



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

Trabajo Fin de Máster

Memoria para concurso a la
Jefatura del Servicio de Urgencias
del Hospital General Universitario
Reina Sofía de Murcia.

Presentado por: Francisco Javier Martínez García

Asesorado por: José Antonio Ortigueira Espinosa

Ciudad: Murcia

Fecha: 15 - Mayo – 2017

ÍNDICE	Pag.
1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO	4
2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO	5
2.1. MARCO JURIDICO	5
2.1.1 MARCO JURÍDICO NACIONAL	5
2.1.2 MARCO JURÍDICO REGIONAL	9
2.1.3 MARCO JURIDICO PROFESIONAL	10
2.1.4 MARCO JURIDICO RELACIONADO CON EL USUARIO	12
2.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA DE URGENCIAS	13
2.3 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	14
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	16
3.1. ANÁLISIS EXTERNO	16
3.1.1 RECURSOS SANITARIOS EXTRAHOSPITALARIOS PUBLICOS DEL AREA	18
3.1.2 HOSPITAL DE REFERENCIA DEL ÁREA DE SALUD VII (Murcia Este)	20
3.1.3 HOSPITALES PUBLICOS DE AREAS LIMITOFES	25
3.1.4 RED DE SALUD MENTAL	25
3.1.5 RECURSOS SANITARIOS PRIVADOS	27
3.1.6 RECURSOS SOCIALES	27
3.1.7 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DEL CENTRO EN EL QUE SE ENCUADRA LA UNIDAD QUE SE ESTÁ ANALIZANDO	28
3.1.8 PLAN ESTRATÉGICO DEL CENTRO/SISTEMA SALUD DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	30
3.2 ANÁLISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	34

3.2.1	ESTRUCTURA FUNCIONAL	34
3.2.2	RECURSOS HUMANOS	38
3.2.3	ANÁLISIS DE LOS DATOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	39
3.2.4	PREVISIÓN DE LA DEMANDA: CRECIMIENTO DE INMIGRANTES, TERCERA EDAD	53
3.2.5	MATRIZ DAFO/CAME	55
4.	PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	61
4.1	MISIÓN VISIÓN Y VALORES	60
4.2	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	61
4.3	OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD	63
4.4	MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD	68
4.5	PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE	69
4.6	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	79
4.7	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	80
4.8	GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA	85
4.9	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	89
4.10	DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA	90
4.11	ACTIVIDAD INVESTIGADORA: SÍ, NO, ENSAYOS CLÍNICOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	93
4.12	MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO	94
5.	CURRÍCULUM DEL CANDIDATO	100
5.1	PERFIL PROFESIONAL DEL CANDIDATO	100
5.2	FUNCIONES DEL JEFE CLÍNICO	106
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
7	ANEXO I	111

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El propósito de este documento es la realización de una memoria de cara a la hipotética presentación de mi candidatura a la jefatura de Servicio del Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Murcia, a la vez de dar cumplimiento al requisito de realizar un Trabajo Fin de Máster basado en dicha temática, según la propuesta realizada por la Universidad Internacional de la Rioja para su “Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria”.

Para ello elaboraremos una memoria descriptiva de la estructura, organización, cartera de servicios, objetivos asistenciales, de investigación y económicos del Servicio de Urgencias, como una unidad de gestión clínica integrada en El Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Analizaremos los datos asistenciales de los últimos cinco años, habiéndonos sido posible la recopilación de información de las reclamaciones formuladas por asistencia en nuestro servicio de urgencias en los últimos tres años, que también trataremos.

Las fuentes de datos para el desarrollo del análisis han sido el Departamento de Gestión de Datos del Hospital, en cuanto a datos asistenciales y el Servicio de Atención al Usuario del centro en cuanto a datos relacionados con reclamaciones, a los que agradecemos la colaboración prestada.

La obtención de datos sobre la asistencia realizada en urgencias y su relación con la gravedad y/o comorbilidad de los pacientes para realizar un análisis del nivel de complejidad de la patología asistida, no ha sido posible hasta la fecha .

Finalmente realizaremos tanto un diagnóstico de necesidades para un óptimo funcionamiento del servicio como una propuesta de mejora basada en dicho análisis.

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

2.1 MARCO JURIDICO

2.1.1 MARCO JURÍDICO NACIONAL

El marco Jurídico en el que se desarrolla la actividad sanitaria comprende entre otros:

- La Constitución Española (1978).
- Ley General de Sanidad (1986).
- Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).
- Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006).
- Ley General de Salud Pública (2011).
- Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012).

La Constitución Española de 1978

En su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, otorgando a los poderes públicos las competencias de organizar y tutelar la salud pública.

La Ley 14/1986, General de Sanidad.

Con condición de norma básica, tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.

En la ley se declaran titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

En su Título III define las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud, como conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados..

Establece para cada Comunidad Autónoma la constitución de un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, gestionado, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Queda así definido el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Define las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- Extensión de sus servicios a toda la población.
- Organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprendiendo tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como la curación y rehabilitación.
- Coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- Financiación mediante los recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados

La Ley establece las Áreas de Salud como las estructuras fundamentales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área.

Para conseguir una mayor operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.

En la delimitación de las zonas básicas debe tenerse en cuenta:

- Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios.
- El grado de concentración o dispersión de la población.
- Las características epidemiológicas de la zona.
- Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

Son responsabilidad de las Áreas de Salud las siguientes actividades:

- En el ámbito de la atención primaria de salud, la atención al individuo, la familia y la comunidad; con funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.
- En el nivel de atención especializada, la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y el desarrollo de las demás funciones propias de los hospitales.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

La Ley regula, los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para, en su caso, la financiación con fondos públicos.

Regula la actuación de las personas físicas o jurídicas en cuanto intervienen en la circulación industrial o comercial y en la prescripción o dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, Regula también la Ley los criterios y exigencias generales aplicables a los medicamentos veterinarios, los cosméticos y productos de cuidado personal.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad.

Persigue en palabras de su Exposición de Motivos “afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo”.

Aborda la cobertura del sistema, la titularidad del derecho a la condición de asegurado, la categorización de la cartera de servicios del sistema nacional de salud, la creación de un fondo de garantía asistencial, medidas sobre la prestación farmacéutica y medidas en materia de recursos humanos.

2.1.2 MARCO JURÍDICO REGIONAL

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia es necesario nombrar:

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia.

Crea el servicio de salud de la Región de Murcia, dotado de personalidad jurídica, para la gestión de los servicios de promoción de la salud y la atención a la enfermedad en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Murcia, determinando sus funciones.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

Recoge los principios que deben guiar las actuaciones de las administraciones sanitarias, la regulación de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, y la promoción y defensa de los derechos de los mismos.

Delimita las competencias en materia sanitaria de las distintas administraciones públicas de la Región de Murcia.

Regula la planificación sanitaria, que, a través del Plan de Salud, garantizará una distribución racional de los recursos.

Ordena los recursos sanitarios en la Región de Murcia, con la delimitación de las tareas asistenciales, que deberá realizar el Servicio Murciano de Salud, y las de salud pública, que se realizarán a través de las estructuras del área de salud.

Regula las funciones del Servicio Murciano de Salud como ente público encargado de prestar la asistencia sanitaria en la Región de Murcia.

Regula la docencia e investigación, en los servicios de salud, con el fomento de la permanente actualización de los profesionales que trabajan en los mismos

Ley 5/2012, de 29 de junio, de ajuste presupuestario y de medidas en materia de Función Pública.

Contempla todo un conjunto de medidas de diversa índole, tanto en lo relativo a la reducción del gasto como al incremento de los ingresos públicos entre las que incluye medidas de impacto político, de simplificación del sector público regional, políticas de recursos humanos, y expresamente un conjunto de medidas de aplicación en el ámbito sanitario (Servicio Murciano de Salud).

Distintas órdenes y decretos han ido conformando la estructura actual del Servicio Murciano de Salud de las que enumeramos:

- Decreto 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia
- Decreto nº 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- Decreto número 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud.
- Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno autonómico se procedió a modificar las áreas de salud que hasta el momento dividían el territorio de la Región

2.1.3 MARCO JURIDICO PROFESIONAL

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Esta ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.

Tiene por objeto regular la relación funcional especial del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, como personal integrante de la función pública regional, en virtud de las competencias otorgadas por el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, en materia de sanidad y función pública, en desarrollo de la legislación básica estatal.

Con ella el personal que pasa a desempeñar funciones en el Servicio Murciano de Salud, queda vinculado al mismo mediante una relación de carácter estatutario, a la que será de aplicación lo dispuesto en la presente Ley.

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Regula la relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de conformidad con lo previsto en la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada

Tiene por objeto determinar y clasificar las especialidades en Ciencias de la Salud cuyos programas formativos conducen a la obtención de títulos oficiales de especialista, regular las características específicas de dichos títulos, las unidades docentes, la supervisión y organización de los períodos formativos, los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y la evaluación y control de calidad de las estructuras docentes donde se imparten dichos programas

2.1.4 MARCO JURIDICO RELACIONADO CON EL USUARIO

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

Define el conjunto de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, incluyendo los principios, criterios y ámbitos de protección que deben favorecer su ejercicio y observancia, estableciendo el diseño e impulso de las medidas necesarias para su protección y garantía.

Resulta de aplicación a toda actuación de naturaleza sanitaria, sea promotora de la salud, preventiva, asistencial o de investigación científica relacionada con la salud.

2.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA DE URGENCIAS

La medicina de Urgencias y emergencias se caracteriza por la necesidad de una atención rápida, de la que depende en múltiples ocasiones el pronóstico del paciente tanto en cantidad como en calidad de vida.

La medicina de Urgencias y Emergencias ha estado en constante evolución, incorporando en los últimos años nuevos procesos, técnicas diagnósticas, terapias, e incluso sistemas de gestión, encaminadas a mejorar la calidad de la atención prestada a los usuarios que precisan o demandan una atención urgente.

Los servicios hospitalarios de Urgencias han ido adquiriendo mayor definición, competencias y autonomía funcional, haciéndose cargo de la patología urgente de forma integral, y autónoma sin la asistencia permanente de otras especialidades médicas tradicionalmente implicadas en la asistencia a las urgencias, y de las que en algunos momentos dependía.

No podemos obviar las características diferenciadoras de la asistencia en los Servicios de urgencia Hospitalarios (SUH), de la actividad sanitaria prestada en servicios de hospitalización y asistencia ambulatoria como:

- Cobertura asistencial durante las 24 horas.
- Presión asistencial intensa, variable y discontinua, horaria y estacionalmente.
- Necesidad de priorización de la asistencia.
- Dificultad de llegar a un diagnóstico rápido.
- Importancia del factor tiempo en determinadas patologías.
- Incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Variabilidad en la práctica médica.
- Las expectativas crecientes del paciente.
- Vivencia del paciente en situaciones de gran ansiedad y en espacios saturados y carentes de intimidad.
- La escasa dotación estructural, inadecuada a la creciente demanda cuantitativa y cualitativa.
- El escaso interés de la administración por la formación continuada de sus profesionales.
- La escasa atención a la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales generados en estos servicios y a un ambiente laboral saludable.

2.3 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

El Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, se encuentra vinculado al área VII de salud de la región de Murcia (Murcia/Este)

El Hospital tiene una larga historia en la ciudad desde su construcción. Debemos remontarnos a 1525, año en que se decidió la construcción de un gran edificio que reuniera las condiciones necesarias para dotar a la ciudad de un lugar adecuado para el tratamiento de los enfermos.

La construcción se sitúa entre los años 1550 y 1570. Numerosas fueron las reformas que el inmueble sufrió durante sus cuatrocientos años de vida, hasta que los avances en la medicina y los requerimientos que estos conllevan, hicieron incuestionable el proyecto de un nuevo Hospital General. De esta manera, en el año de 1953, cuatro siglos después de su construcción, dejó de existir para siempre aquel emblemático Hospital entonces llamado de San Juan de Dios.

Como Hospital Provincial de Murcia se inauguró en 1953 y se mantuvo en servicio hasta 1999, año de su derribo total y construcción del nuevo Hospital bajo la denominación de Hospital general Universitario Reina Sofía que es inaugurado en 2005. Durante este periodo el Hospital, situado en el centro de la ciudad, se va dotando progresivamente de alta tecnología, llegando a contar en el momento de su derribo en 1999 de arco vascular y servicio de Hematología con cámaras de aislamiento para trasplantes medulares.

En 2005 se inaugura el nuevo hospital, denominado ahora Hospital General Universitario Reina Sofía, con una dotación creciente hasta la actualidad en cuanto a recursos humanos y materiales, dando cobertura a una población mayor y con una aportación tecnológica importante.

Como características reseñables del centro nombraremos:

No dispone de Servicio de Pediatría ni Obstetricia, cuya cobertura hospitalaria se presta en la ciudad de forma centralizada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, ubicado a 9 Km de distancia, con tiempos de transporte en automóvil entre 12 y 15 minutos.

La asistencia pediátrica en la Región cubre un rango de edad entre 0 y 10 años para la atención hospitalaria si bien se extiende hasta los 13 años en atención primaria, lo que supone la atención en nuestro servicio de urgencias de los pacientes desde los 11 años de edad.

Con larga tradición como hospital de beneficencia, entre sus pacientes habituales se encuentra tanto la población del área adscrita, como de aquellas personas carentes de recursos o tarjeta sanitaria, transeúntes y una alta proporción de inmigrantes no regularizados.

La ubicación del centro en el casco urbano de Murcia, facilita la accesibilidad al servicio de urgencias de la población de zonas limítrofes, independientemente de su asignación o no al área sanitaria de referencia, a su vez esta ubicación lo convierte en centro preferente de consulta al que suelen ser derivados desde la comisaría de policía, situada en las cercanías, aquellos usuarios en los que se precisa algún tipo de actuación médica tras denuncias en las que intervienen lesiones o malos tratos.

Las reformas sanitarias llevadas a cabo en los últimos años que han tenido una influencia destacada en la asistencia prestada en el servicio de urgencias derivan de:

Tras un descenso inicial de la población del área en 2011 se produce un nuevo aumento al incluir en ella la zona de Barriomar en Enero de 2013, contribuyendo al aumento de la presión asistencial en hospitalización, si bien regulariza una anómala situación previa en la que las urgencias de la zona estaban adscritas a nuestro servicio y la hospitalización debía realizarse en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, facilitando así el funcionamiento del servicio al disminuir las necesidades de traslado, y mejorando la asistencia integrada de la población afectada. Desde la citada fecha la población cubierta permanece estable.

La incorporación al Hospital del Servicio de nefrología y la apertura de la unidad de Hemodiálisis en 2009, produce una mayor carga asistencial sobre el servicio de urgencias al incorporar al centro la atención a las urgencias y descompensaciones de las nefropatías no sólo del área VII, sino también las del área VI, carente de dicha prestación

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El Servicio Murciano de Salud tiene carácter de organismo autónomo público administrativo, está dotado de personalidad jurídica, gestiona los servicios de promoción de la salud y la atención a la enfermedad en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores, en el ámbito de la comunidad autónoma de Murcia. Queda adscrito a la Consejería de Sanidad.

3.1. ANALISIS EXTERNO

Por Orden de 24 de abril de 2009 (BORM de 7 de mayo de 2009), de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno autonómico se procedió a establecer 9 las áreas de salud que dividen el territorio de la Región en la actualidad:

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

Las poblaciones cubiertas en cada área son:

Área	2015			2014			2013		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Área 1 Murcia Oeste	258.234	128.351	129.883	257.856	128.315	129.541	256.725	127.968	128.757
Área 2 Cartagena	286.673	144.649	142.024	287.352	145.090	142.262	292.134	147.776	144.358
Área 3 Lorca	173.080	88.134	84.946	172.656	88.033	84.623	173.664	88.890	84.774
Área 4 Noroeste	72.010	36.257	35.753	73.042	36.814	36.228	73.366	36.987	36.379
Área 5 Altiplano	59.584	30.252	29.332	59.606	30.325	29.281	60.103	30.570	29.533
Área 6 Vega Media del Segura	261.411	129.406	132.005	260.404	129.009	131.395	259.658	128.841	130.817
Área 7 Murcia Este	197.519	97.662	99.857	197.703	97.796	99.907	197.401	97.801	99.600
Área 8 Mar Menor	103.962	53.115	50.847	103.572	53.034	50.538	104.141	53.416	50.725
Área 9 Vega Alta del Segura	54.815	27.608	27.207	54.627	27.473	27.154	54.857	27.593	27.264
Total Región	1.467.288	735.434	731.854	1.466.818	735.889	730.929	1.472.049	739.842	732.207
Total Nacional	46.438.422	22.805.060	23.633.362	46.771.341	22.985.676	23.785.665	47.129.783	23.196.386	23.933.397

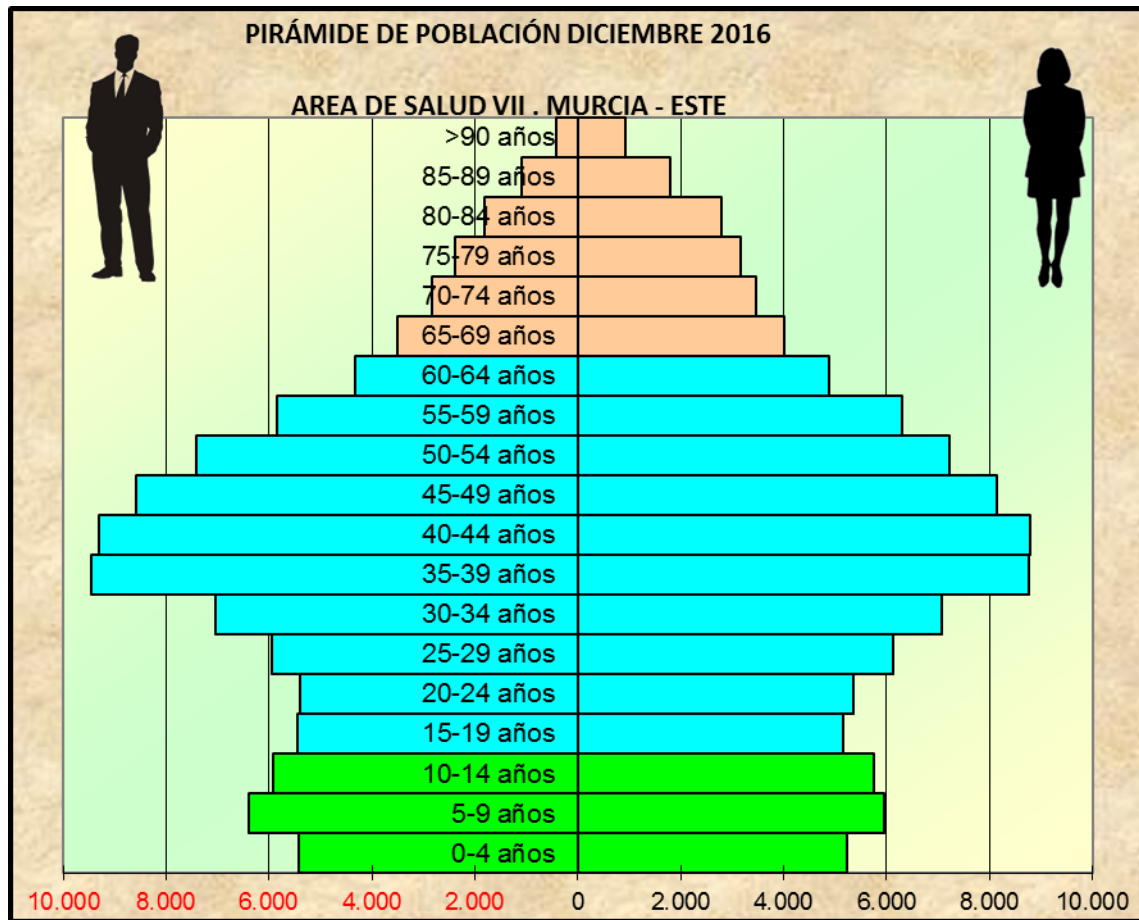
Fuente: www.murciasalud.es

Fuente: www.murciasalud.es

El área VII, en la que centramos nuestro estudio se divide en 12 zonas básicas de salud:

- Beniel
- Llano de Brujas
- Murcia-El Carmen
- Murcia-Alquerías
- Murcia-Beniján
- Murcia-Infante
- Murcia Floridablanca
- Murcia Santiago el Mayor
- Murcia-Monteagudo
- Murcia-Puente Tocinos
- Murcia-Vistabella
- Santomera

La población cubierta con tarjeta sanitaria es de 199.389 usuarios de TSI en el mes de Enero de 2017, según la siguiente distribución por edad y sexo



Fuente: Gestión de Datos HGURS

3.1.1 RECURSOS SANITARIOS EXTRAHOSPITALARIOS PUBLICOS DEL AREA

Cada zona de salud cuenta con un Centro de Atención Primaria, y en dependencia de ellos, los que enumeramos cuentan con centros periféricos asistenciales y/o sirven de ubicación a Servicios de Urgencia de Atención Primaria, aunque dependiendo de una gerencia diferenciada de la del área, y única para para la cobertura de las urgencias extrahospitalarias en toda la Región, denominada "Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia", y contando en la actualidad con 17 bases UME y 27 centros SUAP, coordinadas desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU), situado en las instalaciones del 1-1-2 de la Región de Murcia.

