia, seguridad y calidad asistencial.

Contamos con una infraestructura adecuada, tecnologías y recursos humanos de excelencia para satisfacer las necesidades de nuestra red asistencial, fomentando su autocuidado”

VISIÓN:

“Seremos un servicio de urgencia de excelencia, eficiente e innovador en la atención urgente y emergente, comprometidos con nuestra población, para resolver con calidad las necesidades de salud de nuestra red asistencial”

VALORES:

- **Orientación hacia el paciente:** Trato personalizado desde el respeto, la empatía y adaptación a las circunstancias personales de cada usuario.
- **Profesionalidad:** Capacidad para desarrollar el trabajo encomendado con formación altamente especializada.
- **Buen ambiente laboral:** Adecuado ambiente cotidiano y físico en el que se desarrolla la actividad asistencial
- **Compromiso:** Asunción de las tareas encomendadas y objetivos marcados, desde el rigor y cumplimientos de las normas establecidas.
- **Equidad de los recursos:** Garantizar la disposición de los recursos a quienes lo necesiten
- **Actitud innovadora:** Capacidad de generar ideas, fomentando la participación de los trabajadores y la formación continuada
- **Autonomía:** Independencia para las tomas de decisiones
- **Seguridad:** Entorno seguro para el usuario. Compromiso con la seguridad del paciente
- **Universalidad:** Brindar un servicio a toda la población que lo necesite o solicite.
- **Eficiencia y gestión de los recursos:** Orientación hacia resultados

POLITICA INSTITUCIONAL

- Actuar en función de los valores de nuestro hospital
- Proceder en función de la normativa regulatoria que establece el ministerio de sanidad
- Gestión centrado en el paciente, en el marco de "salud integral"
- Funcionar en forma colaborativa y complementaria con todos los actores vinculados a la red asistencial del servicio murciano de salud, área III.
- Gestión de los recursos humanos y físicos
- Gestión financiera.

CUADRO INTEGRAL DE MANDO.

PERSPECTIVAS

PERSPECTIVA FINANCIERA

“Mejorar la gestión financiera y operacional para conseguir la sustentabilidad unidad”

PERSPECTIVA DEL USUARIO

“Conocer las expectativas y responder a la demanda de nuestros usuarios para mejorar su satisfacción”

PERSPECTIVA FORMACIÓN Y CRECIMIENTO

“Desarrollar y fortalecer la gestión de los recursos humanos en función a las necesidades de la unidad, mejorando el clima laboral y organizacional”

PERSPECTIVA PROCESO INTERNO

“Mejorar los proceso clínicos, de apoyo y administrativos para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios internos y externos”

LINEAS ESTRATÉGICAS Y FACTORES CLAVES DE ÉXITOS.

Las líneas estratégicas que se establecerán para el servicio de urgencia del Hospital Rafael Méndez, y que se citarán a continuación, deberá integrarse con el plan estratégico de este hospital. Estas líneas están enfocadas para los próximos 4 años:

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
ASISTENCIAL	Incrementar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios	<ul style="list-style-type: none">• Mejorar los procesos de gestión de cita bidireccional entre nuestra unidad y primaria-Especializadas.• Establecer un modelo de continuidad asistencial• Brindar Información adecuada al usuario (Paciente) durante su estancia• Brindar autonomía al usuario (libertad de elección)• Mejor la Accesibilidad al servicio• Ofrecer una cartera de servicio adaptada a las necesidades de la población

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
ASISTENCIAL	Brindar una asistencia sanitaria efectiva, segura y de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas en el centro • Construir un sistema de gestión de calidad • Evaluación periódica de los incidentes críticos • Mejorar la gestión de recursos • Homogeneizar la práctica asistencial con el objetivo de disminuir incidencias • Establecer política de prevención de riesgos
	Incrementar el nivel de participación y promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el auto-cuidado y educación sanitaria (empoderamiento de la salud, red de pacientes activo) • Implicar al personal en la información al ciudadano • Desarrollo e implantación de un protocolo de información enfocado al paciente y sus familiares en relación con los procesos asistenciales que le afecten • Potenciar los canales de participación y sugerencia de mejora • Promover el uso de aplicaciones y redes médicas.

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
FINANCIERA	Maximizar el beneficio económico de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reinversión de los excedentes en mejorar la tecnología de la unidad • Aplicar política de control de riesgo sanitario • Mejorar el capital humano • Gestión adecuada del capital físico • Mejorar los Ingresos adicionales por actividades propias (Ej. Docencia de universidad)
	Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una política de prestación de servicio basada en la eficiencia • Mejorar nuestra estructura, hacerla mas flexible y ajustada al gasto • Desarrollo de políticas de racionalización de consumo farmacéutico, materiales sanitarios y suministro. • Establecer protocolo para el ingreso en la unidad de observación • Establecer protocolos para las actividades asistenciales más relevantes • Aumento de la eficiencia en las áreas de reconocimiento y cuidados medios • Optimización de las pruebas complementarias • Mejorar la gestión del Stop de almacén • Fomentar la gestión clínica basada en la evidencia. • Establecer tecnología dinámica • Implicar a los gestores en nuestras políticas • Optimizar los procesos asistenciales • Desarrollo de un modelo de consulta de alta resolución • Codificación de los ingresos hospitalario y altas de la unidad mediante GRDs

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
GESTIÓN	Mejorar la continuidad de la calidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de monitorización • Promover rutas asistenciales para la gestión de nuestros procesos • Establecer redes de comunicación entre nuestros profesionales con los diferentes niveles asistencial
	Establecer una gestión enfocada hacia la excelencia	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzar el modelo de cultura de calidad • Lograr la acreditación de la unidad. (certificados: Normas UNE e ISO 91001/2000) • Establecer un liderazgo dinamico
	Adecuar los recursos tecnológicos e infraestructura a la demanda asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la infraestructura • Control y seguimiento del plan de obra propuesto • Desarrollo de política de protección y seguridad de datos
	Mejorar la coordinación entre los recursos hospitalarios y del área de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación con nuestro hospital de referencia (HUVA) • Fomentar la continuidad asistencial con nuestro hospital de cuidado medio de área (HCVA) • Mejorar la coordinación entre el servicio de urgencia y el resto de servicios del hospital para una atención sanitaria integral. • Establecer la coordinación y organización entre los diferentes ámbitos de atención urgente

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
PERSONAL	Desarrollar una política de personal	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la integración progresiva del personal • Desarrollo de mecanismo de participación y formación de los profesionales en la gestión • Fomentar e impulsar actividades de gestión de conocimiento • Potenciar el trabajo en equipo • Mejora continua y desarrollo profesional • Establecer un plan de prevención de riesgo • Establecer un protocolo para la gestión de incidente crítico (segunda víctima) • Desarrollar un mapa de competencia entre profesionales • Desarrollar implantar un plan de comunicación interno • Desarrollo de un modelo de reconocimiento e incitación por objetivos • Diseñar mecanismo de control y prevención de absentismo laboral
	Mejorar la coordinación en el espacio asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas asistenciales (Servicio de cuidados medios, área de observación.....) • Fomentar la protocolización de los procesos asistenciales. • Potenciar el papel asistencial de nuestros residentes y voluntariado.