Alquerías:

- C.S. Alquerías
- Consultorio Zeneta
- Consultorio de El Raal
- Consultorio de Cabezo de La Plata

Beniaján:

- C. Salud Beniaján
- Consultorio Torreaguera
- Consultorio Los Ramos
- Consultorio San José de la Vega

Llano de Brujas:

- C. Salud Llano de Brujas
- Consultorio Casillas
- Consultorio Santa Cruz

El Carmen:

- C. Salud Barrio del Carmen
- Consultorio Barriomar

Murcia Infante:

- C. Salud Murcia Infante
- Consultorio Los Dolores
- S.U.A.P. MU Infante

Murcia Sur:

- C.Salud Murcia Sur
- Consultorio Patiño
- Consultorio Barrio del Progreso

Monteagudo:

- C. Salud Monteagudo
- Consultorio Cobatillas
- Consultorio El Esparragal
- Consultorio Orilla del Azarbe

Santomera:

- C. Salud Santomera
- Consultorio Matanzas
- S.U.A.P. Santomera

3.1.2 HOSPITAL DE REFERENCIA DEL ÁREA DE SALUD VII (Murcia Este):

El Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS), es el Hospital de Referencia para el área. Se trata de un centro de titularidad pública, con dependencia patrimonial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y dependencia funcional del Servicio Murciano de Salud.

Clasificado como un hospital general, atiende áreas de medicina, cirugía y ginecología. Cuenta con 330 camas de hospitalización (108 quirúrgicas, 210 médicas y 12 de medicina intensiva), 18 camas en urgencias y 12 quirófanos.

Cuenta con una red informática interna y un grado de informatización importante, con intranet propia, con implantación progresiva de la historia clínica electrónica (ya implantada en el SUH) y en proceso de implantación de la prescripción electrónica.

Los recursos estructurales con que cuenta el centro son:

- Quirófanos instalados:12
- Locales de consulta:75
- Puestos hospital de día médico: 10
- Puestos hospital de día quirúrgico: 21
- Puestos sala hemodiálisis: 31
- Maestro básico de camas

Servicio	Número de camas
Alergología	1
Cardiología	22
Cirugía	46
Dermatología	1
Digestivo	8
Endocrinología	2
Ginecología	11
Infecciosos	12
Maxilofacial	1
Medicina interna	70
Nefrología	10
Neumología	14
Neurología	19
Psiquiatría	30
Oftalmología	2
Otorrinolaringología	6
Reumatología	2
Traumatología	26
Unidad de Corta Estancia	16
Unidad de Cuidados Intensivos	12
Unidad de Desintoxicación	4
Hospitalaria	
Urología	15
Total de camas	330

Fuente: sofianet.sms.carm.es

La estructura de los servicios ofertados se haya dispuesta de la siguiente manera:

Servicios médicos:

- Medicina Interna con las siguientes Secciones:
 - Alergología.
 - Aparato Digestivo.
 - Cardiología.
 - Endocrinología y Nutrición.
 - Infecciosas.
 - Medicina Interna:
 - Unidad de Corta Estancia.

- Unidad de Hospitalización a Domicilio.
- Neumología.
- Nefrología.
- Neurología.
- Reumatología.
- Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Psiquiatría y Drogodependencia.
- Rehabilitación.
- Urgencias.

Servicios quirúrgicos:

- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
- Ginecología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.

Servicios centrales:

- Análisis Clínicos.
- Anatomía Patológica.
- Anestesiología y Reanimación:
 - Unidad del Dolor.
- Farmacia Hospitalaria.
- Hematología.
- Medicina Intensiva.
- Microbiología y Parasitología.
- Neurofisiología Clínica:
 - Unidad de Estudios del Sueño.
- Radiodiagnóstico:
 - Unidad de Radiología Vascular-Intervencionista.

Unidades clínicas:

- Coloproctología.
- Diabetes.
- Funcional de Rehabilitación Cardíaca.
- Mama.
- Nutrición Hospitalaria.
- Obesidad Mórbida.
- Suelo Pélvico.
- Trastornos de la Alimentación.
- Unidad de patología dual

Equipamiento tecnológico:

- Ecógrafos (Radiodiagnóstico):3
- Ecógrafos (Cardiología):2
- Ecógrafos (Ginecología):2
- Telemando digital:1
- Mamógrafo digital:1
- Ortopantomógrafo:1
- Radiografía Vascular Intervencionista:1
- Rx portátil:2
- RM 1,5 Teslas:1
- Salas de Rx digital directa:3
- TC multicorte 16:1
- TC multicorte 6:1
- Punción esteroataxia de mama: 1
- RIS: 1
- Estaciones diagnósticas: 14
- Estaciones de trabajo para TC: 2
- Estaciones de trabajo para RM: 1
- Estaciones de trabajo para Telemando: 1

La cartera de Servicios del Centro queda expresada en la siguiente tabla:

HOSPITAL GENERAL U. REINA SOFÍA					
Indicadores por líneas de actuación: CARTERA DE SERVICIOS					
ESPECIALIDADES MEDICAS		HOSPITALIZACIÓN	CONS. EXTERNAS	URGENCIAS	Nº DE CAMAS
Alergia	A	X	X	MI	1
Análisis Clínicos	A			L	
Anatomía Patológica	A			L	
Anestesiología y Reanimación	A		X	F	
Aparato Digestivo	A	X	X	MI	8
Endoscopías de urgencias				L	
Bioquímica Clínica	A				
Cardiología	A	X	X	MI	22
Alerta hemodinámica					
Cirugía G. y Aparato Digestivo	A	X	X	F	46
Unidad de Mama	A	X	X	F	
Cirugía Maxilofacial	A	X	X		1
Dermatología Médico-Quirúrgica	A	X	X		1
Endocrinología y Nutrición	A	X	X	MI	2
Farmacia Hospitalaria	A			L	
Hematología y Hemoterap.	A			L	
Medicina Intensiva	A	X		F	12
Medicina Interna	A	X	X	F	70
Infecciosos		X	X	F	12
UCE (Unidad de Corta Estancia)		X	X	F	16
UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria)		X	X	F	4
Microbiología y Parasitol.	A			L	
Nefrología	A	X	X	MI	10
Neumología	A	X	X	MI	14
Neurofisiología Clínica	A		X		
Neurología	A	X	X	MI	19
Ginecología	A	X	X	L	11
Oftalmología	A	X	X	L	2
Oncología Médica	A				
Otorrinolaringología	A	X	X	L	6
Psiquiatría	A	X	X	F	24
UTA (Unidad Trastornos de la Alimentación)	A	X	X	F	6
Radiodiagnóstico	A			F	
Rehabilitación	A		X		
Reumatología	A	X	X	MI	2
Traumatología y C. Ortopéd.	A	X	X	F	26
Urología	A	X	X	L	15
Unidad de Suelo Pelvico	A	X	X	L	
Medicina Prev. y Salud Pública	A		X		
Estomatología	A		X		
Medicina Legal y Forense	A		X		
Archivo Historias Clínicas	A				
M. F. y C. / Urg. Hosp.	A			F	
A: AREA C: CARECE F: FISICA L: LOCALIZADA MI: FISICA DE MI					330

Fuente :www.murciasalud.es

3.1.3 HOSPITALES PUBLICOS DE AREAS LIMÍTROFES

Tres áreas sanitarias, I,VI y VII, en las que se divide el territorio de la Región disponen de su hospital de referencia en la misma capital o pedanías limítrofes, disponiendo el área VI del Hospital General Universitario Morales Meseguer como hospital de referencia, situado a 2 Km de distancia y a unos 9 minutos de tiempo de transporte en automóvil. El área I dispone del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, situado a 9 Km de distancia y 15 minutos de transporte en automóvil, como Hospital de referencia, siendo a la vez de referencia regional para las especialidades de: cirugía cardiovascular y torácica, cirugía cardiaca infantil, Cirugía maxilofacial, cirugía plástica y quemados, cirugía y oncología pediátrica, unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatológica, neurocirugía, oncología médica, oncología radioterápica, hemodinámica, medicina nuclear y coordinación y actividad de trasplantes.

3.1.4 RED DE SALUD MENTAL

La red de Salud Mental y Drogodependencias la integran diferentes tipos de dispositivos públicos, constituidos por profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología clínica, enfermería psiquiátrica, trabajo social, terapia ocupacional, auxiliar de clínica y personal administrativo en un conjunto de centros sanitarios distribuidos por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Los servicios que presta la red en el área VII los resumimos en el siguiente cuadro:

	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental / Unidades de hospitalización
Programa de adultos	Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Llano de Brujas	Centro de Salud Mental Infante-Murcia.
	Barrio del Carmen, Vistabella, Santomera, Monteagudo, Floridablanca	Centro de Salud Mental Murcia-Este.
Programa infanto juvenil	Alquerías, Barrio Carmen, Beniaján, Puente Tocinos, Vistabella, Llano Brujas, Monteagudo, Infante, Beniel, Santomera	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil San Andrés.
Programa de Drogodependencias	Alquerías, Barrio Carmen, Beniaján, Puente Tocinos, Vistabella, Llano Brujas, Monteagudo, Infante, Beniel, Santomera	Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia (CAD-Murcia).
Programa de Rehabilitación	Alquerías, Barrio Carmen, Beniaján, Puente Tocinos, Vistabella, Llano Brujas, Monteagudo, Infante, Beniel, Santomera	Centro de Salud Mental San Andrés. Unidad de Rehabilitación.
Programa de Hospitalización Psiquiátrica	Alquerías, Barrio Carmen, Beniaján, Puente Tocinos, Vistabella, Llano Brujas, Monteagudo, Infante, Beniel, Santomera	Hospital G.U. Reina Sofía.

Fuente: www.murciasalud.es/salud_mental

3.1.5 RECURSOS SANITARIOS PRIVADOS

Situados en la demarcación geográfica del área VII se encuentran dos hospitales de gestión privada con los que se mantienen servicios concertados:

- Hospital Quirón (Hospitalización)
- Hospital Mesa del Castillo (Hospitalización y Quirófanos para cirugía general)

También se cuenta con concierto con la Clínica San José, en Alcantarilla, geográficamente no incluida en el área, y a una distancia de 11,4 Km para el uso de quirófanos de Traumatología y Hospitalización.

3.1.6 RECURSOS SOCIALES

El Instituto Murciano de Acción Social se constituye mediante la Ley 1/2006, en cuyos fines relata textualmente “con la finalidad de ejecutar las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociales de acuerdo con los principios establecidos en la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia”.

Las áreas de actuación contempladas en el Decreto n.º 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social “serán:

- Personas mayores.
- Personas con discapacidad.
- Personas con enfermedad mental crónica.
- Personas en situación o riesgo de exclusión social.
- Cualquier otro colectivo necesitado de protección social que reglamentariamente se determine”.

“Su actividad está dirigida a procurar un nivel de calidad adecuado y suficiente en la prestación de servicios sociales en la Región de Murcia, procurando el aprovechamiento óptimo de los recursos públicos que gestiona y coordinando las actividades de las instituciones públicas y privadas en materia de servicios sociales, mediante el establecimiento de convenios, conciertos o cualesquiera otras fórmulas de gestión compartida”.

El papel de las Entidades locales resulta fundamental tanto en la gestión como en la ampliación de recursos y en la financiación de estos servicios.

Los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia dependen de su Concejalía de Bienestar Social y Promoción de la Igualdad, se desarrollan desde el Servicio Municipal de Servicios Sociales, y constituyen un conjunto de actuaciones tanto de tipo asistencial como preventivo.

Cuenta entre sus objetivos:

- Desarrollar dinámicas que garanticen para todos los ciudadanos sus Derechos Sociales mediante el acceso a las prestaciones básicas.
- Realizar intervenciones con sectores de población con características de pobreza y marginación.
- Impulsar acciones dirigidas a colectivos con dificultades especiales, para fomentar la igualdad de oportunidades.
- Promover la solidaridad, la cooperación y la participación social.

Este organismo como sistema de la Administración Local, centra sus actuaciones en el Municipio de Murcia, incluyendo los numerosos núcleos de población dispersos en dicho territorio

El Hospital general Universitario cuenta con la presencia de un trabajador social en coordinación con los Servicios Municipales con una colaboración estrecha con el personal sanitario del centro en la resolución de problemas de índole social de los pacientes.

Otros servicios de interés social ubicados en el área son:

- Asilo Ancianos Hermanitas de los Pobres
- Residencia Montepinar
- Club de la tercera edad Barrio del Progreso
- Club de la tercera edad de Los Dolores
- Centro de Mayores de Santiago el Mayor
- Centro social de mayores de Vistabella
- Centro social de mayores Ermita del Rosario
- Centros Asistenciales de día:

-Centro de personas mayores de Casillas

-Centro de día Astrapace

3.1.7 ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------

AREA DE HOSPITALIZACIÓN

Número de Altas	11.279	11.365	11.554	11.991	12.227
Índice de Ocupación	78,8%	84,2%	85,9%	89,3%	88,3%

AREA QUIRURGICA

I. Q. Programadas Mayor	7.661	7.785	7.862	7.954	8.414
I. Q. Programadas con Hospitalización	3.158	3.079	3.025	2.918	2.962
I. Q. Cirugía Mayor Ambulatoria	4.503	4.706	4.837	5.036	5.452
Índice de Sustitución Global	58,8	60,4	61,5	63,3	64,8
Cirugía Menor	8.927	9.236	9.934	9.570	8.649

LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

Demora Media	81,80	92,10	82,20	71,88	83,64
Nº de pacientes con > 150 días	508	719	515	334	666

AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Consultas Totales	275.820	288.890	291.573	296.584	296.518
Primeras Consultas	106.976	110.664	109.505	109.043	105.710
Derivadas de primaria	97.733	99.690	97.446	99.086	101.364
Consultas Sucesivas	168.844	178.226	182.068	187.541	190.808

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Mamografías	3.509	3.485	3.518	1.954	1.983
TC	18.451	18.241	19.239	19.574	19.981
Eco RX	14.964	15.906	14.978	15.216	15.950
R.M.	3.572	3.961	3.881	4.169	4.133
Ecocardiograma	6.026	5.609	3.376	3.132	3.200
Ecografía obstétrico-ginecológica					

Holter	1.972	2.084	1.673	1.764	1.999
Pruebas de esfuerzo	1.325	1.498	1.293	1.134	1.148
Eco estrés	117	207	169	191	208
Colonoscopia-Recto	2.707	2.419	2.045	2.178	2.723
Rectoscopias					
Gastroscopia	2.190	2.024	2.151	2.121	2.015

HOSPITAL DE DIA

Médicos	5.421	6.159	6.595	6.538	7.392
Quirúrgicos	5.528	5.621	5.871	6.155	6.526

AREA DE URGENCIAS

Urgencias totales ATENDIDAS	90.856	91.176	93.090	96.523	98.761
Urgencias no ingresadas	82.996	83.279	85.131	88.155	90.148
Urgencias ingresadas	7.860	7.897	7.959	8.368	8.613

**HOSPITALIZACION A
DOMICILIO**

Número de Ingresos	258	228	271	243	232
Estancia Media	6,2	7,0	6,2	6,7	7,4

Fuente: Gestión de Datos HGURS

3.1.8 PLAN ESTRATÉGICO DEL CENTRO/SISTEMA SALUD DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

El Área de Salud VII (Murcia-Este) ha elaborado su Plan Estratégico para el periodo 2012-2015, con el que persigue dar una respuesta eficiente a las necesidades de salud de su Área de cobertura y las de desarrollo profesional de quienes integran su plantilla.

El Plan se articula en “Ejes” que se despliegan en:

- **Líneas estratégicas:** recogen las distintas áreas conceptuales que se van a abordar en cada uno de los ejes. Reflejan los propósitos más generales que la organización se marca a largo plazo (3 años). Las metas se marcan teniendo en cuenta la misión, visión y valores de la organización.
- **Acciones estratégicas:** especifican los ámbitos de actuación en los que se pretende introducir un cambio importante o desarrollar proyectos ya iniciados, en los próximos 3 años. Para cada acción estratégica será nombrado un responsable que

a su vez designará al responsable/s de los objetivos estratégicos que se marquen para desarrollar la acción.

- **Objetivos estratégicos:** pretenden orientar las acciones estratégicas hacia un fin medible que permita reconocer su efectividad. Para cada objetivo estratégico se nombrará un responsable de su despliegue y seguimiento y se cumplimentará una “ficha de evolución”.
- **Objetivos operativos:** los marcan los responsables asignados a cada uno de los objetivos estratégicos y recogen actividades o intervenciones concretas a realizar. Para cada objetivo operativo se nombrará a un propietario que será el encargado de su desarrollo.
- **Indicadores:** instrumentos o mecanismos de medida cualitativos o cuantitativos que sirven para medir o evaluar hasta que punto o en que medida se están logrando los objetivos marcados.

De las líneas estratégicas extractadas del Plan Estratégico 2012 – 2015 del Área VII de salud, se transcriben a continuación únicamente aquellas que deben ser suscritas literalmente o de forma adaptada por el servicio de urgencias y en las que nuestro servicio debe considerarse estrecho colaborador.

EJE: LIDERAZGO

LINEA ESTRATÉGICA: L1. Formular la misión, visión y valores de la Organización y el código ético en el que se desarrolla la estructura del Área de Salud

- L1.AE1. Adecuar la misión, visión y valores de la Organización.
- L1.AE2. Impulsar y colaborar en el desarrollo del código ético y de buenas prácticas.

EJE: POLÍTICA Y ESTRATEGÍA.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE2. Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y de la población.

- PyE2.AE1. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.
- PyE2.AE2. Avanzar en la implementación de la atención al paciente crónico, terminal y al paciente crónico con trastorno mental grave.
- PyE2.AE3. Mejorar la información y participación en el proceso asistencial.

- PyE2.AE4. Informar y hacer que se respeten en el Área de Salud, los derechos de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE3. Promover la implicación del ciudadano con su salud

- PyE3.AE1. Fomentar conductas y estilos saludables de vida.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE4. Establecer compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y la eficiencia

- PyE4.AE1. Desarrollar mejoras en la gestión económica y en los aprovisionamientos, enfocados a conseguir una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- PyE4.AE2. Mejorar la política de prescripción y consumo de tratamientos farmacológicos.
- PyE4.AE3. Impulsar los logros de la Organización en base a los objetivos marcados por el acuerdo de gestión.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE5. Desarrollar la excelencia en la actividad asistencial

- PyE5.AE1. Impulsar procedimientos basados en las mejores prácticas.
- PyE5.AE3. Establecer un sistema de gestión que potencie la seguridad clínica para los pacientes.
- PyE5.AE4. Evaluación y mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.
- PyE5.AE5. Implementar el proceso de normalización de documentos.

LINEA ESTRATÉGICA: PyE7. Optimizar y racionalizar la prescripción de estudios de radiodiagnóstico.

- PyE7.AE1. Disponer de procedimientos de adecuación de la prescripción enfocados al diagnóstico.

EJE: PERSONAS

LINEA ESTRATÉGICA: P1. Gestionar los recursos humanos

- P1.AE1. Promover acciones que mejoren la satisfacción de los trabajadores

- P1.AE2. Prevenir los riesgos de los profesionales para el mantenimiento de su seguridad y salud laboral.

LINEA ESTRATÉGICA: P2. Desarrollar y adecuar la formación continuada y la formación sanitaria especializada de las personas de la Organización

- P2.AE1. Potenciar la formación continuada y especializada de los profesionales atendiendo a sus necesidades y a las de la propia Organización.

EJE: ALIANZAS Y RECURSOS

LINEA ESTRATÉGICA: AyR2. Adecuar la incorporación y uso de tecnologías de la información y la comunicación para el conocimiento y la toma de decisiones

- AyR2.AE1. Implementar los sistemas de información en su totalidad.

LINEA ESTRATÉGICA: AyR3. Fomentar la investigación en ciencias de la salud

- AyR3.AE1. Favorecer, a través de los órganos coordinadores en la investigación en el Área de Salud, aquellas líneas de investigación que potencialmente presentan mayor impacto.

LINEA ESTRATÉGICA: AyR4. Consolidar los vínculos con las Universidades y otros niveles medios y superiores educativos

- AyR4.AE1. Colaborar con las Universidades y otros niveles educativos, medios y superiores e incrementar la comunicación.

EJE: PROCESOS

Las líneas estratégicas en el eje procesos, ideadas para su implantación en la totalidad del área, son adaptadas para su implementación en el ámbito del SUH

LINEA ESTRATÉGICA: Pro1. Desarrollar los procesos de gestión en el SUH para reducir la variabilidad en la prestación de servicios y el consumo inapropiado de recursos

LINEA ESTRATÉGICA: Pro2. Desplegar en el Área de Salud los procesos asistenciales comunes al SMS y mejorar su calidad

- Pro.2.AE1. Impulsar los procesos asistenciales comunes al SMS que están vinculados a la asistencia de una determinada enfermedad.

LINEA ESTRATÉGICA: Pro3. Implantar en el Área de Salud las “Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) al ámbito hospitalario de la Región de Murcia”.

- Pro.3.AE1. Implementar las recomendaciones para la prevención primaria de la ETE en el SUH.

3.2 ANÁLISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA






3.2.1 ESTRUCTURA FUNCIONAL

El servicio de urgencias del Hospital Reina Sofía de Murcia, está situado en el centro urbano de Murcia capital, con acceso independiente del recinto por Avda. La Fama, y con acceso a tráfico rodado.

Su estructura queda funcionalmente dividida en las siguientes áreas:

- Admisión
- Triage
- Hemodinámica o Box Vital
- Área de resolución rápida.
- Área de Boxes.
- Área de Observación.

La asistencia sanitaria se presta en zonas diferentes, según criterios de gravedad, aplicados al paciente que solicita la asistencia, a su llegada al servicio en el área de triaje o clasificación. Los pacientes una vez aplicado el protocolo de Triage se distribuyen en cinco niveles de gravedad codificados por colores, y su ubicación inicial depende a su vez de dicha clasificación.

Código	Paciente tipo	Ubicación
Rojo 	Pacientes con inestabilidad hemodinámica que precisan una asistencia inmediata	Sala de hemodinámica
Naranja 	Pacientes con patologías graves susceptibles de empeoramiento ante una demora en la asistencia	Área de Boxes
Amarillo 	Pacientes con patologías graves o de moderada importancia estables hemodinámicamente	Área de Boxes
Verde 	Pacientes estables con patologías que permiten una asistencia ordenada	Área de resolución
Azul 	Pacientes estables con patologías cuya demora asistencial no influyen en el pronóstico	Área de resolución

Fuente: Elaboración propia

La sala de hemodinámica se localiza en la zona más externa del área asistencial del servicio con acceso rápido desde el exterior, dispone de sistema de alarma sonora y dos puestos de reanimación convenientemente equipados para la atención de pacientes críticos.

El área de Resolución Rápida ocupa la superficie colindante a la Sala de hemodinámica y consta de:

- 2 reconocimientos médicos
- 1 Sala de enfermería
- 1 Sala de Curas
- 1 sala de yesos
- 1 sala de espera

Es en esta área donde se presta asistencia a las urgencias codificadas en triaje con código azul o verde.



Fuente: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

El área de Boxes, destinada a la atención de pacientes con código naranja o amarillo, con patologías graves estables hemodinámicamente o de moderada importancia susceptibles de empeoramiento ante una demora en la asistencia, consta de:

- 8 boxes de reconocimientos médicos
- 3 boxes de enfermería
- 1 box de oftalmología
- 1 box de Psiquiatría
- 1 sala de curas
- Acceso a la sala de yesos
- 1 Sala de espera y observación de pacientes ya tratados con un control de enfermería
- 1 Control de la Instalación compartido para personal facultativo y enfermería.

Es responsabilidad de los trabajadores de esta área el realizar una adecuada recepción del paciente, la movilización y traslados del mismo, la realización de la historia clínica mediante la anamnesis, la realización de una exploración física y de las exploraciones complementarias y técnicas que ayuden a un diagnóstico correcto, la aplicación de un tratamiento inicial y la observación de aquellos procesos que puedan tener una evolución en un periodo de tiempo inferior a las seis horas.

Corresponde también a sus funciones, el alta del paciente, si su estado lo permite, o el ingreso del paciente, en hospitalización, o en la sala de camas de observación cuando su estancia

pueda o deba ser más prolongada, o se precise de técnicas o procedimientos que protocolariamente deban realizarse en esta ubicación.



Fuente: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

El área de observación, situada tras el área de boxes consta de 15 camas de observación en una sala común dividida por cortinas, con monitorización individual en cada una de ellas, e instalación de gases medicinales, en dicha sala se habilitan hasta 5 camas más de disposición central, para hacer frente a la demanda actual, a las que se les ha habilitado instalación de gases medicinales no disponiendo de monitorización. Completa el área dos boxes de aislados dotados de una y dos camas, monitorización y sistema de video vigilancia

Independiente estructuralmente del servicio de urgencias, aunque situado en su área adyacente cuenta el centro con un hospital de día médico cuyas instalaciones son utilizadas por el servicio de urgencias, como drenaje del área de observación como área de pre-ingreso cuando la presión de urgencias supera su capacidad máxima, si bien la asistencia médica de los pacientes en ella ubicados corresponde a la dotación facultativa habitual del SUH.

3.2.2 RECURSOS HUMANOS

En la actualidad el Servicio está dotado de un Jefe de Servicio, un Jefe de sección, 27 Facultativos Especialistas de Área a tiempo completo y 7 Facultativos para realización de guardias

No estando reconocida en la actualidad la especialidad de Medicina de Urgencias, si se incluye la rotación por este servicio en el plan formativo de algunas especialidades como Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna por lo que realizan guardias en el SUH una media de dos residentes de primer año y tres residentes de 2º a 5º año, diariamente.

PERSONAL	DOTACION
Jefe de Servicio	1
Jefe de Sección	1
Facultativo Especialista de Área	27
Facultativos Guardias	7
Supervisor enfermería	2
Enfermería	52
Auxiliar de enfermería	38
Celador	35
Admisión / Secretaría	13
SAU	4

Fuente: Elaboración propia

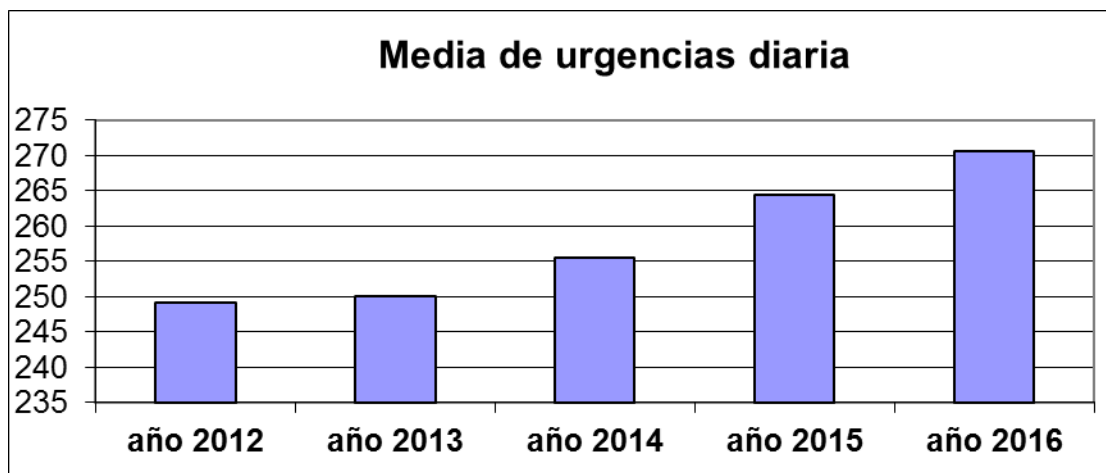
3.2.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

ACTIVIDAD URGENCIAS	URG ASISTIDAS	URG INGRESADAS	% Ingr/Asis	Media/día	Readmisiones	% Readm.
2012	90.856	7.860	8,65%	248,92	4995	5,50%
2013	91.176	7.897	8,66%	249,80	5144	5,64%
2014	93.090	7.959	8,55%	255,04	5471	5,88%
2015	96.523	8.368	8,67%	264,45	5866	6,08%
2016	98.761	8.613	8,72%	270,58	5260	5,30%

Fuente: Adaptación propia

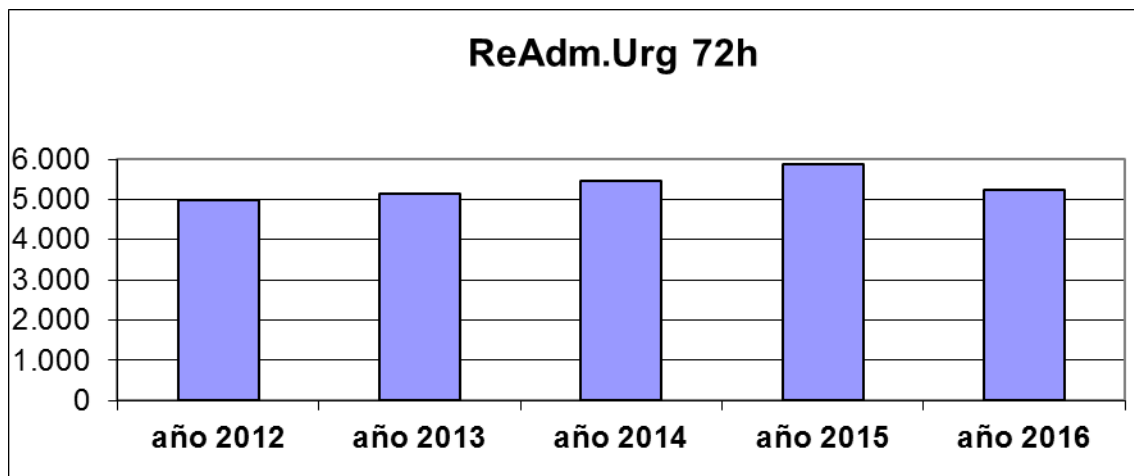
Desde su apertura en 2005, el Hospital General Universitario Reina Sofía ha experimentado un aumento constante de su cartera de servicios, lo que ha influido directamente en el Servicio de Urgencias al ser éste, por un lado el garante de la asistencia urgente en especialidades de nueva incorporación al centro y por otro la puerta de entrada a algunos de los servicios ofertados.

En los últimos cinco años aumenta el número de urgencias asistidas en un 8,7% respecto a 2012, pasando de una media diaria de 249 urgencias/día a la media actual de 271 asistencias diarias.



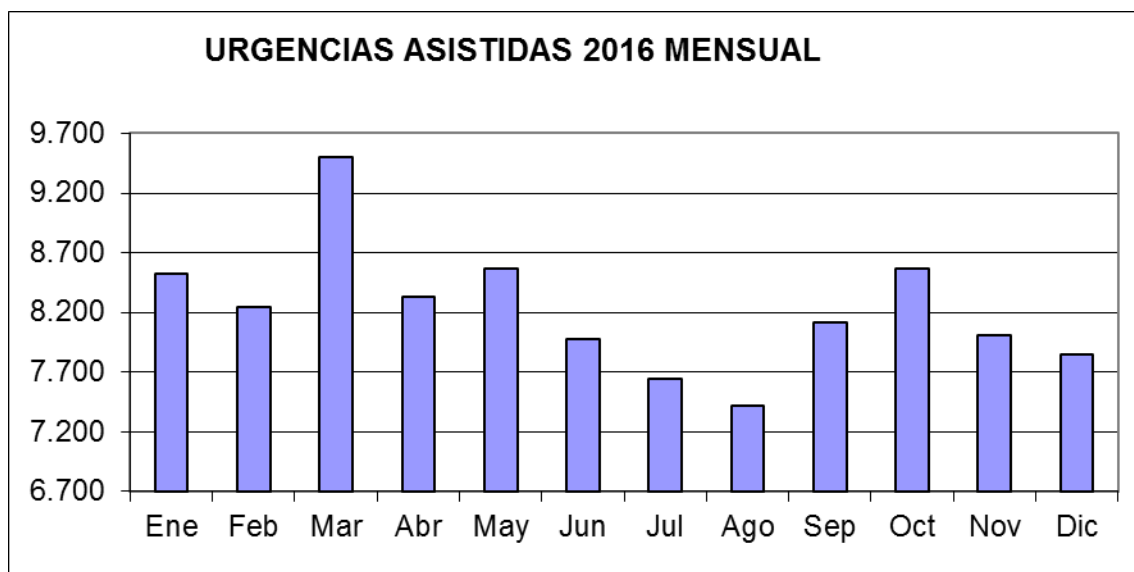
Fuente: Gestión de Datos HGURS

Las readmisiones en el servicio antes de las 72 horas del alta no han experimentado crecimiento significativo en este mismo periodo



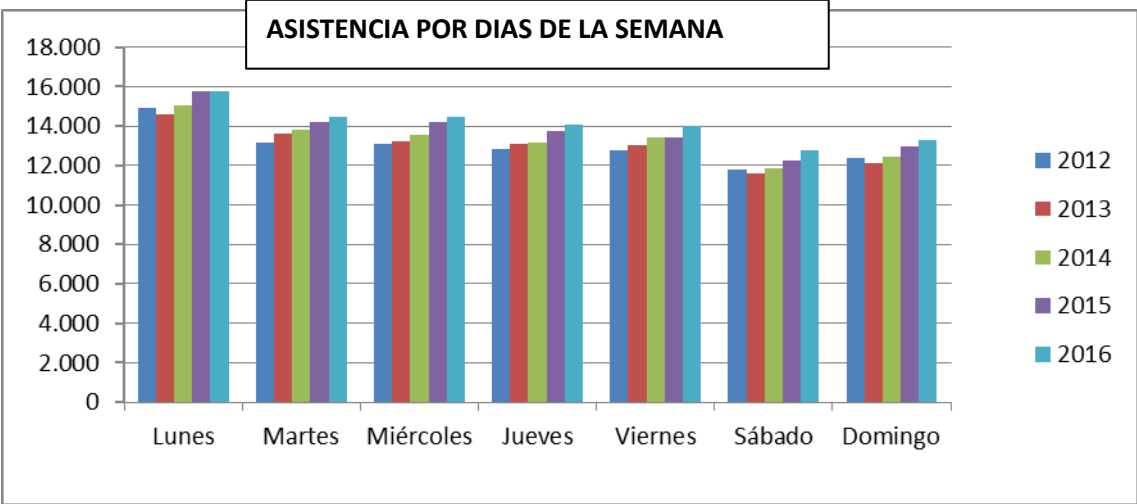
Fuente: Gestión de Datos HGURS

De gran importancia de cara a una planificación del servicio y especialmente de una distribución adecuada de los recursos humanos, resulta la distribución estacional de las urgencias asistidas. Analizando dicha distribución durante el año 2016, resulta evidente un aumento de la frecuentación en los meses de Enero a Mayo y de forma más puntual en Octubre con respecto al periodo Junio – Septiembre. Por el contrario, durante los meses de Julio y Agosto se produce un discreto descenso de la demanda.

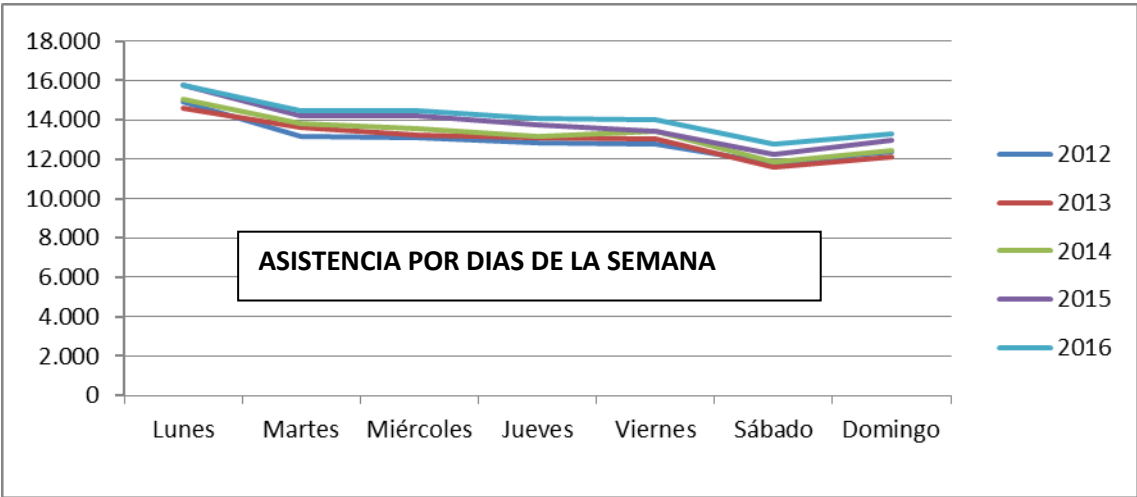


Fuente: Gestión de Datos HGURS

Analizamos también la frecuentación del servicio en los distintos días de la semana, observando una mayor carga de trabajo los Lunes y un leve descenso progresivo hasta la llegada del fin de semana donde disminuye, existiendo una diferencia anual en el último ejercicio de 2977 urgencias entre los extremos de máxima y mínima frecuentación que representan Lunes y Sábados, equivalente a unas 57 urgencias diarias de diferencia.