DIMENSIÓN	LINEAS ESTRATÉGICAS	FACTORES CLAVE DE ÉXITO (FCE)
SOCIAL	Participación y colaboración con otras instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en la políticas y programa social • Mejorar la coordinación universidad y docente • Optimizar el uso de los fondos disponibles y recabar financiación exterior • Diseño de un plan de comunicación externo
	Promover el aprendizaje y la innovación	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la investigación y difusión de conocimientos

OBJETIVOS ASISTENCIALES

OBJETIVOS ASISTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una asistencia sanitaria para las patologías urgente y emergente de la zona. • Fomentar el autocuidado (empoderamiento de la salud) de nuestros pacientes • Proporcionar una atención sanitaria de la calidad. • Mejorar la accesibilidad a nuestros pacientes. • Reducción del tiempo de demora.

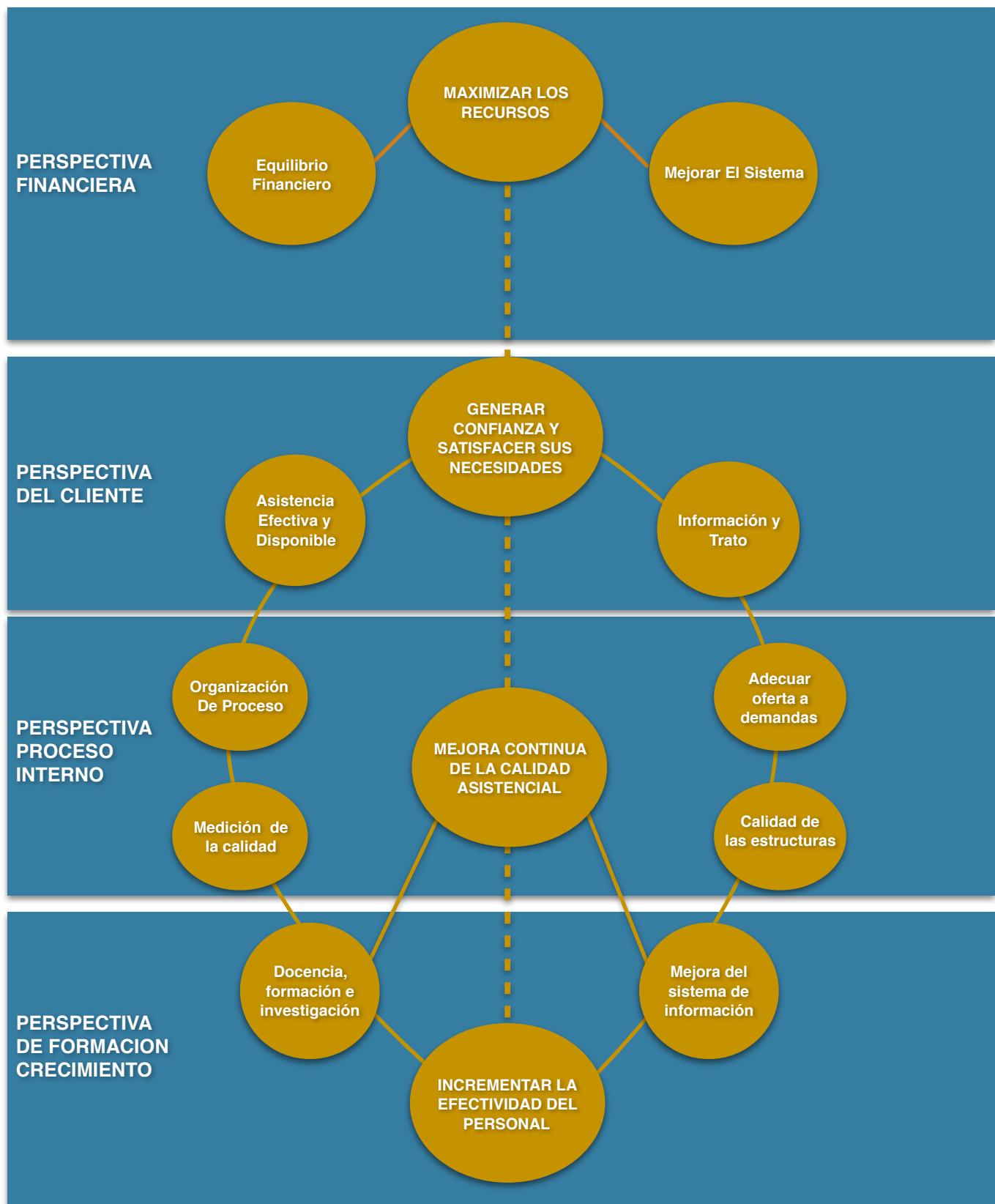
OBJETIVOS FINANCIERO

OBJETIVOS FINANCIERO
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de contabilidad de costes en la unidad. • Codificación de las altas mediante GRDs. • Promover una conciencia de costes para un consumo responsable de los recursos. • Establecer comparaciones de los procesos en base a sus costes. • Optimización de las pruebas diagnósticas. • Gestión adecuada del stop de farmacia y uso racional de medicamentos • Control de los costes estructurales de la unidad.

OBJETIVOS DE SOSTENIBILIDAD

OBJETIVOS DE SOSTENIBILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas de adopción para las innovaciones sanitarias. • Adaptación de nuestra infraestructura a la demanda poblacional. • Optimizar los proceso asistenciales. • Consolidar la participación de la unidad en las políticas social local.

MAPA ESTRATÉGICO: TABLERO BALANCEADO DE CONTROL.



Gráfica de elaboración propia para este TFM: Luis Antonio Brito

INICIATIVAS ESTRATEGIAS, PLANES DE ACCIÓN DE LA UNIDAD.

En el marco de la consecución de nuestros objetivos estratégicos, indicadores y metas a continuación se describen la siguiente matriz de impacto, en la que se establece el plan de acción y de mejora que nuestra unidad realizará en los próximos 4 años. Posteriormente se describirán cada uno de los indicadores que se implantarán.