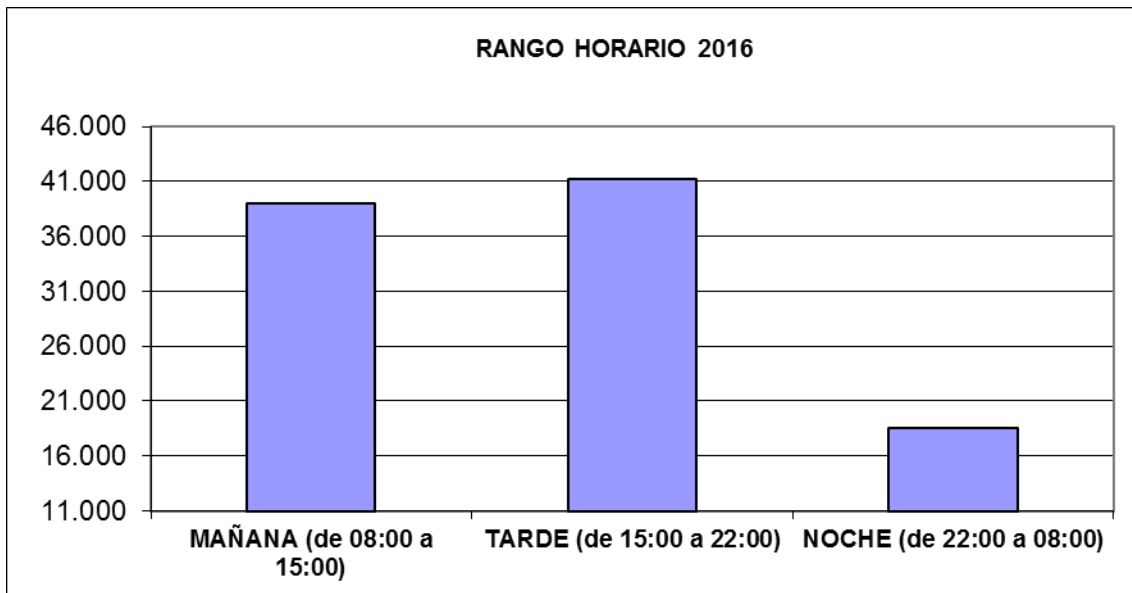
Fuente: Gestión de Datos HGURS



Fuente: Gestión de Datos HGURS

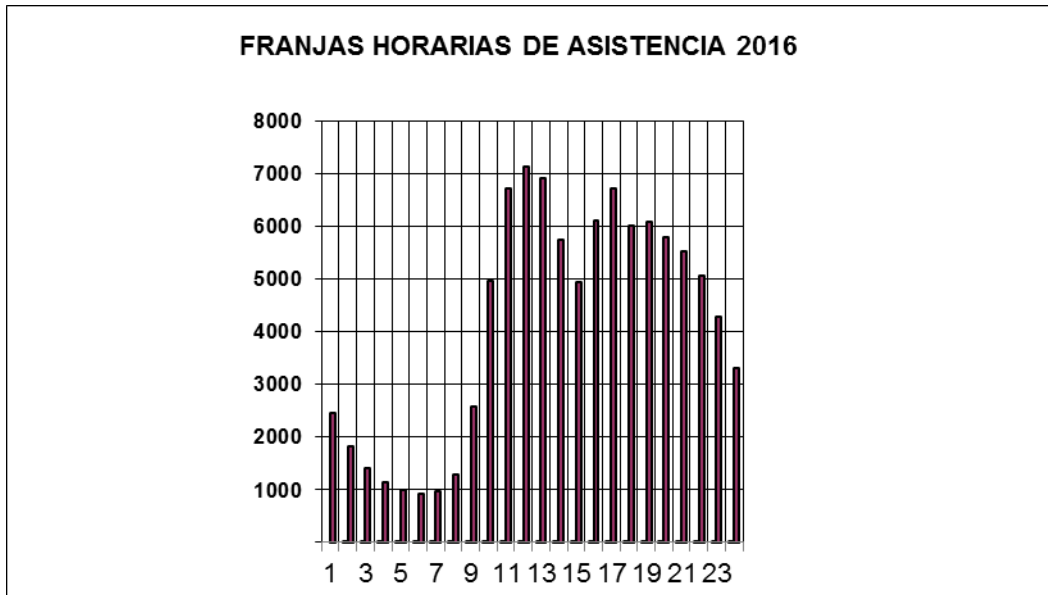
Si es importante a la hora de organizar y planificar la asistencia, el tener en cuenta los comportamientos del usuario en cuanto a frecuentación según la estacionalidad o el día de la semana, no lo es menos el hecho de que la presión asistencial resulta muy variable a lo largo de un mismo día, con una distribución irregular, según los tramos horarios que se contemplen.

Todos estos factores asociados a la frecuentación del servicio de forma discontinua en el tiempo según las prioridades del paciente, constituyen una de las características o peculiaridades no modificables de los SUH, caracterizados por su accesibilidad permanente, siendo un importante escollo a la hora de una correcta planificación de los recursos, que asegure la disponibilidad de los medios apropiados en relación a la demanda de que puedan ser objeto.



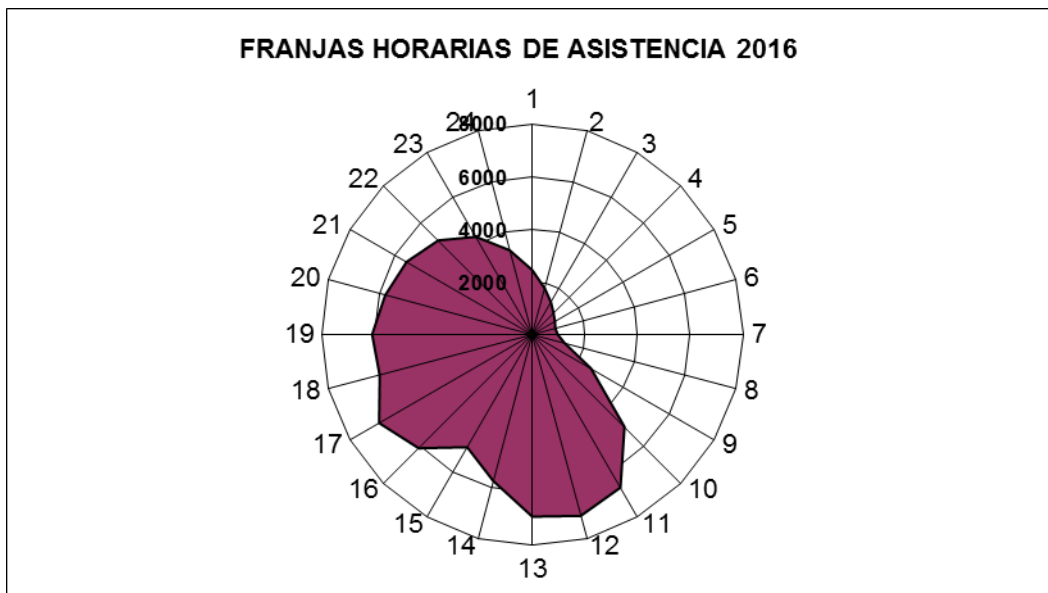
Fuente: Gestión de Datos HGURS

Podemos establecer entre los turnos tradicionalmente establecidos en los centros sanitarios una mayor carga asistencial durante los turnos de mañana y tarde, si bien la actividad del servicio no se ciñe de forma estricta a estos turnos, prolongándose de forma habitual más allá del turno de tarde



Fuente: Gestión de Datos HGURS

Observamos una distribución en la asistencia al Servicio de Urgencias mayoritaria entre las 11 y las 22.00H, disminuyendo, aunque siendo aún notable, en el tramo entre las 23.00 y las 01.00H, no alcanzando sus mínimos hasta el periodo entre las 03.00 y las 08.00H.



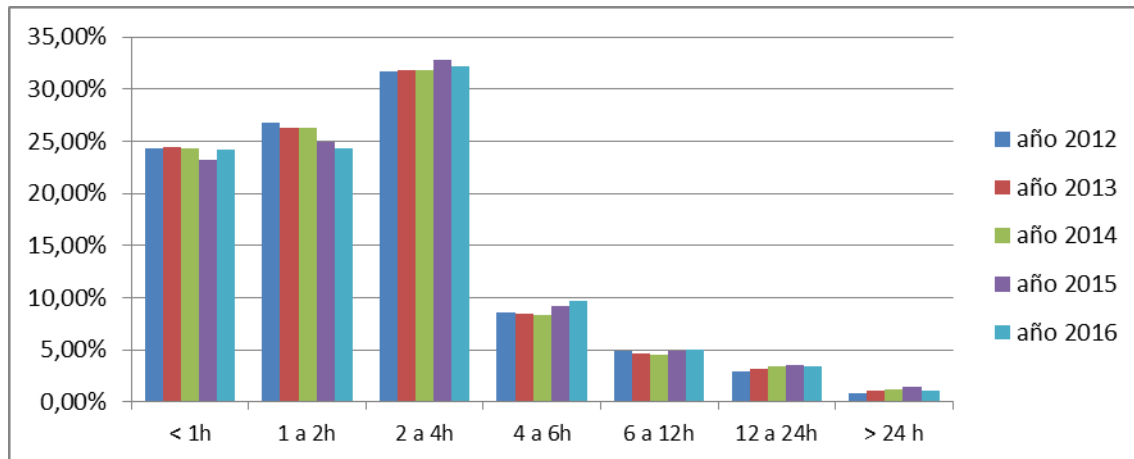
Fuente: Gestión de Datos HGURS

Los datos de permanencia en el servicio hasta el alta pueden constituir un índice de calidad de la atención prestada.

	año 2012	año 2013	año 2014	año 2015	año 2016
1 - < 1 h	24,29%	24,45%	24,36%	23,20%	24,17%
2 - de 1 a 2 h	26,84%	26,27%	26,31%	24,90%	24,30%
3 - de 2 a 4 h	31,65%	31,87%	31,76%	32,79%	32,16%
4 - de 4 a 6 h	8,60%	8,48%	8,34%	9,24%	9,73%
5 - de 6 a 12 h	4,87%	4,63%	4,57%	4,85%	5,05%
6 - de 12 a 24 h	2,93%	3,23%	3,47%	3,60%	3,47%
7 - > 24 h	0,82%	1,07%	1,19%	1,41%	1,12%

Fuente: Gestión de Datos HGURS

Con los datos obtenidos podemos afirmar que permanencia en el servicio hasta el alta persiste sin variación significativa interanual en los últimos cinco años, con un 49% de altas en un periodo de dos horas desde la admisión, y un 32% en el periodo entre 2 a 4 horas de permanencia. De esta manera un 81% de los pacientes son tratados y dados de alta en menos de 4 horas, cerca de un 15 % precisan de una estancia entre 4 y 6 horas y sólo un 4,6% de los pacientes presentan una estancia mayor de 12h.



Fuente: Gestión de Datos HGURS

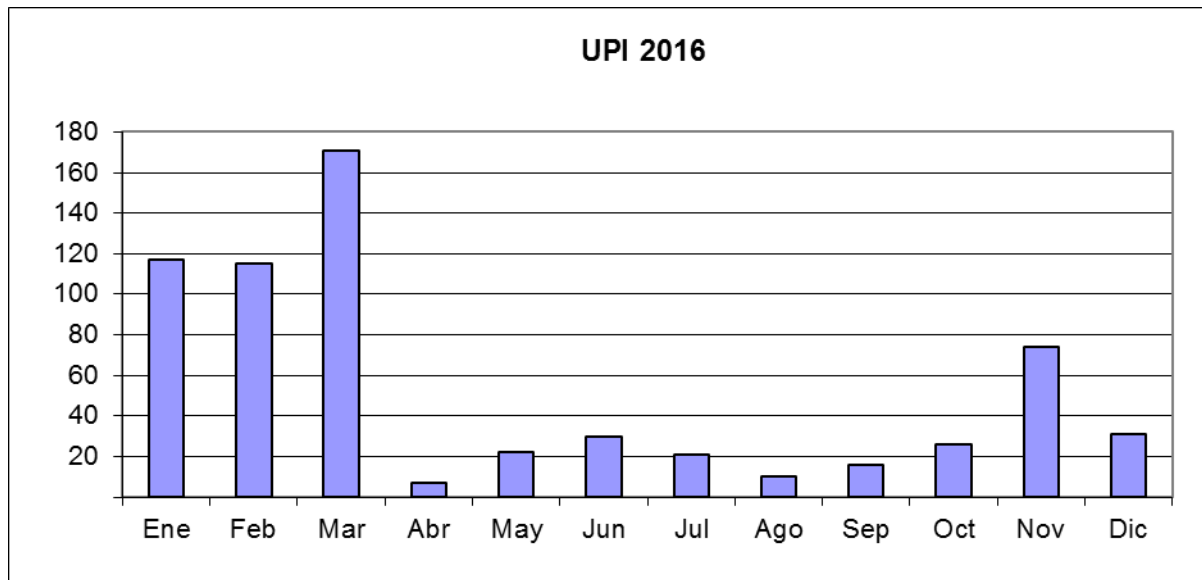
Las permanencias más prolongadas son consecuencia tanto de las demoras asistenciales originadas por el funcionamiento del propio servicio, y por tanto constituyentes de una

oportunidad de mejora, como por la influencia de los retrasos originados por la saturación del área de hospitalización, y la consiguiente demora en los ingresos.

En situación de saturación del centro, el servicio ocupa una zona del hospital de día médico como drenaje del área de camas de observación con aquellos pacientes pendientes de ingreso para los que no se dispone de cama en planta de hospitalización.

Ocupacion UPI 2016

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.	Diciembre
117	115	171	7	22	30	21	10	16	26	74	31

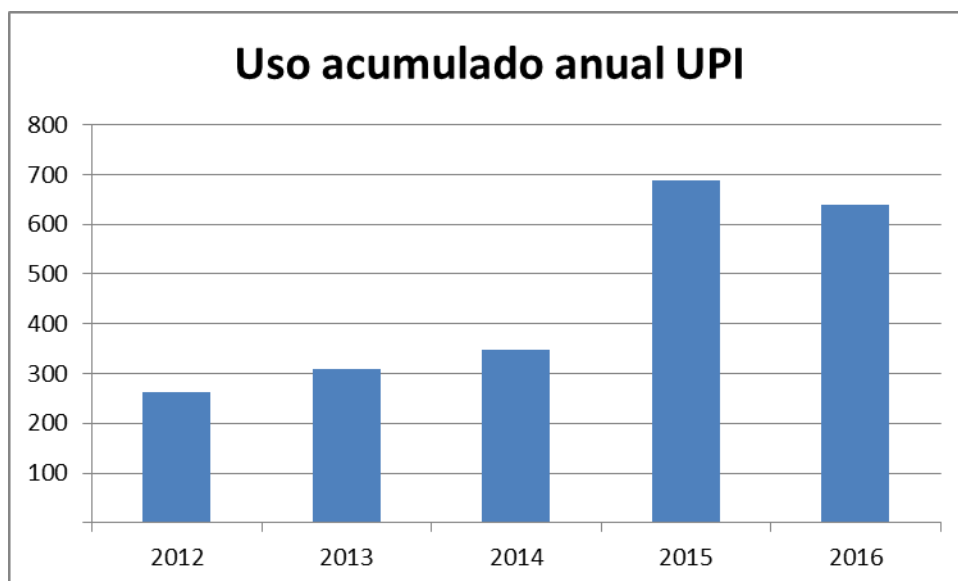


Fuente: Gestión de Datos HGURS

Los datos de ocupación revelan el uso más intenso de este recurso durante los meses de Enero a Marzo durante el año 2016, y resultan una valiosa fuente de información de la sobrecarga laboral, ya que corresponde a los profesionales del servicio de urgencias la atención continuada de los pacientes ubicados en esta área hasta su ingreso en planta.

Analizando los datos de ocupación de la UPI en los últimos cinco años observamos en un incremento brusco en 2015 estabilizándose entre las 600 -700 visitas en 2015 y 2016, con una

previsión cuando menos similar en 2017 contabilizándose un total de 460 visitas en los cuatro primeros meses de 2017.



Fuente: Gestión de Datos HGURS

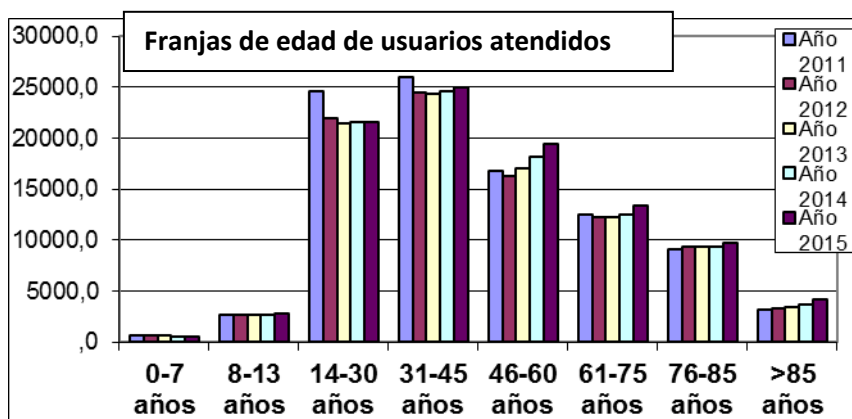
Otros datos de la distribución de la asistencia, no siendo tampoco modificables, tienen una menor influencia en la planificación temporal de los recursos, pero nos informan de diferentes características de la población, como la edad, el origen o el arraigo en nuestra comunidad.

Con los datos obtenidos hasta 2015 podemos observar los grupos de edad que demandan de forma habitual asistencia en nuestro servicio. Los datos de asistencia a menores de 13 años no son inexistentes a pesar de no disponer el centro de servicio de pediatría, representando estos datos de atención, en un amplio porcentaje, las urgencias traumáticas tratadas subsidiarias de tratamiento ortopédico, que no precisan tratamiento quirúrgico ni de traslado a otros centros de referencia para la especialidad. Una mínima parte de estos casos suponen urgencias médicas pediátricas que asistidas inicialmente por la facilidad de acceso al servicio precisan de estabilización y traslado.

Grupos									
Edad									
Año Alta	0-7	8-13	14-30	31-45	46-60	61-75	76-85	>85	Total
	años	años	años	años	años	años	años	años	
Año									
2011	676	2.637	24.560	25.959	16.802	12.513	9.041	3.189	95.377
Año									
2012	655	2.662	22.004	24.447	16.290	12.226	9.302	3.353	90.939
Año									
2013	638	2.716	21.509	24.335	17.005	12.253	9.343	3.434	91.233
Año									
2014	553	2.709	21.560	24.663	18.191	12.510	9.375	3.681	93.242
Año									
2015	542	2.769	21.530	25.035	19.432	13.356	9.729	4.127	96.520
Total	3.064	13.493	111.163	124.439	87.720	62.858	46.790	17.784	

Fuente: Gestión de Datos HGURS

Observando la asistencia de pacientes por bandas de edad comprobamos que el comportamiento es similar o con pequeñas variaciones interanuales en los distintos periodos contemplados.



Fuente: Gestión de Datos HGURS

Comparando únicamente los datos obtenidos entre el inicio y final del quinquenio estudiado, mediante datos porcentuales respecto al total de urgencias podemos encontrar variaciones discretas entre los grupos edad.

Año Alta	0-7 años	8-13 años	14-30 años	31-45 años	46-60 años	61-75 años	76-85 años	>85 años
Año 2011	0,71%	2,76%	25,75%	27,22%	17,62%	13,12%	9,48%	3,34%
Año 2015	0,56%	2,87%	22,31%	25,94%	20,13%	13,84%	10,08%	4,28%

Fuente: Adaptación propia

De ellas destacamos las que suponen una variación superior a un 10% respecto al inicio del quinquenio son:

	78,87%	103,99%	86,64%	95,30%	114,25%	105,49%	106,33%	128,14%
--	--------	---------	--------	--------	---------	---------	---------	---------

Fuente: Adaptación propia

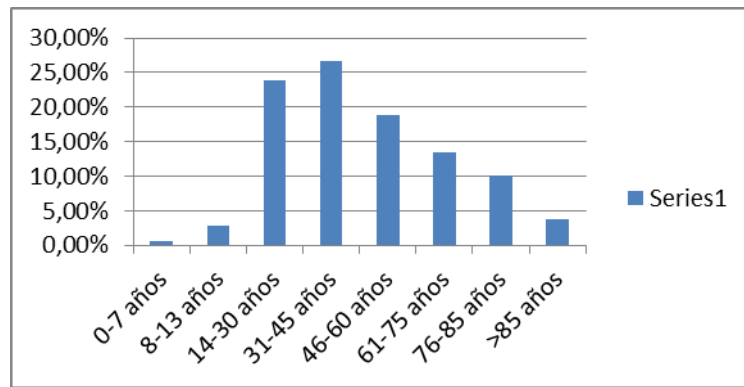
- Disminuyen las asistencias al grupo de menores de 7 años y al comprendido entre los 14 y 30 años.
- Aumentan las asistencias en los grupos de entre 46-60 y de > 85 años

Analizando la incidencia total de cada grupo de edad en la actividad del servicio como aproximación a una posible valoración por complejidad.

0-7 años	8-13 años	14-30 años	31-45 años	46-60 años	61-75 años	76-85 años	>85 años
0,66%	2,89%	23,79%	26,63%	18,77%	13,45%	10,01%	3,81%

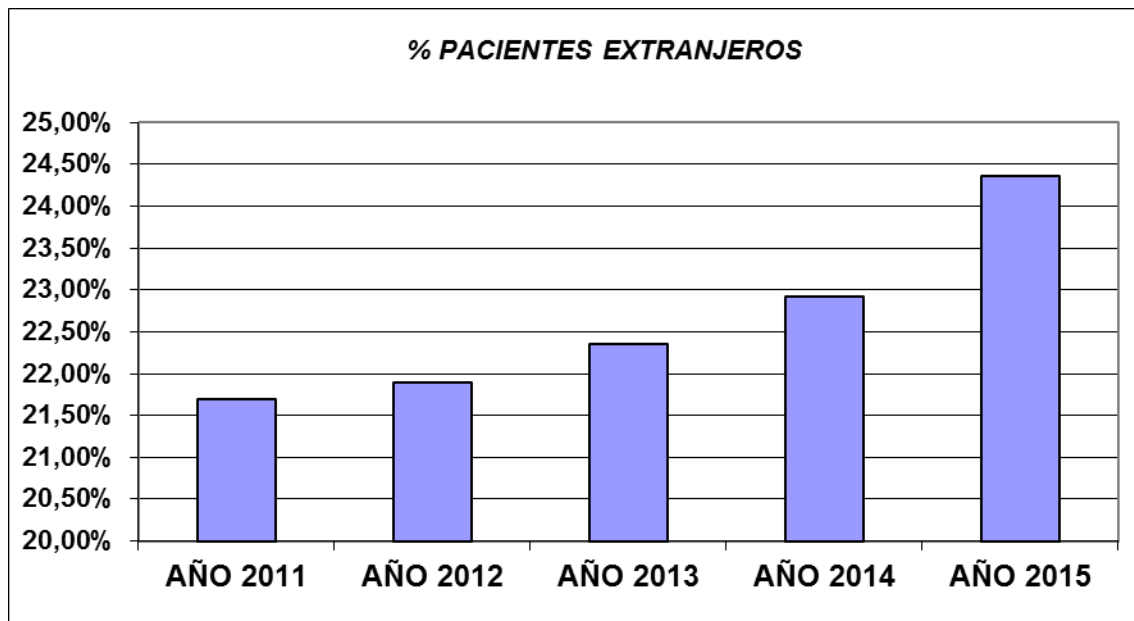
Fuente: Adaptación propia

Las urgencias motivadas por menores de 14 años suponen un 3.5% del total, entre los 14 y 30 años suponen un 24%. El 45% de la actividad se realiza con pacientes entre los 31 y los 60 años y el 27% lo representan los mayores de 61 años.



Fuente: Elaboración propia

Una peculiaridad del servicio dada su localización urbana, su visibilidad y accesibilidad y su tradicional concepción como hospital de beneficencia, es la proporción de extranjeros atendidos, que ya intensa de forma previa presenta una demanda progresiva en el periodo analizado.



Fuente: Gestión de Datos HGURS

Analizamos también las reclamaciones presentadas en los últimos tres años.

Las reclamaciones de los pacientes son una fuente de información de suma importancia para la evaluación del funcionamiento del servicio.

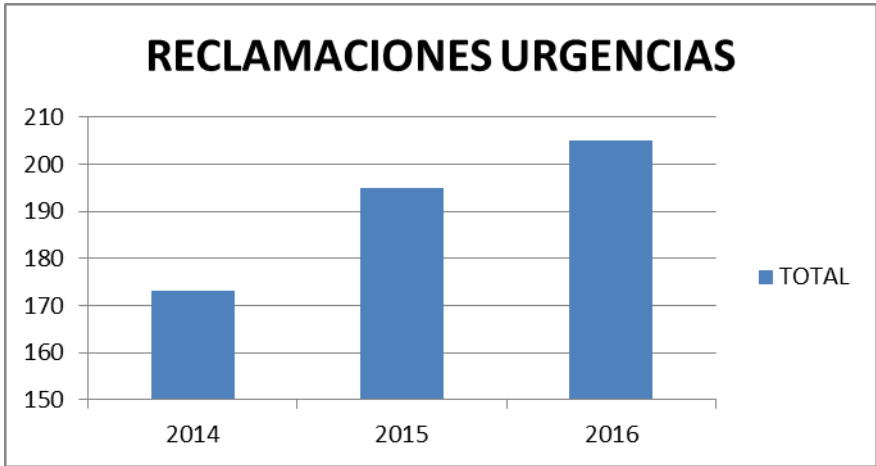
Analizamos las reclamaciones presentadas durante los últimos tres años con motivo de la asistencia en urgencias.

Motivo	2014	2015	2016	TOTAL
Disconformidad con los datos de la Historia Clínica	4	1	3	8
Falta de información en recepción			1	1
Disconformidad con la asignación de centro	2			2
Demora en la prestación del servicio. Incumplimiento horario	1	1		2
Demora en la prestación del servicio para atención en urgencias	62	96	76	234
Demora en la obtención de resultados de pruebas diagnósticas		1	3	4
Negación de la asistencia	1	2	1	4
Higiene y limpieza de instalaciones	2	2	1	5
Accidentes en el entorno del centro			1	1
Habitabilidad de instalaciones (confortabilidad)	2			2
Extravío de objetos personales	2	4		6
Conservación o mantenimiento de aparatos o instalaciones		1		1
Mala coordinación de cuidados entre servicios o dispositivos asistenciales	1		4	5
Falta de recursos materiales			3	3
Falta de recursos humanos	6	1	1	8
Disconformidad con las normas internas de organización	30	30	23	83

Disconformidad con el tratamiento prescrito	2	6		8
Disconformidad sobre la información dada sobre su enfermedad	4	5	16	25
Deficiente identificación del personal		2	3	5
Educación, cortesía o deferencia de los profesionales	8	17	24	49
Falta de confidencialidad de datos	2			2
Disconformidad con el diagnóstico	7	3	12	22
Disconformidad con el resultado asistencial	33	18	24	75
Desacuerdo con el alta asistencial	4	4	2	10
Disconformidad por falta de respeto al derecho de autonomía			2	2
Muerte inesperada del paciente			1	1
Solicitud de informes para otra institución			2	2
Reclamación reiterada		1	2	3
TOTAL	173	195	205	573

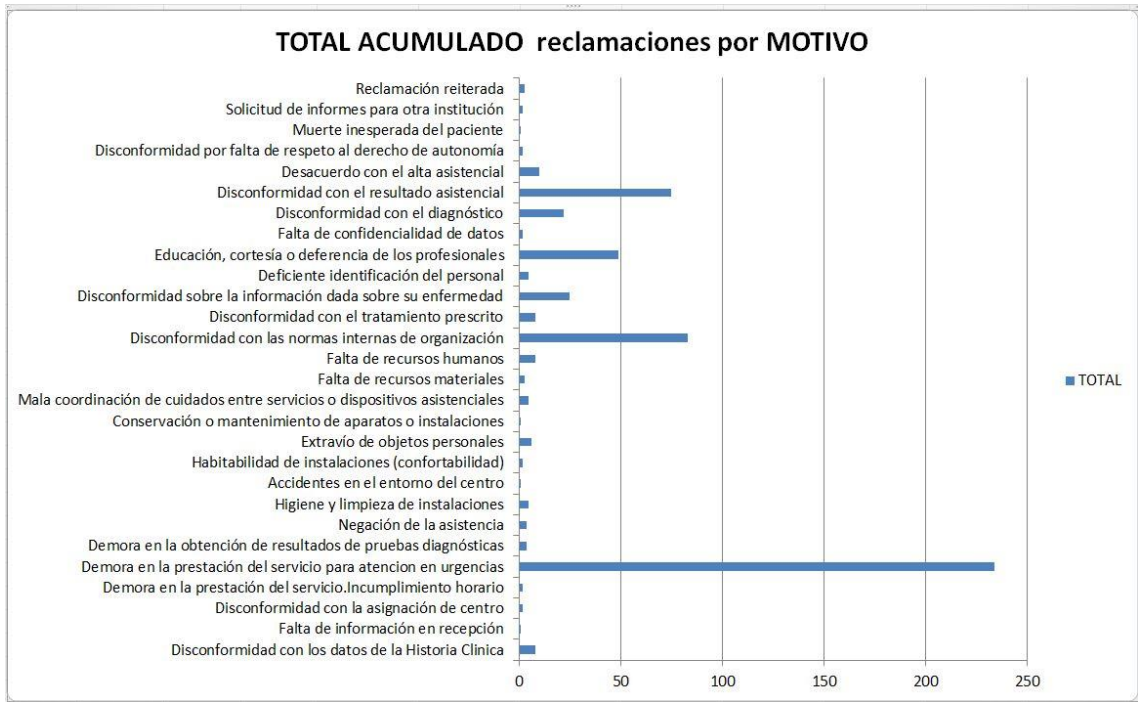
Fuente: Elaboración propia

El número de reclamaciones ha aumentado de forma progresiva en el periodo estudiado, tanto en números absolutos como en el porcentaje que representan sobre el total de urgencias atendidas en el mismo intervalo., suponiendo un 0.19% en 2014, un 0.20% en 2015 y un 0.21% en 2016.



Fuente: Elaboración propia

Los motivos origen de la reclamación quedan expresados en la siguiente tabla.



Fuente: Elaboración propia

Cinco motivaciones: demora en la prestación del servicio para atención en urgencias, disconformidad con las normas internas de organización, disconformidad con el resultado asistencial, educación, cortesía o deferencia de los profesionales y disconformidad con el diagnóstico acumulan en 85% de las reclamaciones.

3.2.4 PREVISIÓN DE LA DEMANDA: CRECIMIENTO DE INMIGRANTES, TERCERA EDAD

Del análisis de los datos de actividad del servicio se desprenden unas reflexiones de vital importancia a la hora de establecer una previsión de la demanda:

- Aumento progresivo de la frecuentación de nuestro SUH
- Envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de la complejidad de las urgencias asistidas
- Aumento de la presión hospitalaria, que precisa una mayor utilización del recurso UPI (no se registraban datos previos al ser un recurso de reciente implantación y con una utilización inicial puramente ocasional).

Otras consideraciones, aunque subjetivas y basadas en la experiencia, deben ser reflejadas para complementar la previsión que nos ocupa:

- Incremento progresivo de protocolos conjuntos en los que se requiere la estrecha colaboración de los servicios médicos de urgencia (agresiones, violencia de género, maltrato infantil...)
- Ubicación urbana de fácil acceso
- Asistencia a inmigrantes indocumentados utilizadores del servicio para la obtención de documentación que atestigüe su permanencia en el país.
- Utilización tradicional del SUH como recurso inmediato ante urgencias sociales.
- Aumento de la cirugía ambulatoria, que puede producir un incremento de revisión de complicaciones en el SUH
- Colapso de las plantas de Hospitalización que induciendo a un mayor número de traslados a hospitales de cuidados medios, producen secundariamente un aumento de reingresos a través del SUH
- Reingresos desde Unidad de Hospitalización Domiciliaria por desestabilización de pacientes
- Apertura del servicio de nefrología y crecimiento progresivo de la unidad de diálisis con el consiguiente aumento de las urgencias de pacientes nefrópatas.

Ante los argumentos expuestos no es previsible un descenso de la demanda en los próximos años, sino un aumento discretamente progresivo que nos obliga a prever los recursos tanto humanos como materiales y estructurales necesarios para hacer frente a dichas expectativas.

Es de reseñar la existencia de un proyecto de ampliación estructural del servicio cuya ejecución se haya supeditada a la existencia de presupuesto suficiente.

Hemos de incluir en nuestra previsión una necesidad de adaptar progresivamente los RRHH a las necesidades detectadas, más aún cuando la carga asistencial no se incrementa únicamente por el aumento de la demanda, sino también por el incremento de la calidad asistencial de los SUH, con utilización cada vez más frecuente de procesos y técnicas complejas que consiguen una reducción de las necesidades de hospitalización, una mayor integración de los procesos asistenciales con otras especialidades y por tanto una continuidad asistencial más eficaz.

3.2.5 MATRIZ DAFO / CAME

ANALISIS DAFO

Fortalezas

- Fácil accesibilidad al Servicio.
- Estructura física moderna, bien ubicada, con posibilidad de ampliación estructural
- Tecnología y recursos materiales apropiados a la actividad.
- Alto grado de informatización del Servicio.
- Personal con experiencia en Urgencias
- Percepción genérica de buen funcionamiento del Servicio desde la perspectiva de usuario.
- Aumento progresivo del prestigio del Servicio desde la perspectiva de los profesionales
- Servicio con vocación docente e investigadora.
- Amplia y adecuada cartera de Servicio.

Debilidades

- Elevada carga de trabajo habitual con escasa capacidad de respuesta frente a sobresaturaciones periódicas según tramos horarios o frente aumentos de demanda estacional.
- Escasa adecuación de los RRHH frente al aumento progresivo de la demanda en los últimos tres años.
- Enrarecimiento del clima laboral de forma progresiva propiciado por la sobrecarga de trabajo, ausencia de incentivos.
- Relevos durante tramos horarios de afluencia intensa.
- Caídas del servicio informático.
- Estructura física con escasa adaptación a la creciente ocupación con ubicaciones de pacientes insuficientemente correctas.
- Triage escasamente reglado sin apoyo informático a la protocolización.
- Déficit de información sobre funcionamiento, situación o evolución de enfermos que genera disconformidades e insatisfacción de pacientes y familiares en cuanto al confort de la estancia.

- Escasa atención a la formación continuada de los profesionales y protocolización de tareas.
- Insuficiente trabajo en equipo y pérdidas de empatía entre profesionales.
- Ausencia de incentivos.
- Escaso apoyo económico a las necesidades del servicio.

Oportunidades

- Gestión por procesos en el Servicio.
- Mejora de integración asistencial del paciente con las otras áreas asistenciales, tanto en cuanto a atención especializada como con primaria o servicios sociales. Especial atención a la integración asistencial de los pacientes crónicos.
- Mejora de los procesos mediante la protocolización y la implantación de guías clínicas, su revisión y actualización, para disminuir la variabilidad y promover el uso racional del medicamento.
- Mejora del confort de pacientes y familiares mediante la información actualizada y apoyo durante su permanencia en el servicio .
- Mejora de la seguridad del paciente y conciliación farmacéutica.
- Mejora del clima laboral, las condiciones de trabajo.
- Aumentar la atracción del Servicio, como protección frente a una eventual escasez de profesionales, con fidelización de sus profesionales mediante una motivación adecuada.

Amenazas

- Envejecimiento progresivo de la población y aumento de la comorbilidad y complejidad de pacientes.
- Escasa interrelación del Servicio con el resto de unidades asistenciales.
- Deterioro del clima laboral, de las condiciones de trabajo y consiguiente fuga de profesionales y pérdida de atracción.
- Ausencia de sistema informático autónomo, que permita la continuidad del trabajo ante caídas del sistema.

DAFO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<p>Elevada carga de trabajo habitual. Escasa capacidad de respuesta frente a sobrecargas periódicas. Escasa adecuación de los RRHH al aumento de la demanda</p> <p>Enrarecimiento del clima laboral, sobrecarga de trabajo, ausencia de incentivos, poco trabajo en equipo y pérdidas de empatía interpersonal.</p> <p>Relevos en horarios de afluencia intensa</p> <p>Caídas del servicio informático</p> <p>Estructura física con escasa adaptación a la creciente ocupación.</p> <p>Triaje reglado sin apoyo informático</p> <p>Déficit de información a pacientes y familiares.</p> <p>Escasa atención a la formación continuada.</p> <p>Escaso apoyo económico a las necesidades del servicio</p>	<p>Fácil accesibilidad al Servicio, estructura adecuada, bien ubicada, con posibilidad de ampliación estructural</p> <p>Tecnología y recursos materiales apropiados a la actividad.</p> <p>Alto grado de informatización del Servicio.</p> <p>Personal con experiencia en Urgencias</p> <p>Perspectiva de usuario positiva.</p> <p>Aumento progresivo del prestigio del Servicio desde la perspectiva de los profesionales</p> <p>Servicio con vocación docente e investigadora.</p> <p>Amplia y adecuada cartera de Servicio</p>

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<p>Envejecimiento de la población</p> <p>Aumento de la comorbilidad y complejidad de pacientes.</p> <p>Escasa interrelación con otras de unidades</p> <p>Deterioro del clima laboral , de las condiciones de trabajo y consiguiente fuga de profesionales y perdida de atracción.</p> <p>Ausencia de sistema informático autónomo, que permita la continuidad del trabajo ante caídas del sistema</p>	<p>Gestión por procesos en el Servicio.</p> <p>Mejora de integración con otras áreas asistenciales, tanto en atención especializada como con primaria o servicios sociales.</p> <p>Mejora de los procesos mediante la protocolización y guías clínicas, para disminuir la variabilidad y promover el uso racional del medicamento</p> <p>Mejora del confort de pacientes y familiares mediante la información actualizada y apoyo</p> <p>Mejora de la seguridad del paciente y conciliación farmacéutica.</p> <p>Mejora del clima laboral y las condiciones de trabajo</p> <p>Aumentar la atracción del Servicio, fidelización de sus profesionales</p>

ANALISIS CAME

CAME	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA OFENSIVA	ESTRATEGIA DE REORIENTACIÓN
	<p>Aumentar el prestigio a nivel de atención a procesos facturables (acc. trafico) y con ello mejorar los ingresos.</p> <p>Mejora de tiempos de espera.</p>	<p>Potenciar el confort del paciente y la información suministrada</p> <p>Implantación de la Gestión por procesos</p>
AMENAZAS	ESTRATEGIA DEFENSIVA	ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA
	<p>Potenciar la Fidelización de profesionales mediante la mejora del ambiente laboral y las condiciones internas</p> <p>Mejora de la interrelación con otras unidades asistenciales</p>	<p>Implantación de un sistema de triaje informatizado-</p> <p>Mejora de la estructura física.</p> <p>Potenciar la formación continuada del equipo. Aumentar jornada no asistencial</p> <p>Incentivación del trabajo en equipo</p>

4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

4.1 MISIÓN, VISION y VALORES

MISIÓN

Alineada con la misión del área VII y del centro publicada por la gerencia, de “garantizar la asistencia sanitaria, a través de una atención integral del paciente, preferentemente a los ciudadanos de las Zonas Básicas de Salud asignadas al área por el Servicio Murciano de Salud”, se encuentra la misión más específica del Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía.