PERSPECTIVA PROCESOS INTERNO			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Brindar una asistencia sanitaria efectiva, segura y de calidad	Porcentaje de ingresos urgentes	Adecuar del área de urgencia a la demanda.	No superar el 15%
	Presión de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas asistenciales • Potenciar el trabajo en equipo 	No superar el 55%
	Incidencia en los traslados intrahospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas de seguridad y prevención de riesgo. • Homogeneizar la práctica asistencial con el objetivo de disminuir incidencias 	Reducir las incidencia < 5%
Mejorar la coordinación en el espacio asistencial	Pacientes atendidos fuera del Box	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la coordinación y organización entre los diferentes ámbitos de atención de la unidad. • Potenciar el trabajo en equipo • Fomentar la protocolización de los procesos asistenciales. 	No superar el 1%
	Tiempo de la primera asistencia facultativa		Según su nivel de clasificación
	Tiempo Puerta-TAC en paciente con ICTU		tiempo no superior a 30 min en mas de un 90% de los TAC en código ICTU
Desarrollo de una política de personal	Revisión de materiales del carro de parada	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica de los incidentes críticos 	100%, al menos una vez al día.
	Registro de efectos adversos		Registrar > 85% de los eventos adversos ocurridos

PERSPECTIVA DEL USUARIO			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Incrementar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios.	Tiempo de demora de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> Establecer políticas en el centro 	Reducir <20% los retrasos de mas de 1h
	Tiempo de respuesta de las interconsultas	<ul style="list-style-type: none"> Establecer políticas en el centro. Establecer redes de comunicación entre nuestros profesionales con los diferentes niveles asistencial 	Un tiempo por debajo de 30 min. en un 90% de las IT.
	Tasa de reclamaciones	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer una cartera de servicio adaptada a las necesidades de la población Mejor la Accesibilidad al servicio Evaluación periódica de los incidentes críticos 	Reducir las reclamaciones a un <20%
Incrementar el nivel de participación y promoción de salud.	Información a los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Brindar Información adecuada al usuario (Paciente) durante su estancia Implicar al personal en la formación al ciudadano Promover el auto-cuidado y educación sanitaria (empoderamiento de la salud, red de pacientes activo) 	Brindar información adecuada a mas del >90% de los usuarios que la soliciten

PERSPECTIVA FORMACIÓN Y CRECIMIENTO			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Promover el aprendizaje y la innovación	Formación continua	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la investigación y difusión de conocimientos • Desarrollo de mecanismo de participación y formación de los profesionales en la gestión • Fomentar e impulsar actividades de gestión de conocimiento. • Fomentar la gestión clínica basada en la evidencia. 	Si (100%40 horas - 4 créditos/ persona/año).
	Publicaciones científicas en el servicio		2 publicaciones en revistas nacionales o 1 en revista extranjera
	Actividad investigadora		1 beca o trabajo de investigación/ año
	Sesiones clínicas		8 horas/mes
Establecer una gestión enfocada hacia la excelencia	Existencia de protocolo clínico	Establecer protocolos para las actividades asistenciales más relevantes.	Al menos 1 protocolo de urgencia

SISTEMA DE MONITORIZACIÓN. PLAN DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.

A continuación se describen los indicadores que nos permitirán evaluar la actividades en nuestra unidad de urgencia, elaborados a partir de fuente primaria, considerando las siguientes estructura para su diseño: dimensión, perspectiva, descripción, formula, justificación, población, tipo de indicador, fuente de datos y estándar o umbral.

Los primeros indicadores que se establecerán en la unidad son los indicadores de recursos y de seguridad del paciente, las implantaciones de estos indicadores se realizará de forma progresivo según las necesidades y objetivos de la unidad.

INDICADORES DE LOS RECURSOS. AREA DE URGENCIA.

NOMBRE DEL INDICADOR	PRESIÓN DE URGENCIA
DIMENSION	Satisfacción
PERSPECTIVA	Proceso Interno
DESCRIPCIÓN	Presión de urgencia: proporción entre los ingresos realizados a través del servicio de urgencia y los ingresos totales del hospital
FÓRMULA	Numero de ingresos urgentes x 100 / Total de ingresos del hospital
JUSTIFICACIÓN	Lorca es en segundo municipio mas grande de España, soportando un gran densidad población con características heterogénea. El hospital Rafael Méndez por su ubicación atiende a población de diferente zona de salud y comunidad.
POBLACIÓN	Todos los pacientes atendidos en el SURM
TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Documentación y registros del SURM
UMBRAL O STANDAR	<55%

*SURM: Servicio de urgencia del Rafael Méndez.

NOMBRE DEL INDICADOR	PROMEDIO DIARIO URGENCIA.
DIMENSION	Satisfacción
PERSPECTIVA	Proceso Interno
DESCRIPCIÓN	Urgencia atendida: Número de paciente que han acudido al servicio de urgencia para ser atendido, siendo registrado en el servicio de atención a urgencia. - Este indicador mide el promedio de pacientes que acuden al servicio de urgencia incluyendo los pacientes que son enviados desde consulta externa, atención primaria, urgencia extrahospitalaria y otros hospitales con esta consideración.
FÓRMULA	Numero de urgencias atendida / Días naturales
JUSTIFICACIÓN	La utilización de los servicios de urgencia ha aumentado de forma alarmante en los últimos años, en la mayoría de los casos para patologías no graves que podrían resolverse en centros de atención primaria.
POBLACIÓN	Todos los pacientes atendidos en el SURM
TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Registro del SURM
UMBRAL O STANDAR	No establecido

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD.

NOMBRE DEL INDICADOR	PACIENTES ATENDIDOS FUERA DE LOS BOX DE RECONOCIMIENTO.
DIMENSION	Accesibilidad. Satisfacción
PERSPECTIVA	Proceso Interno
DESCRIPCIÓN	<p>Box de reconocimiento: Es una estructura física dotada de intimidad, utilizada para el reconocimiento y tratamiento del paciente.</p> <p>Atención fuera del Box de reconocimiento: Atención realizada fuera de la estructura física adecuada “consulta de reconocimiento” fundamentalmente para los aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física • Situación que requieran intimidad <p>* Criterio de inclusión: Se considera también la atención fuera del boxes a los paciente que se atienden simultáneamente (>1) en el mismo Box, por falta de espacio.</p> <p>* Criterios de Exclusión: Paciente ubicados fuera del Box, pendiente de ingreso o en situación de espera.</p>
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes atendidos fuera de Box de reconocimiento}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100$
JUSIFICACIÓN	La atención sanitaria fuera de los espacios adecuados (Box) supone una disminución de la calidad asistencial percibida por el paciente, ademas de violentar su intimidad y una perdida del confort.
POBLACIÓN	Paciente que acuden al SURM
TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Documentación y registros del SURM
UMBRAL O STANDAR	<1%

INDICADORES DE SEGURIDAD

NOMBRE DEL INDICADOR	TIEMPO DE ESPERA PARA EL TRIAJE
DIMENSION	Seguridad
PERSPECTIVA	Proceso Interno
DESCRIPCIÓN	Tiempo de espera para el triaje: Minuto transcurrido desde la hora de llegada del paciente hasta la hora registrada de inicio del triaje.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de paciente con un tiempo de llegada. Triaje inferior o igual a 10 minutos}}{\text{Número total de paciente clasificado}} \times 100$
JUSIFICACIÓN	El triaje se instaura como herramienta de priorización de la asistencia medica. Un tiempo de espera excesivo para esta evaluación genera demora y dificulta la identificación precoz del paciente, poniendo en riesgo su seguridad.
POBLACIÓN	Paciente clasificado (triado) en el servicio de urgencia
TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Documento y registro en el SURM
UMBRAL O STANDAR	No superar los 10 minutos

NOMBRE DEL INDICADOR		TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRIAJE
DIMENSION	Seguridad	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN	Tiempo de duración del triaje: Minutos transcurridos desde el registro el inicio del triaje hasta la asignación del nivel de urgencia correspondiente.	
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de paciente con un tiempo de duración igual o inferior a 5 minutos}}{\text{Número de paciente clasificado}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	En el proceso de triaje se recogen básicamente los datos imprescindibles para la categorización del paciente en función del grado de urgencia objetivado. La prolongación innecesaria del proceso conlleva un mayor tiempo de espera para ser clasificado y una demora en el proceso global de asistencia así como un mayor riesgo para aquellos pacientes que precisan de una atención inmediata o rápida.	
POBLACIÓN	Pacientes clasificado en el SURM	
TIPO	Proceso	
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM	
UMBRAL O STANDAR	Igual o superior al 95%	

NOMBRE DEL INDICADOR		REVISIÓN DEL CARRO DE PARADA Y AREA DE REANIMACIÓN
DIMENSION	Seguridad. Oportunidad	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Revision realizada: Control y reposición de la medicación y material de los que debe disponerse y del correcto funcionamiento de los equipos. Debe constar la fecha, hora y persona que realiza la revisión - Revisiones prevista: Un mínimo de cada 24h y después de su utilización. 	
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de revisiones realizada}}{\text{Número de revisiones prevista}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	Número total de revisiones previstas durante el período revisado	
POBLACIÓN	Carro de parada y area de reanimación	
TIPO	Proceso.	
FUENTE DE DATOS	Registro de revisiones del carro de parada	
UMBRAL O STANDAR	100%: al menos cada 24 hora.	

NOMBRE DEL INDICADOR		REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS
DIMENSION		Seguridad
PERSPECTIVA		Proceso Interno
DESCRIPCIÓN		<p>Registro de efecto adverso: Notificación general o específica que recoge amenos siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores en diagnóstico • Caídas de paciente • Reacciones postransfusionales • Efectos de malfuncionamiento de equipos • Errores y complicaciones relacionadas con el proceso de atención al paciente • Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotorax toracocentesis...)
FÓRMULA		Existencia de registro de efecto adversos
JUSIFICACIÓN		La asistencia hospitalaria implica un conjunto de riesgo que genera morbilidad añadida al paciente.
POBLACIÓN		Registros del SURM
TIPO		Estructura
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM
UMBRAL O STANDAR		>85% de los eventos adversos ocurridos.

NOMBRE DEL INDICADOR		EVALUACION DE EFECTOS ADVERSO
DIMENSION		Seguridad
PERSPECTIVA		Proceso Interno
DESCRIPCIÓN		<p>Paciente con efecto adverso revisado: Paciente que ha sufrido algún efecto adverso en el que se puede comentar haber realizado una revisión sistemática del proceso que ha conducido al efecto adverso. Se considera efecto adverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores en diagnóstico • Caídas de paciente • Reacciones postransfusionales • Efectos de malfuncionamiento de equipos • Errores y complicaciones relacionadas con el proceso de atención al paciente • Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotorax toracocentesis...)
FÓRMULA		$\frac{\text{Punci\'on con efecto adversos revisado}}{\text{Total de paciente con efectos adversos registrados}} \times 100$
JUSIFICACIÓN		La asistencia hospitalaria implica un conjunto de riesgo que genera morbilidad añadida a la atención al paciente así como insatisfacción del paciente y sus familiares. Su evaluación permitirá la planificación de medidas de prevención necesarias para reducir riesgos.
POBLACIÓN		Paciente que ha sufrido un efecto adverso
TIPO		Estructura
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM
UMBRAL O STANDAR		> 90% de los eventos adversos ocurridos.

NOMBRE DEL INDICADOR		PUNCIONES ACCIDENTALES EN PROFESIONALES DE URGENCIA
DIMENSION		Seguridad
PERSPECTIVA		Proceso interno
DESCRIPCIÓN		Punción accidental: Cualquier solución de la continuidad de la piel y mucosa producido por un objeto cortante o punzante de forma accidental durante el desarrollo de las actividades asistencial propia del profesional.
FÓRMULA		Punciones accidentales notificada
JUSIFICACIÓN		Las punciones accidentales suponen un riesgo para el profesional sanitario y en su producción intervienen diferente factores (Formacion, equipamiento, carga laboral.....) que deben revisarse.
POBLACIÓN		Profesionales que ha sufrido una punción accidental
TIPO		Resultado / Centinela
FUENTE DE DATOS		Registro de accidentes laboral. Departamento de recurso humano
UMBRAL O STANDAR		Menor del 10%

INDICADORES ADECUACIÓN.

NOMBRE DEL INDICADOR		EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL
DIMENSION		Adecuación
PERSPECTIVA		Formación y Crecimiento
DESCRIPCIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato infantil: Violencia física con o sin fractura y lesiones inexplicables, desnutrición, falta de higiene, negligencia o abandono, maltrato psicológico en niños. • Violencia de genero: Malos tratos físicos a la pareja, amenazas, ect.. • Maltrato a persona mayores: Violencia física con o sin fractura, lesiones inexplicables, desnutrición, falta de higiene, negligencia o abandono, maltrato psicológico.. en personas mayores.
FÓRMULA		Sí / No
JUSIFICACIÓN		Estas situaciones de riesgo vital son motivos de consulta frecuentes en los servicios de urgencia, donde se acostumbra a detectarse de forma inicial. La importancia del personal sanitario en la pesquisa de estas situaciones resulta fundamental para su prevención y notificación a lo demás profesionales implicados (Fiscalía, agente sociales..)
POBLACIÓN		Protocolos del SURM
TIPO		Estructura
FUENTE DE DATOS		Censo de protocolos del SURM
UMBRAL O STANDAR		Si (100%)

NOMBRE DEL INDICADOR		FORMACIÓN CONTINUADA
DIMENSION	Adecuación	
PERSPECTIVA	Formación y Crecimiento	
DESCRIPCIÓN	Formación continuada: Actividad formativa organizada por la unidad docente o el servicio de urgencia.	
FÓRMULA	Numero de horas-créditos / año de formación externa / persona	
JUSIFICACIÓN	La participación o asistencia a las actividades formativa de organizada por la unidades interesante para la adquisición de conocimientos, así como crear lazos entre profesionales.	
POBLACIÓN	Personal de plantilla (Medico, enfermero, celadores..), Residentes.	
TIPO	Proceso	
FUENTE DE DATOS	Registro de actividad formativa SURM.	
UMBRAL O STANDAR	Si (100%40 horas - 4 créditos/persona/año).	