La misión del Servicio no puede ser otra que garantizar la asistencia sanitaria urgente a todos los ciudadanos que puedan precisarla, con el objetivo de integrar de la manera más efectiva la atención de aquellos ciudadanos adscritos al área por el Servicio Murciano de Salud y cuya continuidad asistencial ha de producirse en los distintos niveles asistenciales del área, proporcionando así una mejora continua en la calidad del servicio prestado.

VISIÓN

El Servicio de Urgencias persigue el reconocimiento por parte de los pacientes, de los profesionales del Servicio Murciano de Salud, de los aspirantes a realizar una formación MIR y del entorno social como un servicio de urgencias excelente por su calidad asistencial, capacitación de sus profesionales, calidad del clima laboral, y utilización eficaz de sus recursos, en un entorno seguro y confortable para pacientes y trabajadores, haciendo gala de un trato humanizado.

Planificamos las actividades básicas como procesos orientados al paciente que serán evaluados, controlados y continuamente mejorados.

Queremos ser un servicio flexible que se adapte con presteza a la evolución de las necesidades de la población y de los avances de la ciencia y la técnica.

Aspiramos a ser destino de elección para estudiantes, residentes y profesionales por la calidad humana, reconocimiento personal, nivel tecnológico, recursos materiales, formación continuada, promoción profesional, investigación y accesibilidad.

VALORES

Compartimos e impulsamos, entre otros, los valores expresados en la declaración institucional del área:

- Respeto a la dignidad, autonomía y singularidad del paciente.
- Los pacientes y sus familiares o allegados son el centro de referencia y de actuación de nuestra Organización.
- Velamos por la seguridad del paciente y de los trabajadores del Área.
- Basamos nuestra conducta profesional y personal en la ética y el rigor científico.
- Promovemos el respeto mutuo y el trabajo en equipo.
- Fomentamos la vocación, dedicación y compromiso de nuestros profesionales.
- Creemos en el valor de la identificación de los profesionales con la misión del Área y del servicio.
- Colaboramos en todas nuestras actuaciones con la sostenibilidad medioambiental.
- Utilizamos los recursos disponibles de forma adecuada, efectiva y eficiente.

A los que no podemos dejar de añadir:

- Compromiso con el bienestar de los trabajadores en un entorno laboral saludable
- Constante preocupación por la formación continuada de los profesionales.

4.2 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Bajo el objetivo general definido y aprobado por la institución de “conseguir la curación, el alivio o el diagnóstico de las enfermedades que afectan a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, debemos también definir los objetivos considerados esenciales para alcanzar el éxito futuro de la organización y de nuestro Servicio de Urgencias, y que en sí constituyen un programa de mejora de la actividad.

La estrategia para una optimización del servicio debe partir de las debilidades y amenazas detectadas para que las acciones emprendidas nos garanticen su corrección.

Los objetivos estratégicos de mayor prioridad para conseguir esta optimización los resumimos bajo los siguientes campos de actuación:

Mejora Continua de la Calidad asistencial:

- Prestar asistencia sanitaria de máxima calidad científica, permanentemente actualizada y con la tecnología precisa
- Mejora de los procesos que se desarrollan en el Servicio.
- Desarrollo de nuevos protocolos.
- Asistencia urgente integrada con primaria y especialidades medicas.
- Conciliación farmacéutica.
- Mejora continua en seguridad del paciente.
- Mejora de la información reflejada en informe de alta.

Satisfacción de la población y de la percepción del cliente

- Confort del paciente durante su estancia.
- Información actualizada a paciente y familiares.
- Humanización del trato.
- Accesibilidad al servicio e integración con el resto de niveles asistenciales.

Satisfacción del personal que trabaja en el Servicio:

- Mejora de la satisfacción del personal.
- Disminución de estrés y carga laboral.
- Fomento del trabajo en equipo y de la implicación en el proyecto.
- Desarrollo de un sistema de incentivos gratificante.
- Programa de formación adecuado.
- Fomento y colaboración en la investigación científica.
- Desarrollo del programa de atención a la segunda víctima.

Optimización financiera:

- Eficiencia en el gasto.
- Mejora de la facturación externa.

4.3 OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD

OBJETIVOS ASISTENCIALES

El proceso de Urgencias se halla definido documentalmente en nuestro centro bajo la denominación “ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN URGENCIAS”, PCC-5, aprobado por la Comisión de Dirección el 9 /10 /2015.

En él se describe como objetivo general “conseguir la curación, el alivio o el diagnóstico de las enfermedades que afectan a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias”, planteándose como objetivos específicos la rapidez en la asistencia, el trato respetuoso, la efectividad diagnóstica y seguridad clínica y la satisfacción del paciente, todos ellos objeto de alineación de los objetivos incluidos en esta propuesta y que definirán nuestras actuaciones.

El proceso de atención se inicia cuando el paciente o usuario acude directamente al Servicio de Urgencias de Hospital demandando asistencia, o es derivado por otro dispositivo asistencial.

La salida del proceso se da con el alta del servicio, bien a su domicilio o residencia, o mediante orden de ingreso en unidad de hospitalización, o traslado a otros centros, con la elaboración del informe clínico correspondiente.

Centrados en el Paciente

Proporcionar información adecuada de los circuitos del servicio, demoras y normas de funcionamiento, mediante la difusión de información gráfica previamente aprobada por la Dirección.

Aumentar en cantidad y calidad la información facilitada a pacientes y familiares durante su estancia en el servicio.

Aumentar el confort de los pacientes ubicados en sala de espera – observación –tratamiento, de Boxes, y en particular aquellos con permanencia mayor de tres horas en el mismo.

Aumentar la comprensión del paciente sobre las instrucciones recibidas al alta.

Aumentar la calidad en el trato dispensado al paciente y familiares.

La efectividad de los servicios prestados por el Servicio.

La mejora continua de la seguridad del paciente.

Mejora de los tiempos de respuesta inicial y global en pacientes calificados con código de triaje naranja o amarillo.

La medición de los aspectos dependientes de la opinión del paciente se realizará mediante encuesta a los enfermos ubicados en sala de espera de boxes, en la que se desarrollarán los correspondientes ítems indicativos de satisfacción del paciente para su evaluación periódica, inicialmente semestral.

La medición de la mejora en seguridad del paciente se realizará mediante los resultados obtenidos de las “rondas de seguridad” realizadas conjuntamente en la actualidad con la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

Se realizará la codificación al alta del código de triaje asignado para incluir dicha variable en los estudios de evaluación.

Centrados en la práctica asistencial

Calidad científico técnica

La revisión constante y actualización de los protocolos o guías clínicas es un hecho fundamental en la Medicina en general y en la Medicina de Urgencias en particular, lo que nos obliga a la actualización y revisión de los protocolos elaborados, a evaluar la implantación de cada uno de ellos y el nivel de adhesión o cumplimiento de los profesionales en aras de una disminución de la variabilidad que conduzca a una mejora de los resultados.

Las actividades a realizar en este sentido serán:

- Revisiones conjuntas de las publicaciones de interés en relación con la Medicina de Urgencias, que puedan mejorar la calidad de nuestros procesos.

- Protocolización de procedimientos utilizados en Área de Resolución rápida, con inclusión de indicación de exploraciones, actitud terapéutica y cuidados o revisiones posteriores según patologías.
- Protocolización de procedimientos utilizados en Área de Boxes.
- Protocolización de procedimientos de Hemodinámica.
- Protocolización de procedimientos utilizados en área de Boxes.
- Protocolización de procedimientos de apertura, uso y cierre de UPI.
- Evaluación anual de la adhesión a los protocolos o guías elegidas para el periodo.
- Propuesta de aprobación de implantación del Plan de Formación en ecografía propuesto por ecoSEMES e inclusión progresiva de la técnica en los procedimientos.

Formación y trabajo en equipo

Comunicación con el equipo: En primer lugar debemos conocer las aptitudes, habilidades, áreas de interés de cada uno de los integrantes de la plantilla con el fin de adaptar, en la medida de nuestras posibilidades, las afinidades detectadas en la formación de los equipos de guardia tanto a nivel empático como en cobertura total del área de interés de cada uno de los miembros. Un equipo con afinidad y cuya suma de conocimientos y habilidades cubra todas las áreas de la actividad de urgencias, otorgará una mayor seguridad a la totalidad del grupo. La existencia de un líder (no un jefe), establecido por elección, en cada grupo facilitará la coordinación entre los distintos equipos de guardia.

Comunicación entre líderes de grupo y las jefaturas de Servicio y Sección serán fundamentales para lograr la implicación del mayor número de profesionales posibles con nuestro proyecto.

Estudio conjunto de la distribución de tareas y cargas de trabajo por puesto de trabajo, conociendo que todos los integrantes del grupo habremos de rotar por todos los puestos podremos alcanzar un consenso a la hora de un reparto de cargas equilibrado y justo.

Un estudio y evaluación de Riesgos Psicosociales, puede aportar un gran valor a la hora de establecer las situaciones de riesgo presentes en la actualidad y proponer las medidas preventivas necesarias para contribuir a un ambiente laboral saludable.

Implantación de un “Plan de Atención a Segundas Víctimas”.

Elaboración de un Plan de Formación Continuada, con participación del equipo, destinado a la actualización de conocimientos que garanticen la competencia e incluya:

- Formación en Medicina de Urgencias.
- Difusión de la implantación o revisión de las guías o protocolos clínicos.
- Formación en gestión de los recursos y de procesos.
- Formación en Prevención de riesgos laborales.
- Formación en Seguridad del paciente, revisión de Eventos adversos.

Todas las actuaciones que llevemos a cabo en el terreno del desarrollo, implantación y seguimiento de la protocolización de procesos, el compromiso con la formación continuada o la investigación, o con la gestión de equipos debe incorporar un sistema de incentivos, no necesariamente monetarios, aceptado desde el inicio por todos los integrantes del servicio, capaz de compensar los esfuerzos realizados y su aportación al conjunto.

OBJETIVOS FINANCIEROS

Control de gastos farmacéutico: para ello se intentará optimizar el gasto en farmacia hospitalaria con la adecuación y estandarización de los tratamientos según la adhesión a los protocolos establecidos. Se trata de controlar de forma independiente los tratamientos aplicados una vez producida la indicación de ingreso en aquellos casos en que la presión hospitalaria obligue a mantener el enfermo en el Servicio de Urgencias o UPI por saturación de las unidades de hospitalización, a fin de que la imputación de esos costes no repercuta sobre el presupuesto del SUH.

Aumentar la prescripción de genéricos en los tratamientos domiciliarios como fármacos de primera elección.

Aumentar la indicación e implicación del paciente en el autocuidados, y en los cuidados específicos de las patologías crónicas.

Se informará trimestralmente al equipo de la evolución en el cumplimiento de los objetivos.

Control de gastos de material

Se propondrán códigos de buenas prácticas, consensuados entre las distintas categorías tras el análisis de aquellos procedimientos competenciales de cada una de ellas, en los que sea detectable una oportunidad de mejora.

Planificación anual de los RRHH, para ajuste de las plantillas según necesidades previstas estacionalmente, a fin de evitar sustituciones innecesarias con una mejor planificación o incentivación de utilización de periodos alternativos.

Análisis de la facturación externa. Incorporación de Ítem, a cumplimentar en la historia clínica en motivo de consulta, como retroinformación al servicio de admisión en asistencias por accidente de tráfico o laboral para su posterior facturación.

OBJETIVOS DE SOSTENIBILIDAD

Uso racional de los recursos implicando más a todos los miembros del equipo en la gestión.

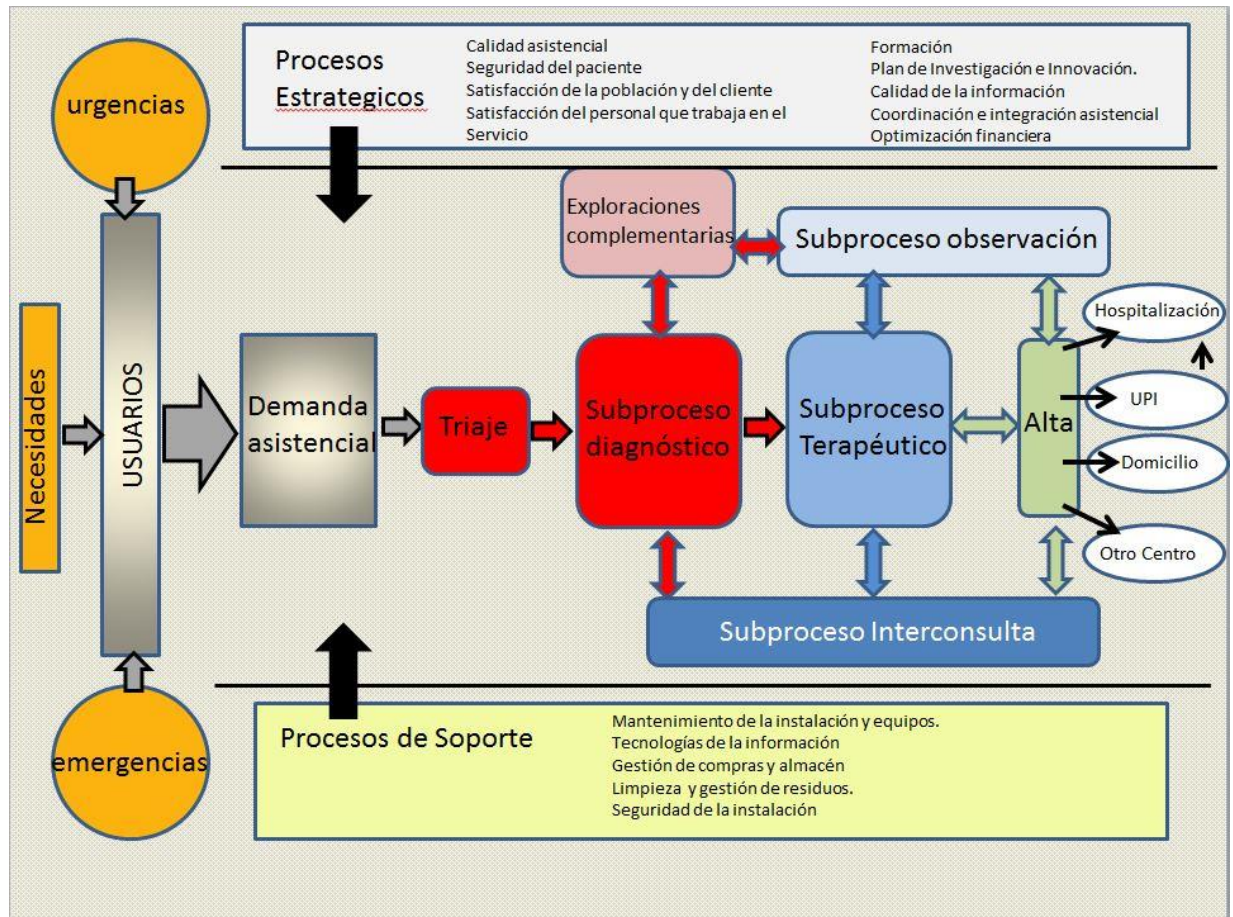
Programa de concienciación sobre disminución de consumo eléctrico innecesario.

Fomentar la cohesión del equipo mediante la evaluación de la saludabilidad del ambiente laboral e implementando las actuaciones preventivas recomendadas por ella.

Fidelizar a los trabajadores temporales proponiendo a la Gerencia medidas de mejora de contratación.

4.4 MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD

La entrada al proceso se produce con la demanda asistencial del usuario en el servicio de urgencias en base a la aparición de una urgencia, emergencia u otra necesidad asistencial.



Fuente: Elaboración propia

4.5 PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, DE SOPORTE

Procesos Estratégicos

Los procesos estratégicos son aquellos procesos necesarios e indispensables para el buen funcionamiento del Servicio. Los procesos estratégicos son los siguientes:

- Calidad asistencial
- Seguridad del paciente
- Satisfacción de la población y de la percepción del cliente
- Satisfacción del personal que trabaja en el Servicio
- Formación
- Plan de Investigación e Innovación.
- Calidad de la información
- Coordinación e integración asistencial
- Optimización financiera

Procesos Operativos

Son los Procesos implicados directamente con la prestación del servicio, en nuestro caso aquellos que describen la asistencia de las urgencias en nuestro SUH, incluyen tanto el circuito asistencial como el manejo de los distintos motivos de asistencia y patologías.

Incluido en los procedimientos operativos se encuentra el desarrollo y más aún la implantación, de protocolos de asistencia y guías clínicas.

EL PROCESO CLÍNICO - ASISTENCIAL en sí, lo podemos descomponer en diferentes subprocesos:

- Subproceso Admisión y Triage
- Subproceso Diagnóstico
- Subproceso exploraciones complementarias
- Subproceso Interconsulta
- Subproceso Alta

Cada subproceso contiene todos aquellos procedimientos específicos necesarios para la atención a los distintos tipos de paciente y patologías.

SUBPROCESO ADMISIÓN Y TRIAJE

El subproceso de admisión cuenta con una estructura bien adaptada a las necesidades actuales, dispone de hasta tres puestos para la identificación del paciente a su llegada al servicio, estando a su vez bien definido el procedimiento de filiación para aquellos usuarios cuya filiación no puede ser tomada de forma inmediata por inestabilidad clínica del paciente.

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

El subproceso de Triage en nuestro centro es claramente susceptible de mejora, en la actualidad se realiza mediante asignación manual del código de prioridad, basado en el sistema de triaje Manchester aunque sin asistencia del software original que proporcionaría una codificación más eficaz y disminuiría la variabilidad inducida por la apreciación subjetiva de gravedad aplicada por el enfermero responsable.

El tiempo Admisión – Triage también es susceptible de mejora, cuando practicado desde un único reconocimiento resulta insuficiente durante los picos de demanda asistencial, con aumento de este tiempo a niveles no recomendados cuando casi un 50% de los pacientes son evaluados en tiempos superiores a los diez minutos. La incorporación de un segundo puesto de triaje, estructuralmente fácil de dotar, tendría una importante repercusión en la reducción de las demoras.

SUBPROCESO DIAGNÓSTICO

El subproceso diagnóstico engloba los procedimientos de asistencia médica, iniciándose cuando el facultativo inicia la anamnesis del paciente.

Procedimiento de actuación de la hemodinámica

En la actualidad la Sala de Críticos, Box Vital o comúnmente Hemodinámica, consta de 2 puestos asistenciales convenientemente equipados.

El uso de este recurso ha experimentado un aumento progresivo motivado por:

- El aumento de procedimientos que precisan monitorización inmediata, entre ellos destaca la adopción del documento de consenso sobre tratamiento de la Fibrilación auricular de reciente comienzo y la indicación de cardioversión eléctrica.
- El avance de las técnicas de Ventilación Mecánica no Invasiva y la extensión de su uso en la Insuficiencia Respiratoria Aguda o Reagudizada e Insuficiencia Cardíaca en situación de Edema Pulmonar.

Procedimiento de actuación en área de resolución rápida

El área de Resolución Rápida dispone de dos consultas médicas y una de enfermería, siendo utilizada para la valoración de pacientes con código de prioridad azul o verde.

El funcionamiento actual del área, independientemente de ser capaz de proveer la asistencia requerida en unos rangos de tiempo aceptables, para patologías en las que el factor tiempo no resulta determinante en su evolución, precisa de un proceso de mejora al evidenciar las siguientes debilidades:

- Puesto de trabajo denostado por los profesionales, por una multiplicidad de factores entre los que podemos identificar: la alta frecuentación, el aislamiento del área respecto a otras áreas asistenciales, la calidad técnica de los procesos y la falta de tiempo para la aplicación de técnicas sencillas y eficaces como artrocentesis, drenajes de colecciones superficiales...,etc, y la variabilidad en la clasificación entre otros.
- Inexistencia de protocolos de actuación para la atención a patologías leves
- La utilización del servicio como medio administrativo para consecución de informes para acreditar situaciones de residencia, o de acceso a consultas con demora elevada, o como consulta de Atención Primaria para indocumentados, o dificultad para obtener cita urgente en su Centro de Salud.
- La presión autoejercida por el profesional para facilitar un relevo lo más liviano posible.
- Ubicación de pacientes en espera en sala exterior que origina retrasos en la entrada a consulta.

La mejora del procedimiento, sin ser una área de actuación prioritaria, pasa por la reestructuración del área, provisión de una tercera consulta médica, disposición de una sala de

espera adyacente a las consultas de capacidad adecuada, y protocolización de los procesos de frecuente atención, tanto en cuanto a calidad científico – técnica, como actividad facilitadora de la integración y continuidad asistencial.

Procedimiento de actuación en área de Boxes

El área de Boxes es el área de mayor actividad del SUH, tanto por el número de casos atendidos como por su nivel de complejidad, trascendencia de la actividad y potencial gravedad de los procesos patológicos.

La dotación estructural del área, como se describió anteriormente comprende:

- 8 boxes de reconocimientos médicos.
- 3 boxes de enfermería.
- 1 box de oftalmología.
- 1 box de Psiquiatría.
- 1 sala de curas.
- Acceso a la sala de yesos.
- 1 Sala de espera, para observación de pacientes o tratamientos cortos con un control de enfermería.
- 1 Control de la Instalación compartido para personal facultativo y enfermería, con una sala adyacente de reciente construcción para revisión de historias, petición y visualización de resultados de exploraciones complementarias, solicitud de interconsultas o redacción de informes.

En los últimos años se ha observado un crecimiento del número de asistencias, especialmente en época invernal.

El área de espera – observación - tratamiento para los enfermos tiene una capacidad aproximada entre 15 y 20 pacientes dependiendo del nivel de dependencia de los pacientes allí ubicados y la conveniencia de su ubicación en camilla, sillón de tratamiento o silla convencional. Esta capacidad queda desbordada con frecuencia por el número de pacientes en proceso de observación, espera o tratamiento, y en ocasiones por la presencia de familiares autorizados ante enfermos dependientes, o sin autorización expresa por falta de control, ansiedad familiar, o solicitud de información.

Debemos reseñar como factor contribuyente a la saturación de esta sala, la permanencia en la misma de pacientes en espera de reubicación en sala de camas de observación o ingreso en hospitalización, ante aumentos de la presión en las áreas receptoras.

El procedimiento actual de información a la familia resulta insuficiente en relación a la demanda de la misma en situaciones que generan un importante estrés para los allegados del paciente.

El control de esta sala se lleva a cabo en la actualidad mediante personal Auxiliar de Enfermería, habiendo generado discrepancias competenciales entre los colectivos de Auxiliares y Enfermería.

El número de Boxes resulta insuficiente para el uso conjunto de facultativos del SUH en su actividad asistencial, facultativos de otras especialidades en labores de interconsulta, cuidados auxiliares precisos de pacientes dependientes.

No existe un área de recepción adecuada y movilización, para enfermos recibidos de otros dispositivos asistenciales, generalmente en camilla, con vigilancia suficiente hasta su evaluación médica. Este problema queda agravado cuando coincide en el mismo tiempo la llegada de varias ambulancias, situación que no es excepcional.

Son detectables demoras en la administración de tratamientos, realización de técnicas de enfermería, o realización de exploraciones complementarias que inciden directamente en la calidad de la asistencia prestada en términos de permanencia en el centro.

Las mejoras a planificar en el procedimiento son:

- Ampliación y reestructuración de la sala de espera – observación – tratamiento, dotación de área de recepción de enfermos procedentes de otro nivel asistencial, y control eficaz de la zona preferentemente por personal de enfermería.
- Mejora de los circuitos y los flujos entre el área de boxes y las distintas áreas del servicio de urgencias y las áreas de radiología u hospitalización.
- Protocolización de la actuación clínica, de cuidados y organizativa de las distintas patologías.
- Mejora del proceso de información a pacientes y familiares y establecimiento de un protocolo de acompañamiento de pacientes de estancia prolongada.

Procedimiento de actuación en área de Camas de Observación

El procedimiento de actuación en el área de camas de observación tiene características comunes del subproceso diagnóstico (en casos de enfermos que precisan de observación más estrecha o tiempos prolongados para llegar a un juicio clínico) y del subproceso tratamiento.

La Sala de Observación está distribuida en dos secciones atendidas por diferentes facultativos.

La sección izquierda está dotada de:

- 3 camas para pacientes cardiológicos.
- 4 camas para la Unidad de Cuidados Intermedios.

Desde un puesto de control centralizado se tiene contacto visual directo de todas ellas que disponen de monitorización individual, conexión de vacío y gases medicinales.

La sección derecha se dota con:

- 8 camas de observación con monitorización conexión de vacío y gases medicinales.
- camas habilitadas adicionalmente, de disposición central, para hacer frente a la demanda actual, a las que se les ha provisto de instalación de gases medicinales no disponiendo de monitorización.
- 2 boxes de aislados dotados de una y dos camas, monitorización y sistema de video vigilancia.

El funcionamiento del área de Observación es de forma general apropiado, tornándose disfuncionante en situaciones de aumento de la demanda donde se producen requerimientos que sobrepasan su capacidad.

Estos excesos de ocupación se drenan con la apertura de la unidad de preingreso (UPI) con capacidad de 11 camas, o incluso se ocupa el Hospital de día médico adyacente con capacidad de 10 camas más. La necesidad de apertura de estas camas, habitualmente no dotadas de RRHH obliga por un lado a la cobertura improvisada de personal de enfermería y auxiliar, originando retrasos que inciden de forma inmediata sobre la zona de camas de observación, y secundariamente sobre los pacientes para observación o ingreso ubicados en el área de boxes. A su vez la atención médica se garantiza por el propio personal facultativo del servicio, que en

horario de tarde ha de sustituir su actividad en boxes por el trabajo generado en esta unidad y durante la noche debe compaginar ambas tareas.

En caso de insuficiencia de las medidas adoptadas, en los periodos de saturación extrema del servicio, se aumentan las derivaciones a centros concertados.

SUBPROCESO EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Este proceso lo componen aquellos procedimientos realizados por otros servicios centrales que resultan necesarios en el Subproceso Diagnóstico. Dentro de estos procedimientos son los más significativos:

- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Radiología
- Microbiología
- Anatomía Patológica
- Endoscopia
- Electrocardiografía
- Ecocardiografía
- Electroencefalografía
- Ergometría

La pertinencia de las exploraciones complementarias debe estar incluida en los protocolos diagnóstico terapéuticos a fin de disminuir la variabilidad inducida por los distintos estilos de práctica clínica de los profesionales.

De los procedimientos reseñados son los más utilizados:

- La Electrocardiografía, es realizada como técnica habitual por el mismo Servicio de Urgencias e interpretada e informada en la historia clínica por el facultativo responsable de la atención al enfermo.
- Para los Análisis Clínicos se realiza la obtención de muestras en el SUH siendo procesadas e informadas por el Servicio de Laboratorio.
- Los procedimientos Radiológicos se efectúan y son informados por el Servicio de Radiología, precisando de coordinación entre ambas unidades como herramienta de

calidad asistencial evitando la espera en zonas no asistenciales de enfermos de gravedad, o susceptibles de empeoramiento o desestabilización clínica.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias promueve la implantación de el Plan Nacional de ecografía para médicos de Urgencias y Emergencias (Proyecto ecoSEMES), cuyo objetivo final es propiciar la implantación en los Servicios de Urgencias y Equipos de Emergencias de nuestro país de la ecografía realizada por médicos de Urgencias y Emergencias.

Las principales utilidades de la implantación de la técnica ecográfica realizada en los SUH, sin querer sustituir la ecografía reglada realizada por especialistas en radiodiagnóstico son:

- Exploración básica del corazón (ecocardiografía): encaminada a la valoración de datos elementales sobre contractilidad general (no segmentaria), la existencia de líquido pericárdico en el contexto del paciente traumatizado y/o en el paciente en estado de shock para valorar su origen cardiogénico, la valoración de signos de insuficiencia cardíaca, el aumento de cavidades en VD como signo de sobrecarga ventricular derecha.
- Exploración básica del abdomen: para el reconocimiento de estructuras normales, la búsqueda de líquido libre intraperitoneal, patología obstructiva renal, vesicular, globo vesical, aneurisma de aorta y su aplicación práctica.
- Exploración torácica: para localización de derrame pleural, diagnóstico rápido de neumotórax y diagnóstico diferencial de la disnea.
- Exploración vascular para diferenciación de vasos venosos y arteriales, canalización eco-guiada de vías venosas centrales, vías venosas periféricas difíciles y despistaje rápido de trombosis/isquemia arterial/venosa.
- Realización del Protocolo F.A.S.T. para la búsqueda sistemática, rápida y fiable de líquido libre abdominal en el contexto del traumatismo contuso abdominal.

Otros procedimientos de este subproceso utilizados frecuentemente aunque de forma menos intensa son:

- Microbiología: Las muestras son obtenidas en el SYH y remitidas al Servicio de Microbiología para su procesamiento.
- Endoscopia: Es un proceso no sólo diagnóstico sino en muchas ocasiones terapéutico, se realiza en Sala de Exploraciones Funcionales por un Especialista en Digestivo.

- Anatomía Patológica: Las muestras son obtenidas en el SUH y procesadas de forma diferida por el Servicio de Anatomía Patológica.
- Ergometría: Se realiza en la unidad de exploraciones funcionales de cardiología de forma protocolizada en el diagnóstico del Dolor Torácico.

De forma más ocasional y siempre tras interconsulta y valoración de su indicación con el Servicio implicado en horario ordinario podemos disponer de Ecocardiografía y Electroencefalografía.

Las áreas de mejora detectadas en este subproceso son:

- Protocolización de indicaciones.
- Implantación y formación de los profesionales en la ecografía realizada por médicos de Urgencias y Emergencias para los fines previstos en el proyecto ecoSEMES, con la finalidad de incrementar la calidad de la asistencia prestada.
- Mejorar la coordinación con el Servicio de Radiología en las exploraciones de pacientes potencialmente inestables.

SUBPROCESO INTERCONSULTA

Es el subproceso de interrelación del SUH con otras especialidades, con implicaciones directas en los subprocesos de Diagnóstico, Terapéutico y de Alta.

La entrada es la consulta realizada por el médico de urgencias.

La salida del proceso puede ser múltiple:

- Respuesta de la interconsulta con reentrada al subproceso diagnóstico para completar el proceso por el médico de urgencias.
- Seguimiento diagnóstico y terapéutico por la especialidad consultada.
- Valoración por la especialidad afecta y Alta del servicio de Urgencias en cualquiera de sus modalidades descritas.

Las interconsultas generadas desde el Servicio de Urgencias precisan de una respuesta rápida y eficaz y se realizan cuando la intervención de una especialidad concreta es indispensable (especialidades quirúrgicas), aporta valor significativo en el proceso asistencial o requiere de competencias o habilidades no presentes en los facultativos de urgencias.

La mejora del subproceso pasa por la optimización de los medios de comunicación utilizados para el contacto, habiendo detectado con cierta frecuencia dificultades de contacto con especialidades no provistas de “busca” o con mal funcionamiento de los mismos, que ocasionan ocasionalmente largas pérdidas de tiempo del facultativo de urgencias en su intento de localización.

SUBPROCESO ALTA

El subproceso de Alta implica:

- Diagnóstico definitivo de urgencias como juicio clínico de certeza, sindrómico, de probabilidad o de exclusión.
- Recomendación, prescripción u orden de tratamiento.
- Indicación de continuidad asistencial.
- Confección del informe clínico de Alta.

Los retos en la mejora del subproceso los encontramos en:

- Adecuada cumplimentación del informe de alta, con expresión de diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, exploraciones realizadas, recomendaciones de tratamiento y de continuidad asistencial en su caso. El cumplimiento de estos requisitos es indispensable para la adhesión del paciente al tratamiento indicado, el seguimiento y continuidad en otros niveles asistenciales, y para la obtención y registro de datos, de los que podamos extraer información fiable y de calidad, para el seguimiento y planificación futura de la actividad del Servicio.
- Adecuada transcripción e información verbal comprensible para el paciente sobre su enfermedad, su tratamiento, la necesidad de cuidados, las necesidades de revisión y sus plazos.
- Acceso a agendas de especialidad a fin de gestionar las citas no demorables necesarias para la resolución o seguimiento inmediato de su patología

Procesos de Soporte

No son parte de la actividad principal de la organización, pero son necesarios e imprescindibles para la buena gestión y desarrollo de la actividad principal.

Dentro de este tipo de procesos podemos incluir, por ejemplo, los llamados servicios generales de los centros hospitalarios (mantenimiento, control de equipos, compras, almacenes, hostelería, etc.), u otros como control de documentación, limpieza, lavandería, etc.

Los procesos de soporte directamente relacionados con la actividad de urgencias son:

- Mantenimiento de la instalación y equipos.
- Tecnologías de la información
- Gestión de compras y almacén
- Gestión de residuos.
- Limpieza.
- Seguridad de la instalación

4.6 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para su mejora.

Los cuatro aspectos clave a desarrollar en nuestro compromiso con la Seguridad del Paciente son: fomentar la cultura de seguridad; aumentar la formación en seguridad del paciente; promover un buen clima de seguridad y en los factores humanos de los profesionales; y desarrollar elementos de seguridad a nivel de unidades clínicas.

La formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad.

Las prácticas seguras definidas como aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente.

Las prácticas recomendadas por la mayoría de organizaciones son: la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (especialmente higiene de manos), el uso seguro del medicamento, la cirugía segura y los cuidados de enfermería seguros.

En la actualidad el Servicio participa de forma activa en la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

Desde cualquier puesto de trabajo del servicio de urgencias se tiene acceso a SINASP “Sistema de Notificación y aprendizaje para la Seguridad del Paciente” si bien es necesario incidir en la difusión de la necesidad de notificación de los Eventos Adversos (EA) producidos, como pieza fundamental para identificar las oportunidades de mejora. Precisamos difundir las actuaciones realizadas por la unidad, el seguimiento de las notificaciones de EA y las constantes propuestas de mejora nacidas de ese estudio, para incrementar la calidad del proceso asistencial y para la seguridad del paciente.

Actualmente las actuaciones más relevantes para el Servicio de Urgencias, realizadas periódicamente son:

- Reuniones de identificación de factores de riesgo.
- Implantación de etiquetado de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR).
- Difusión y evaluación del programa de Higiene de manos.
- Procedimiento de Identificación inequívoca de pacientes.
- Difusión del Sistema SINASP de notificación.
- Rondas de seguridad: evaluación de limpieza de accesos venosos, correcta transcripción, establecimiento de pauta y cumplimiento de tratamientos farmacológicos, cumplimiento de instrucciones sobre dieta, indicación de transfusión, disponibilidad de solución alcohólica para higiene de manos en todos los puestos.

4.7 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Atención centrada en los pacientes, significa organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en quien la facilita.

Un paciente en urgencias, separado de sus familiares, ante un problema de salud generador de angustia, sin información sobre su proceso, sobre la situación de sus familiares o sobre sus intereses, ubicado durante largo tiempo en estancias poco acogedoras, rodeado de enfermos de distinta tipología, soportando tratamientos o pruebas incómodas, sufre de forma innecesaria.

Los servicios de urgencias pueden convertirse en el paradigma del estrés del usuario. Una atención centrada en el paciente tratará de mitigar en la medida de lo posible las molestias e inconvenientes de tener que ser asistido en Urgencias.

Desde el servicio de urgencias, comprometido en la Atención Centrada en el Paciente, los retos a los que se ha de hacer frente son:

- Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención. Facilitar información adecuada sobre el proceso de asistencia y las normas de funcionamiento del centro. Difundir la oferta de colaboración del Servicio de Atención al Usuario.
- Proporcionar información de calidad sobre el proceso patológico y su evolución, con frecuencia suficiente.
- Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.
- Formar a médicos y profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades.
- Disponer de protocolo de comunicación de malas noticias que incluya el apoyo psicológico a pacientes y familiares.
- Favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales.
- Establecer servicios multidisciplinarios de apoyo continuado para situaciones de crisis y urgencias.
- Integrar en la asistencia sanitaria, los principios de la Declaración de Barcelona, consensuada por múltiples asociaciones de pacientes en la asistencia sanitaria.

Tras una reunión en Barcelona en 2003, en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el Estado, se publicó la información obtenida en el encuentro como Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, que presenta un decálogo en el que resume la visión y vivencias de los pacientes o sus representados:

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes de información.
2. Decisiones centradas en el paciente.

3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutuas.
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
7. Democratización formal de las decisiones sanitarias.
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

La comunicación con el paciente es el pilar fundamental de la confianza. En situaciones de estrés la información que facilitemos se convierte en un soporte esencial tanto para el paciente como para sus familiares.

No podemos olvidar tres procedimientos concretos, de gran importancia en la Atención Centrada en el Paciente.

Instrucciones previas.

Desde el Servicio de Urgencias se tiene acceso al Registro de Instrucciones Previas, bajo clave personal para su consulta en caso necesario.

El nivel de uso de esta aplicación es muy bajo, quizá influenciado por la creencia si no conciencia de que el número de usuarios que han solicitado su registro es escaso, por lo que se sigue utilizando la información facilitada por el paciente o sus familiares en caso de incapacidad.

Dada la posibilidad de que el paciente haya solicitado el registro de su solicitud, y que no lo haya comunicado a la familia debemos incorporar como oportunidad de mejora la difusión, formación y aumento del nivel de consulta de este registro en aquellos pacientes de mal

pronóstico, especialmente en aquellos que son derivados al centro en estado de inconsciencia o con limitaciones de comunicación.

Consentimiento informado

En el Servicio de Urgencias siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud del paciente debe obtenerse el consentimiento informado.

Es preceptivo ofrecer al paciente, o su acompañante si no fuera posible, información adecuada de la técnica con tiempo suficiente y claramente comprensible para él.