NOMBRE DEL INDICADOR		PUBLICACIÓN CIENTIFICA EN EL SERVICIO
DIMENSION	Adecuación	
PERSPECTIVA	Formación y Crecimiento	
DESCRIPCIÓN	Publicaciones científica: Comunicación de tema de interés científico referente a la medicina remitida y publicada por la unidad en revistas científicas.	
FÓRMULA	Numero de publicaciones el servicio / año	
JUSIFICACIÓN	Las actividades científicas se deben acompañar a la práctica asistencial del servicio de urgencia.	
POBLACIÓN	Publicaciones en revistas científicas por el servicio de urgencia	
TIPO	Resultado	
FUENTE DE DATOS	Registro de publicaciones científicas	
UMBRAL O STANDAR	2 publicaciones en revistas nacionales o 1 en revista extranjera	

INDICADORES DE EFECTIVIDAD

NOMBRE DEL INDICADOR		RETORNO A LAS 72 HORAS
DIMENSIÓN	Efectividad. Seguridad	
PERSPECTIVA	Usuario	
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Retorno a las 72 horas: Pacientes que habiendo sido valorado y dado de alta por un facultativo de nuestro servicio vuelve a consultar en menos de 72 horas, independientemente que lo hagan igual o por el mismo proceso de consulta. 	
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente que retornan al SURM en un periodo de 72 horas}}{\text{Numero de paciente atendido en el SURM}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	Los motivos por lo que vuelven a consultar los pacientes al servicio de urgencia en un periodo breve posterior a la primera atención incluyen aquellos en lo que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlo.	
POBLACIÓN	Paciente atendido en el servicio de urgencia durante el periodo de tiempo revisado	
TIPO	Resultado	
FUENTE DE DATOS	Hora de entrada en el registro del SURM	
UMBRAL O STANDAR	No actualizado	

NOMBRE DEL INDICADOR		DETERMINACIÓN DE CONSTANTES VITALES
DIMENSIÓN	Efectividad	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN	Determinación de constantes vitales: registro escrito de al menos uno (1) de los parámetros que conforman las constantes vitales básicas (p. Ej. Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria temperatura y la saturación,...) forma parte de la bases de nuestro sistema de clasificación y priorización del paciente	
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente con determinación de al menos uno (1) de los parámetros que forman parte de la constantes básica}}{\text{Numero total de paciente clasificados}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	Las constantes vitales son parámetros que nos indica el estado hemodinámico del paciente en función de ello se centra el sistema de clasificación de Machester	
POBLACIÓN	Paciente clasificado en el servicio de SURM	
TIPO	Proceso	
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM	
UMBRAL O STANDAR	95%	

NOMBRE DEL INDICADOR		TIEMPO PUERTA-TAC EN PACIENTE CON ICTUS
DIMENSION	Afectividad.	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo puerta- TAC: es el periodo de tiempo transcurrido desde la entrada del paciente a urgencia hasta el inicio de la prueba diagnostica TAC - Paciente subsidiario de trombolisis: paciente que reúne los criterios para ser tratado con esta terapia. 	
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente con ICTUs subsidiario de trombolisis con un tiempo puerta-TAC igual o inferior a 30 minutos}}{\text{Numero de paciente atendido con ICTUs subsidiario de trombolisis}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	Ante un paciente afecto de ictus es importante conocer cuanto antes la extensión y el tipo de accidente vascular cerebral, con el fin de adecuar al máximo las medidas terapéuticas, habiéndose demostrado que el tratamiento precoz de esta patología mejora su pronóstico.	
POBLACIÓN	Paciente con diagnostico al alta de ICTUs subsidiario de trombolisis, atendido en el SURM durante el periodo revisado	
TIPO	Proceso	
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro el SURM,	
UMBRAL O STANDAR	>90% un tiempo no superior a 30 minutos	

NOMBRE DEL INDICADOR		SOLICITUD RADIOLOGIA CERVICAL EN PACIENTE CON TRAUMATISMO CERVICAL
DIMENSION	Efectividad. Seguridad.	
PERSPECTIVA	Usuario	
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo cervical: Incluye a toda lesión o trauma cervical aislado o en el contexto de un politraumatismo. • Radiografia adecuada de la columna cervical: Radiografia realizada de columna con adecuada penetracia y calidad de la imagen en la que se permite visualizar hasta 7ma vértebra cervical (C7). 	
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente con trauma cervical con radiografía adecuada de la columna cervical en la que se permite visualizar hasta C7}}{\text{Numero de paciente con traumatismo de la columna cervical con radiografía realizada}} \times 100$	
JUSIFICACIÓN	La radiografia de columna cervical es necesaria para la valoración correcta en paciente con traumatismo cervical y/o inconsciente con la finalidad de descartar lesiones óseas de la columna cervical.	
POBLACIÓN	Pacientes con traumatismo cervical o politraumáticos atendidos en el servicio de urgencias en el período estudiado y con Rx de columna cervical	
TIPO	Proceso	
FUENTE DE DATOS	Documentación y Registro del SURM Observación directa de la radiología	
UMBRAL O STANDAR	100%	

INDICADORES DE EFICIENCIA

NOMBRE DEL INDICADOR		ESTANCIA SUPERIOR A 24 HORA EN EL SERVICIO DE URGENCIA
DIMENSION	Eficiencia. Seguridad	
PERSPECTIVA	Proceso interno	
DESCRIPCIÓN	Estancia: Es el tiempo desde la llegada al servicio hasta su alta por el servicio independientemente del destino al alta.	
FÓRMULA		Número de paciente con estancia superior a 24h en el SURM ----- x 100 Número de paciente atendido en el servicio
JUSIFICACIÓN		La estancia superior a 24 hora en el SURM puede ser como consecuencia de problemática asociada a la optimización de la gestión de cama hospitalaria o de capacidad resolutiva del propio servicio de urgencia. Tan solo puede justificarse una estancia superior a 24 en situaciones de inestabilidad hemodinámica de paciente y/o la aparición de nueva patología aguda durante la valoración del paciente.
POBLACIÓN		Paciente atendido en el servicio de urgencia durante el tiempo de estudio
TIPO		Proceso
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM y del Hospital
UMBRAL O STANDAR		<3% de la media de población asistida al día
REFERENCIAS		Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'a- tenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Re- cerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001.

NOMBRE DEL INDICADOR		ESTANCIA MEDIA EN EL AREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIA
DIMENSION	Eficiencia. Seguridad	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN	Estancia media en el área de observación: Tiempo que transcurre desde su ingreso en el área de observación hasta su salida de la misma, independientemente de su destino a la salida.	
FÓRMULA		Suma del tiempo de estancia de cada paciente en observación ----- Número e paciente en el área de observación analizados.
JUSIFICACIÓN		La estancia media de un paciente en el área de observación esta relacionada con la capacidad resolutiva del servicio y/o con una correcta gestión de las camas hospitalaria o de su alternativa de hospitalización (Hosp. de cuidados medios). Una estancia superior a 24 hora solo se puede justificar ante situaciones de inestabilidad hemodinámica, empeoramiento agudo durante su estancia.
POBLACIÓN		Paciente que son atendido en el área de observación durante el periodo de análisis.
TIPO		Proceso
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM y del Hospital
UMBRAL O STANDAR		<24 Horas

PETICIÓN DE ANALITICA INNECESARIAS	
DIMENSION	Eficiencia. Seguridad.
PERSPECTIVA	Financiera
DESCRIPCIÓN	Analítica innecesaria: Solicitud de pruebas analítica a paciente que por su motivo de consulta, criterios de clasificación en triaje o patologías previas asociada no son subsidiario de analítica.
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente dado de alta a domicilio con analítica realizada}}{\text{Numero de paciente dados de alta a domicilio}} \times 100$
JUSIFICACIÓN	La petición necesaria enlentece el proceso asistencial, encarece la asistencia y expone al paciente a molestias evitables así como solicitud riesgo. Este indicador nos permite realizar una aproximación a la magnitud de este fenómeno.
POBLACIÓN	Pacientes atendido en el SURM
TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM
UMBRAL O STANDAR	<35%

RECHAZO DE MUESTRA ANALITICA	
DIMENSION	Eficiencia. Seguridad.
PERSPECTIVA	Financiera
DESCRIPCIÓN	Muestra rechazada: Muestra analítica cuya condición o permite efectuar su análisis por parte del laboratorio (quedan excluidos el rehuso por falta de datos en la solicitud o por repetición de muestra ya realizada)
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de muestra analítica rechazadas por el laboratorio}}{\text{Número total de muestras analítica enviada hacia el laboratorio N}} \times 100$
JUSIFICACIÓN	el rechazo de una analítica puede ser debido a factores en la extracción de la muestra, manipulación incorrecta entre otros condicionantes. Se precisa de su detección para evitar repercusiones negativa para el paciente y retraso en la asistencia medica.
POBLACIÓN	Paciente atendido en el SURM
TIPO	Resultados
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM y del laboratorio
UMBRAL O STANDAR	<1%

NOMBRE DEL INDICADOR		PETICIÓN DE RADIOLOGIA INNECESARIAS
DIMENSION		Eficiencia. Seguridad.
PERSPECTIVA		Financiera
DESCRIPCIÓN		Radiología innecesaria: es la realización de cualquier exploración radiológica a paciente que por su motivo de consulta, criterios de clasificación en triaje o patologías previas asociada no son subsidiario de esta prueba de imagen.
FÓRMULA		$\frac{\text{Número de pacientes dados de alta a domicilio con radiología realizada}}{\text{Número total de pacientes dados de alta a domicilio}} \times 100$
JUSIFICACIÓN		La petición de radiología innecesaria puede comportar una situación de yatrogenia, demoras, encarecimiento de la asistencia, empeoramiento de la calidad del proceso asistencial.
POBLACIÓN		Paciente atendido y dado de alta en el servicio de urgencia durante el periodo de análisis
TIPO		Proceso
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM y del servicio de radiodiagnóstico
UMBRAL O STANDAR		<40%

NOMBRE DEL INDICADOR		TIEMPO DE DEMORA DE INGRESO
DIMENSION		Eficiencia y Seguridad
PERSPECTIVA		Usuario
DESCRIPCIÓN		- Demora en el ingreso: Intervalo de tiempo comprendido entre la hora en la que se solicita el ingreso hasta la salida del paciente
FÓRMULA		$\frac{\text{Número de paciente con demora de ingreso superior a 1 hora}}{\text{Número de paciente que ingresan}} \times 100$
JUSIFICACIÓN		Una vez indicado el ingreso y finalizada la asistencia por parte del servicio de urgencia, el tiempo que el paciente permanezca en el servicio incide negativamente en la carga de trabajo y en la dinámica del servicio de urgencias.
POBLACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Paciente que ingresan en el hospital (independientemente del servicio) a partir del SURM durante el periodo de estudio • Se excluyen a los paciente ingresados en unidades dependiente del servicio de urgencia su la hubiese (Unidad de corta estancia).
TIPO		Resultados
FUENTE DE DATOS		Registro de admisión
UMBRAL O STANDAR		< 20%

INDICADORES DE CONTINUIDAD

NOMBRE DEL INDICADOR		CUMPLIMENTACIÓN DE INFORME DE ASISTENCIA
DIMENSION	Continuidad. Seguridad	
PERSPECTIVA	Formación y Crecimiento	
DESCRIPCIÓN		<p>Informe de asistencia correcto: este debe incluir , junto a los datos de identificación del paciente la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivo de consulta • Antecedentes personales y familiares • Anamnesis y Exploración física • Pruebas complementarias (si se ha realizado) • Evolución • Tratamiento instaurado (Si lo hubiese realizado) • Orientación diagnostica • Tratamiento y recomendaciones • Destino a su alta del servicio.
FÓRMULA		$\frac{\text{Numero de informes asistencia correctos de pacientes dados de alta.}}{\text{Numero de informes de asistencia de enfermos dado de alta.}} \times 100$
JUSIFICACIÓN		Este indicador mide la calidad de la asistencia, ya que el adecuado registro de las actividad generada durante el acto asistencial permite la comunicación entre varios profesionales, ademas de constituir un documento medico-legal de capital importancia.
POBLACIÓN		Paciente atendido y dado de alta por el servicio durant el periodo de estudio
TIPO		Resultados
FUENTE DE DATOS		Documentación y registro del SURM.
UMBRAL O STANDAR		> 85%

NOMBRE DEL INDICADOR		TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS INTERCONSULTAS
DIMENSION	Continuidad	
PERSPECTIVA	Proceso Interno	
DESCRIPCIÓN		<p>Interconsulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración realizada por el facultativo de guardia en horario no laboral tanto de presencia o localizable • La realizada por el facultativo / servicio en jornada laboral <p>Tiempo de respuesta de interconsulta: intervalo de tiempo entre la emisión del aviso, ya sea por busca o por contacto telefónico y la respuesta por parte del facultativo</p>
FÓRMULA		$\frac{\text{Numero de interconsulta atendida en un tiempo superior a 30 minutos}}{\text{Numero de interconsulta solicitada}}$
JUSIFICACIÓN		En los servicio de urgencia se atienden a paciente con patologías en la que la demora en el diagnóstico y tratamiento tiene gran repercusión en la posterior evaluación del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido desde la demanda asistencial por parte de los facultativo de urgencia a un paciente es determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención desde el punto de vista de la calidad percibida.
POBLACIÓN		Paciente atendido en el SURM que necesitan interconsulta por especialista de otras unidades,

TIPO	Proceso
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM
UMBRAL O STANDAR	Tiempo < 30 min. en un 90% de las Interconsultas

INDICADORES DE SATISFACCION

NOMBRE DEL INDICADOR	INFORMACIÓN A LOS PACIENTE
DIMENSION	Satisfacción
PERSPECTIVA	Usuario
DESCRIPCIÓN	Paciente informado: paciente que responden "si" en las preguntas de la encuestas de satisfacción Si la pregunta de la encuesta tiene una escala de valoración ordinal, se acepta como si la respuesta positiva (>5 en EVA)
FÓRMULA	$\frac{\text{Numero de paciente informado}}{\text{Numero de paciente dado de alta por el servicio de urgencia}} \times 100$
JUSIFICACIÓN	El derecho a la información se halla reconocido en la ley de sanidad, siendo por tanto un imperativo legal. La información sobre el proceso asistencial proporciona al paciente la autonomía necesaria para participar en las decisiones que le afecten.
POBLACIÓN	Paciente atendido en el servicio de urgencia durante el periodo de estudio. Excluyendo a los pacientes ingresados o derivados hacia otros centros.
TIPO	Resultado
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM y encuesta de satisfacción
UMBRAL O STANDAR	>90%
REFERENCIAS	Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Emergencias 2001; 13:60-65.

NOMBRE DEL INDICADOR	TASA DE RECLAMACIONES
DIMENSION	Satisfacción
PERSPECTIVA	Usuario
DESCRIPCIÓN	Reclamación: Manifestación escrita o verbal por parte del paciente o su familiar, de cualquier situación o incidente que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial en urgencia. Se incluye a los pacientes que abandonan el servicio ante de ser dado de alta (Fuga)
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de paciente que han presentado reclamación durante el periodo de estudio}}{\text{Número de paciente atendido durante el periodo de estudio}} \times 1000$
JUSIFICACIÓN	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, y familiares. Este indicador es una medida global del grado de conformidad de los pacientes con la asistencia percibida permitiendo hacer mejoras en este campo.

POBLACIÓN	Pacientes atendidos en urgencias durante el período de estudio
TIPO	Resultado
FUENTE DE DATOS	Documentación y registro del SURM y de la unidad de atención al usuario
UMBRAL O STANDAR	<30% de reclamaciones
REFERENCIAS	Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001.

NOMBRE DEL INDICADOR		SASTIFACCIÓN DEL PACIENTE
DIMENSION		Satisfacción
PERSPECTIVA		Usuario
DESCRIPCIÓN		Satisfacción: Grado de cumplimiento de la expectativa establecida previo a su consulta en el servicio de urgencia.
FÓRMULA		$\frac{\text{Número de pacientes que responden en la escuela de satisfacción al ítem "satisfacción global" MUY SATISFECHO O SATISFECHO}}{\text{Número total de paciente que responden a la escuela en el periodo a analizar}} \times 100$
JUSIFICACIÓN		El nivel de satisfacción de los pacientes de un servicio de urgencia es fiel a su reflejo de la calidad percibida.
POBLACIÓN		Todos los pacientes atendidos en el SURM en el periodo de estudio.
TIPO		Resultados
FUENTE DE DATOS		Encuesta de satisfacción.
UMBRAL O STANDAR		Aún no establecido

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Decreto 62/1986, de 18 de julio, por el que se delimitan las Zonas Básicas de Salud en la Región de Murcia (BORM, núm. 199, de 10 de agosto).
2. Decreto 27/1987, de 7 de mayo (BORM núm. 126 de 3 de junio).
3. Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. (BOAR, num. 173 de 15 de marzo de 1990).
4. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. (BOE, núm 43, de 11 de octubre de 1994).
5. Orden de 24 de abril de 2009, por la que se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia (BORM, de 7 de Mayo 2009).
6. Murciasalud. «Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se modifica la relación de Áreas de Salud en la que podrán solicitar prestar servicios los integrantes de las bolsas de trabajo del Servicio Murciano de Salud». [Consultado el 21 de Noviembre de 2016]. Disponible en <http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=162581&idsec=1935>.
7. Ayuntamiento de Lorca. Definición de estrategia para el desarrollo económico y empleo, mejora de la calidad de vida bienestar en el municipio de Lorca. Lorca: Universidad politécnica de Cartagena; 2000 [Actualizado Febrero; 20 de Octubre 2016] Disponible en <http://www.lorca.es/ficheros/file/novedadespagprincipal/indicadores-municipio-lorca/1-%20informe%20ejecutivo/Estudio%20definición%20estrategias%20LORCA.pdf>.
8. Murciasalud. Área de salud III (Lorca). Murcia. [internet] [consultado el 22 de noviembre 2016]. Disponible en http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=3&idsec=410
9. Murciasalud. Hospital Rafael Méndez. Murcia [internet]. disponible en <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=6275&idsec=977>.
10. Kevin Mackway-Jones; Janet Marsden; Jil Windle. Emergency Triage. Oviedo: Grupo Español de triage Manchester. [Consultado el 29 de Noviembre 2016] (3). Disponible en http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php
11. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín oficial del estado, núm. 274, de 15 de noviembre 2002, pagina 40126 a 40132).
12. Decreto 80/2005, de 8 de julio de, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro. (BORM, num. 19 de 8 de julio de 2005).
13. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE. núm. 298, de 14 de diciembre 1999).
14. Ley 10/1998, de 21 de abril, de residuo (BOE. Num. 22 de 22 de abril 1999).
15. Sociedad española de calidad asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Murcia: 2011 [Última actualización 4/10/2011; consulta realizada el 18/12/2016]. Disponible en <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
16. Sociedad española de medicina de urgencia y emergencia. Manual de indicadores de calidad para los servicio de urgencias de hospitales. Madrid: Burgo, S.L; 2009. [Última actualización 10/3/2014; consultado el 18/12/2016]. Disponible en http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/3_Manual_SEMES_2009.pdf

17. Día, Óscar; Ingelmo, Mireia; Triquell, Lluís. *La innovación en los hospitales*. Barcelona: Antares Consulting, 2008.
18. Consejería de sanidad y consumo. Plan de salud de la región de Murcia. 2010-2015. Murcia: Libecrom, S.A 2010 [Última actualización 2010; consultado 7/1/2017] Disponible en <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=144972>
19. Moracho del Río, Oscar. Sistema de información para la dirección: Cuadro de Mando. Madrid: Escuela nacional de sanidad; 2013 [consultado el 4/1/2017] (1): 8-40. Disponible en http://e-spatio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500688/n9.4_Cuadros_de_mandos.pdf
20. V, de la Paloma; R. Marztu. Crecimiento económico y desarrollo. Madrid: [Internet] 2005 [Citado el 22/12/2016] 2-5. Disponible en <http://www.ecobachillerato.com/temaseco/temas/tema13desarrollo.pdf>
21. Ruiz J; Castillo F. Propuesta de guía de memoria profesional. Madrid: [Internet] 2002 [consultado el 13/12/2016] (1): 6-18. Disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/memoria%20semicyuc.pdf>
22. Pastor Tejedor, Navarro Ella. Diseño del cuadro integral de mandara un hospital publico desarrollado en base a los modelos de excelencia. Bilbao: [Internet] 2002. [consultado el 15/12/2016] Disponible en https://www.pomsmeetings.org/ConfProceedings/002/POMS_CD/Browse%20This%20CD/PAPERS/002-0525.pdf
23. Localizador de centros por área de salud [mapa geográfico], Murcia: [Consultado el día 7/1/2017]. Disponible en http://www.murciasalud.es/salud_mental.php?a=buscador&idsec=898
24. Requisitos de seguridad para equipos de electromedicina (normativa de la Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica, SEEIC), norma UNE 60601.
25. Estandares en el control de calidad de los aparatos medicos X. Canals-Riera, J.C. Fernández Aldecoa, Proceedings XV Winter Course of CATAI-2007: Standards in Telemedicine, marzo 2007 (en página web de la SEEIC).



INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	LUIS ANTONIO BRITO DRULLARD
Dirección	Avenida del Golf, 108, puerta A, Urb. Altorreal. Molina de Segura. 30506, Murcia, España.
Teléfono	605529236
Correo electrónico	loisbrito@hotmail.com
Nacionalidad	Española y Dominicana
Fecha de nacimiento	16 de Diciembre 1984

EXPERIENCIA LABORAL

• Fechas (de – a)	DEL 1 DE AGOSTO 2013 A ENERO 2014
• Nombre y dirección del empleador	Servicio de Urgencia del Hospital General Morales Meseguer. Servicio Murciano De Salud Av. Marquez de los Vélez, 30008. Murcia
• Tipo de empresa o sector	Servicio de Salud
• Puesto o cargo ocupados	Facultativo en Urgencia y Emergencia Hospitalaria
• Principales actividades y responsabilidades	Atención a la Urgencias y Emergencias Hospitalaria. Manejo del Paciente critico. Diagnóstico y tratamiento de procesos asistenciales.
• Fechas (de – a)	DE FEBRERO 2014 A FEBRERO 2015
• Nombre y dirección del empleador	Servicio de Urgencia del Hospital Vega Baja. Servicio Valenciano de Salud Carretera Orihuela-Almoradí, Km 8, 03314, Orihuela, Alicante.
• Tipo de empresa o sector	Servicio de Salud
• Puesto o cargo ocupados	Facultativo en Urgencia y Emergencia Hospitalaria
• Principales actividades y responsabilidades	Atención a la Urgencias y Emergencias Hospitalaria. Manejo del Paciente critico. Diagnóstico y tratamiento de procesos asistenciales.

• Fechas (de – a)	DE FEBRERO 2015 HASTA ABRIL 2016
• Nombre y dirección del empleador	Servicio de Urgencia de Atención Primaria. Gerencia 061. Servicio Murciano de Salud Calle escultor Sanchez Lozano Nº 7, 30005, Murcia.
• Tipo de empresa o sector	Servicio de Salud
• Puesto o cargo ocupados	Facultativo en Urgencia y Emergencia Extrahospitalaria
• Principales actividades y responsabilidades	Atención a la Urgencias y Emergencias Extrahospitalaria. Inicio de la Estabilización del Paciente critico. Manejo del Paciente politraumatizado. Traslado interventor de paciente critico y no critico. Atención al paciente frágil. Soporte vital básico y Avanzado.
• Fechas (de – a)	DE ABRIL 2016 A MAYO 2016
• Nombre y dirección del empleador	Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Area IV de salud. Servicio Murciano de Salud. Calle Junquico, s/n, 30400,Caravaca de la Cruz. Murcia.
• Tipo de empresa o sector	Servicio de Salud
• Puesto o cargo ocupados	Facultativo en Atención Primaria.
• Principales actividades y responsabilidades	Atención al paciente. Atención comunitaria. Atención al paciente frágil y pluripatológico. Aplicación de programa de vacunación y prevención. Prevención de factores de riesgos cardiovasculares. Atención a las patologías no urgente.
• Fechas (de – a)	DESDE JUNIO 2016
• Nombre y dirección del empleador	Hospital General Universitario Rafael Méndez. Servicio Murciano de Salud Carretera Nacional 340, km 589, 30817. Lorca. Murcia.
• Tipo de empresa o sector	Servicio de Salud
• Puesto o cargo ocupados	Facultativo en Urgencia y Emergencia Hospitalaria
• Principales actividades y responsabilidades	Atención a la Urgencias y Emergencia Hospitalarias. Manejo del Paciente critico. Diagnóstico y tratamiento de procesos asistenciales.

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

• Fechas (de – a)	De Enero 2002 a Abril 2008.
• Nombre y tipo de organización que ha impartido la educación o la formación	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Ubicada en la Av. Alma Mater, ciudad universitaria, Distrito Nacional. República Dominicana.
• Principales materias o capacidades ocupacionales tratadas	280 créditos de educación universitaria, según el plan de estudio de la facultad de ciencias de la salud: Escuela de medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).
• Título de la cualificación obtenida	Licenciado en Medicina. Noviembre del 2008 según el real decreto 285/2004, del 20 de febrero (BOE de 4 marzo)
• Nivel alcanzado en la clasificación nacional	- Calificación notable durante el periodo formativo universitario. - Calificación sobresaliente en el periodo de investigación de la tesis doctoral.

CURSOS Y DIPLOMADOS

- 18/06/2009 Curso "Actualización En patología De Alta Prevalencia"
- 6/10/2009 Curso "Comunicación Básica Médico-Paciente"
- 12/11/2009 Curso "Taller De Radiología"
- 13/10/2009 Curso "Manejo De Epoc"
- 18/05/2011 Curso "Taller Práctico De Electrocardiografía"
- 24/02/2011 Curso "seguridad Del Paciente Prevención De Los Errores Clínico"
- 16/11/2010 Curso "Organización Sanitaria y Gestión Clínica"
- 25/10/2010 Curso "Atención Al Paciente Anciano"
- 12/12/2011 Curso "Estrategias Para El Uso Racional Del Medicamento"
- 28/06/2011 Curso "Comunicación Terapéutica"
- 29/04/2010 Diploma "Desfibrilación Semiautomática y RCP Instrumentalizada En El Hospital"
- 27/06/2014 Diploma "Comunicación y Manejo Clínico: Depresión En Atención Primaria"

CAPACIDADES Y APTITUDES SOCIALES

- Empático.
- Capacidad de comunicación.
- Dominio de la relación médico-paciente.
- Vocación de servicio.
- Educador de paciente
- Humano y respetuoso
- Sensible culturalmente

CAPACIDADES Y APTITUDES

Dotes para la organización de equipos y coordinación de proyecto
Capacidad en trabajo en equipo.
Compresión de la investigación médica
Toma de decisiones bajo presión
Comunicativo con información
Conducta profesional
Sensibilización sobre el control de la calidad

LENGUA MATERNA

ESPAÑOL

CAPACIDADES Y APTITUDES TÉCNICAS

WINDOWS, LINUX, MAC OSX,, ADOBE ILLUSTRATOR, INDESIGN,
DREAMWEAVER, FLASH

CAPACIDADES ORGANIZATIVAS

- CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO.
- PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS.
- APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y ESTRATEGIAS.
- CONTROL DEL ESTRÉS.
- RACIONALIZACIÓN.
- CAPACIDAD ANALÍTICA.
- CAPACIDAD DE SINTESIS.
- INICIATIVAS PROPIAS.
- CREATIVIDAD.