El listado de procedimientos para los que debe solicitarse el consentimiento debe incluir:

A) TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS DE URGENCIAS:

- TAC
- Punción lumbar
- Toracocentesis
- Endoscopia digestiva alta
- Colonoscopia

B) TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DE URGENCIAS:

- Transfusión de hemoderivados
- Pacientes que rechazan la administración de sangre y hemoderivados
- Técnicas de sedación
- Cardioversión eléctrica
- Drenaje pleural
- Ventilación mecánica no invasiva
- Trombolisis intravenosa del infarto cerebral
- Artrocentesis
- Infiltración de la articulación
- Punción de partes blandas
- Infiltración de partes blandas
- Profilaxis postexposición con antirretrovirales

C) CIRUGÍA:

- Cirugía de urgencias
- Anestesia general
- Anestesia loco-regional

Si bien la solicitud de consentimiento informado es debidamente cumplimentada para la cardioversión eléctrica, la transfusión de hemoderivados, los procedimientos endoscópicos y radiológicos con contraste y los procedimientos quirúrgico, no lo es tanto en otras técnicas, que por su práctica frecuente o nivel de agresividad son consideradas de menor riesgo.

Es una oportunidad de mejora el avanzar en la cumplimentación del consentimiento en todas las técnicas incluidas en el listado referido.

No sólo debemos facilitar el impreso y asegurarnos de su firma, es preciso informar debidamente al paciente, explicar el procedimiento de forma entendible, comunicar el nivel de riesgo preferiblemente de forma gráfica o comparativa con otras actividades de la vida cotidiana y asegurarnos de que el paciente lo ha comprendido.

Debemos ser conscientes no solo de la cantidad de consentimientos recogidos, sino también de la calidad de los mismos, estableciendo mecanismos de feed-back que nos informen del grado de comprensión del mismo por parte del paciente.

Reclamaciones

En cuanto a la primera causa de reclamación, la demora en la atención, nos parece necesario para futuros estudios discriminar el número de reclamaciones por el código de prioridad asignado en triaje ya que los tiempos de atención son distintos en las distintas áreas que componen el servicio. Las reclamaciones por demora en la asistencia tendrán trascendencia diferente cuando esta se produzca entre los pacientes con códigos de mayor gravedad.

La estructura del servicio, y las dimensiones de la sala de espera –observación – tratamiento ubicada en boxes, por sus inadecuadas dimensiones en relación a la demanda asistencial obligó a no admitir la presencia de familiares como acompañantes en dicha sala salvo para el acompañamiento de menores o pacientes dependientes. Esta situación genera frecuentes protestas, cuando no reclamaciones, sobre las normas de funcionamiento.

Las oportunidades de mejora pasan por la reforma estructural planteada con anterioridad como necesaria para la mejora del procedimiento de actuación en área de Boxes. Una adecuada recepción del paciente, información al paciente y familiares y explicación inicial de los circuitos y normas que nos rigen puede disminuir las disconformidades en este sentido mientras se logre ejecutar la deseada reforma.

La disconformidad con el resultado asistencial o con el diagnóstico exige una valoración individualizada de cada caso, así como los casos en que la educación, cortesía o deferencia de los profesionales es el origen de la reclamación, pues a pesar de la difícil justificación de este tipo de comportamiento se debe en primer lugar comprobar la veracidad del testimonio, y la mayor o menor pertinencia de comportamientos firmes, autoritarios o defensivos ante situaciones de violencia a las que no es ajeno el servicio.

4.8 GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA

De especial importancia para el Servicio de Urgencias es el Desarrollo de guías clínicas y rutas asistenciales en aquellas patologías donde el SUH se convierte en un elemento imprescindible de la atención y de cuya actuación pueda depender el pronóstico del paciente, o de aquellas otras en las que el curso crónico de la enfermedad y sus complicaciones sean motivo de consulta frecuente en urgencias.

En cuanto a las segundas señalamos como ejemplo las guías clínicas y rutas asistenciales para el tratamiento de la Diabetes, donde el Hospital General Universitario ha desarrollado la “VÍA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS URGENCIAS DIABETOLÓGICAS NO COMPLICADAS” una vez conocido que la atención integrada al paciente diabético, no sólo ha demostrado reducir la tasa de complicaciones crónicas sino que también están disminuyendo los ingresos hospitalarios por complicaciones agudas y la estancia media ajustada por GRD.

Esta vía tiene su origen tras detectar un alto número de asistencias en el Servicio de Urgencias e ingresos hospitalarios por diabetes, por lo que se puso en marcha un ciclo de mejora, materializado en el “Protocolo de reducción de ingresos evitables por complicaciones a corto plazo en diabéticos”, entre 2007 y 2010. El protocolo se desarrolló, coordinado por la Unidad de Diabetes, en todos los Centros de Salud del Área y en los Servicios de Urgencias de Atención

Primaria (SUAP) y de Atención Especializada del hospital, tanto en la asistencia ambulatoria, como en la hospitalización.

El desarrollo de una vía de continuidad asistencial en la asistencia a los traumatismos, es por la frecuencia de su presentación y la disparidad de criterios entre los distintos profesionales de los Servicios de Urgencias y de Traumatología, un reto a abordar de cara a garantizar una integración de la asistencia desde el propio SUH, el nivel de Atención Primaria y la consulta de Traumatología.

En cuanto a las primeras el SUH se convierte en elemento de asistencia, estabilización, diagnóstico, tratamiento y canalización del paciente hacia los centros de referencia donde se aplique la mejor técnica disponible para el tratamiento del proceso. Valgan como ejemplo dos patologías englobadas como las primeras causas de mortalidad en nuestro medio, como la atención al Ictus o al Infarto Agudo de Miocardio.

Estas dos entidades se presentan de forma habitual en el ámbito laboral, en el domicilio del paciente o en la vía pública, siendo en muchas ocasiones a nivel de Atención Primaria, ya sea tras consulta en el centro de salud o mediante los Servicios de Urgencia de Atención Primaria, donde se produce el primer contacto entre el paciente y el Sistema Sanitario.

De ahí que en las situaciones donde es aplicable el lema “tiempo es vida”, como en las expuestas, la coordinación asistencial es fundamental para obtener el mejor resultado, interviniendo en el proceso los Centros de Atención Primaria, el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) a través del teléfono 112, el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, el Servicio de Urgencias de nuestro Centro y el servicio de referencia donde se aplicará la técnica indicada.

Si bien en el caso del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) un diagnóstico de certeza inicial donde se evidencie elevación del segmento ST del electrocardiograma, puede y debe determinar su traslado directo desde el punto de atención al centro de referencia para angioplastia primaria, la asistencia al Ictus es algo más compleja en la determinación de una conducta similar y su recepción en nuestro SUH no debe significar una demora en su tratamiento definitivo.

Trataremos la Asistencia al Ictus en la Región de Murcia a manera de ejemplo.

El Ictus es la primera causa de muerte específica de la Región de Murcia.

El Servicio Murciano de Salud (SMS), en el Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia, define las siguientes Líneas de Acción Estratégica:

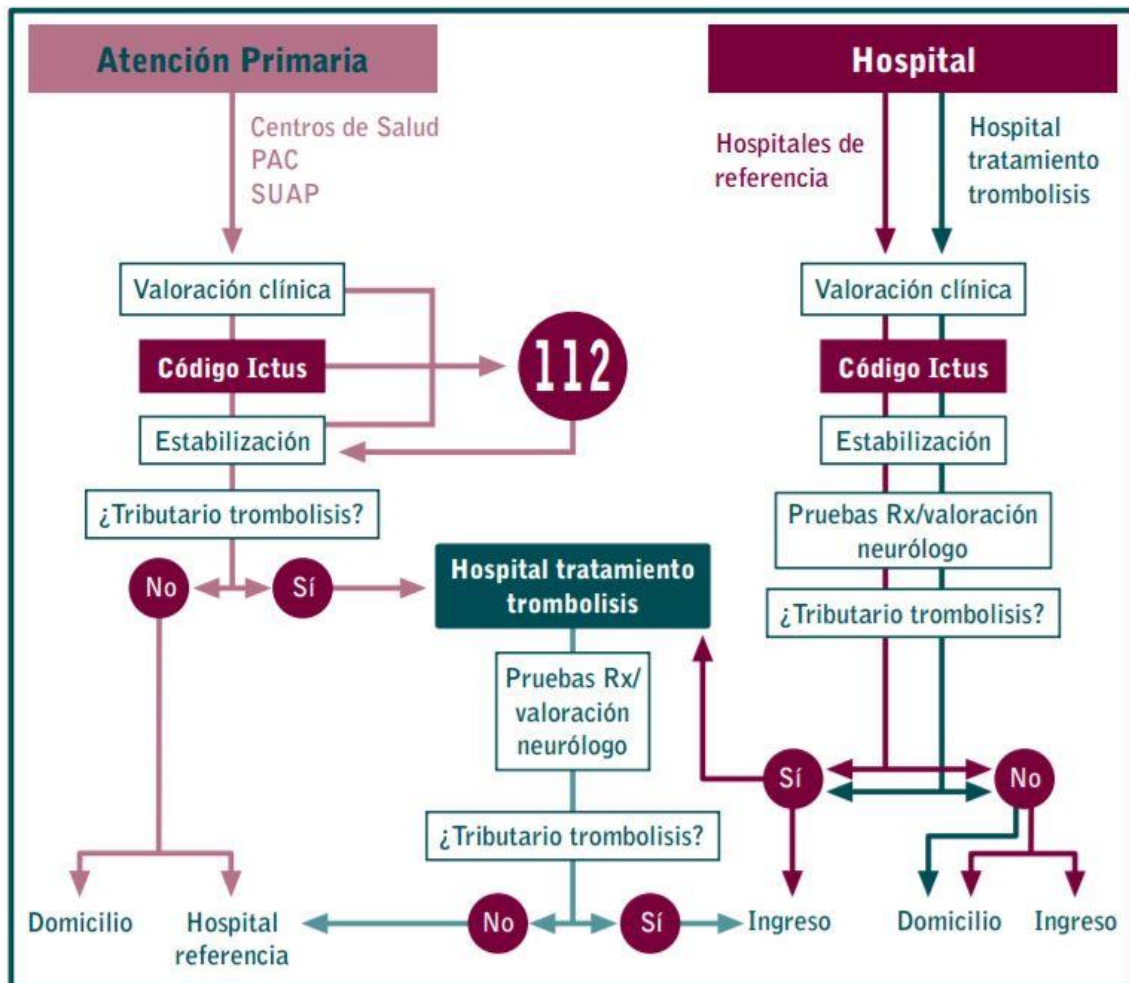
- Línea Estratégica de Actuación I: Promoción y protección de la salud. Prevención primaria y secundaria
- Línea Estratégica de Actuación II: Atención en fase aguda al paciente con ictus
- Línea Estratégica de Actuación III: Rehabilitación y reinserción
- Línea Estratégica de Actuación IV: Formación e Investigación

Desde nuestro Servicio de Urgencias nos centraremos en el desarrollo de la línea II, pues es responsabilidad de este ámbito la atención en fase aguda al paciente con ictus.

El tratamiento del ictus comienza con el reconocimiento de que el ictus es una emergencia neurológica, incluso aunque los síntomas sean ligeros o transitorios. Su pronóstico dependerá, en parte, de la rapidez de instauración de una serie de medidas destinadas a reducir al máximo la lesión cerebral. El tiempo es crítico ya que la ventana terapéutica para la aplicación del mejor tratamiento disponible es estrecha.

“En la cadena asistencial del ictus es fundamental establecer los sistemas que favorezcan una interconexión precisa entre los servicios de emergencia extrahospitalarios e intrahospitalarios. El Código Ictus (CI) es un sistema que permite una rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias”.

El SMS, en su Plan de atención nos facilita la cadena de medidas consecutivas, que nos permitan asegurar que el paciente reciba una atención apropiada, rápida y eficiente.



Fuente: Plan de Atención al Ictus en la Región de Murcia

Cuando el paciente con Ictus llega a nuestro Hospital, sea por sus propios medios o derivado de otro nivel asistencial sin haber podido descartar la indicación de trombolisis, nuestra actuación debe estar presidida por la rapidez de actuación que conduzca a valorar la indicación de dicha técnica.

Señala el Plan que “Los Servicios de Urgencias de todos los centros hospitalarios de la Región de Murcia dispondrán y aplicarán un protocolo de atención al ictus, según las recomendaciones de las Guías clínicas, con especial atención a los siguientes aspectos: identificación precoz de síntomas, protocolo de atención clínica y activación del Código Ictus intrahospitalario”.

El Hospital Reina Sofía edita en 2014 un procedimiento interdisciplinar de Manejo del Ictus Agudo con la participación de los siguientes servicios o secciones: Sección de Neurología, Servicio de Urgencias, Sección de Cardiología, Sección de Infecciosas, Sección de

Endocrinología, Sección de Neumología, Sección de Rehabilitación y Medicina Física, Sección de Hematología, Servicio de Medicina, Área de Docencia y Formación, Unidad de Nutrición y Servicio de Farmacia.

De este procedimiento transcribiremos los aspectos esenciales de su manejo inicial en el Anexo I.

Un sistema de comunicación eficaz entre el SUH y los servicios sanitarios de Atención Primaria, puede cobrar vital importancia a la hora de facilitar valoraciones complejas, y a su vez agilizar la realización de las técnicas o los procedimientos, precisos para la consecución de una indicación de tratamiento, lo que constituye una de nuestras principales propuestas de mejora en este sentido.

4.9 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

La gestión del conocimiento es el conjunto de procesos y sistemas que tiene como objetivo convertir la información de una organización en conocimiento por parte del personal, generando valor.

La gestión de la Innovación es la organización y dirección de los recursos tanto humanos como económicos, con el fin de aumentar la creación de nuevos conocimientos, la generación de ideas técnicas que permitan obtener nuevos productos, procesos y servicios o mejorar los ya existentes, y la transferencia de esas mismas ideas a las fases de producción, distribución y uso.

Las líneas de actuación de esta área son las siguientes:

- La utilización de las nuevas tecnologías en la práctica profesional.
- La aplicación de los recursos informáticos y administrativos en la obtención de información rápidamente disponible, fiable y eficaz para la planificación de la actividad del servicio y los programas de mejora.
- La potenciación de nuevas ideas y la innovación.
- La protocolización, actualización y estandarización de los procedimientos

4.10 DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada de los profesionales es la faceta más importante que puede hacer posible nuestro plan de mejora, sin ella no será posible la actualización de los conocimientos, el desarrollo de nuevas habilidades, la implicación en la gestión del servicio, los progresos en seguridad del paciente, la adecuada prevención de los riesgos laborales ni la actuación centrada en el paciente.

En nuestro Servicio de Urgencias la preocupación por esta materia es creciente pero con un desarrollo insuficiente, basándose hasta la fecha en la realización de sesiones clínicas.

Las sesiones realizadas, a razón de dos semanales, son de distinta tipología: sesiones bibliográficas, casos clínicos abiertos o cerrados, protocolos, temáticas e historias clínicas.

Ocasionalmente se han organizado rotaciones por otros servicios, aunque en número insuficiente, no habiendo llegado a todos los miembros del equipo y sin ser constitutivas de un plan reglado.

Actualidad la implicación de los profesionales se haya disminuida, el ambiente laboral enrarecido y carente de motivación, apareciendo el hastío, el agotamiento físico y emocional, el descenso de la autoestima, la desconfianza entre la plantilla, deteriorando gravemente las posibilidades de trabajo en equipo y la propia sensación de pertenencia a una organización sana.

Es necesario hacer un esfuerzo en la formación de los profesionales, a la vez responsables de la docencia de los nuevos facultativos. Nuestro esfuerzo debe basarse en garantizar la competencia permanente de los miembros de equipo.

Una sensación subjetiva basada en la propia experiencia es el elevado espíritu de colaboración que se obtiene cuando se solicita el apoyo a otro profesional sobre un tema que domina, que se torna en huidizo cuando la cuestión planteada es de mayor dificultad de resolución o excede su dominio. Para ser formadores necesitamos ser formados.

La evaluación de las competencias individuales es un paso indispensable para la detección de las necesidades formativas, incluso puede convertirse en un estímulo cuando nace de un espíritu colaborativo que el médico no interprete como inquisidor sino como potenciador de sus capacidades y por tanto de su autoestima.

Debe ser la reclamación de la mejora de las condiciones laborales en los servicios de urgencias una constante, que lejos de la visión parcial de considerarlo un aumento del gasto, tenga una importante repercusión en el aumento de la productividad, de la calidad científico técnica de la asistencia y efectividad clínica, de la seguridad del paciente, de la integración asistencial y de la satisfacción de los profesionales y usuarios del sistema.

Las mejoras propuestas para el aumento de la calidad formativa son:

Consideración institucional como tiempo de trabajo efectivo, el dedicado a la formación continuada reglada, gestión del conocimiento e investigación, con disminución progresiva de las extenuantes jornadas asistenciales en beneficio de la progresiva implicación del equipo en actividades formativas, docentes, investigadoras y de gestión clínica.

Evaluación periódica de las competencias profesionales desde una perspectiva constructiva

Elaboración de un plan formativo basado en:

- Realización de sesiones clínicas.
- Formación de equipos de desarrollo y revisión de protocolos y guías clínicas.
- Rotaciones periódicas por servicios de estrecha relación con la Medicina de Urgencias, con compromiso de difusión y traslado al equipo de los conocimientos adquiridos.
- Talleres de nuevas técnicas.
- Talleres de simulación clínica.
- Participación en proyectos conjuntos de formación transversal entre los distintos niveles asistenciales.

La Formación postgrado constituye un reto para el servicio a la hora de compaginar una asistencia de calidad a los pacientes que demandan una atención urgente con la de garantizar una formación de primera línea a los médicos especialistas en formación.

El servicio de urgencias, no contando en la actualidad con una especialidad reconocida en su ámbito ni de un plan formativo específico reconocido, brinda la posibilidad de colaborar en los planes formativos de distintas especialidades, que a lo largo de su vida profesional debe enfrentar la urgencia como parte de su práctica habitual. En la actualidad rotan por el servicio y realizan actividad continuada en formato de guardias los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna.

El alto volumen de pacientes asistidos y de procedimientos específicos utilizados ofrece una visión completa de la práctica médica muy acorde a las necesidades formativas de ambas especialidades.

El objetivo primordial del procedimiento será garantizar el alcance progresivo de un nivel competencial adecuado con una progresiva adquisición de responsabilidades por parte del residente en el servicio de Urgencias y un mayor nivel de autonomía.

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, recoge que la “supervisión de los residentes se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada”.

Es función de la Comisión de Docencia, entre otras, la evaluación y seguimiento del protocolo de actuación y supervisión del residente

La actuación del SUH es de respeto y colaboración con las funciones de la Comisión de Docencia. La supervisión de residentes cumplirá diferentes criterios durante el itinerario del residente:

La supervisión de residentes de primer año será de presencia física y se llevará a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada.

Los mencionados especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo.

El residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios y podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

Las comisiones de docencia elaborarán protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias.

El seguimiento y calificación del proceso de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante las evaluaciones formativas, anual y final.

4.11 ACTIVIDAD INVESTIGADORA: SÍ, NO, ENSAYOS CLÍNICOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Ya en uno de los artículos pioneros en el análisis de los servicios de urgencias hospitalarios españoles, realizado por Montero y col. , señalaba que con la agobiante presión asistencial que padecemos, podría parecer increíble pensar que el médico de urgencias pudiese dedicarse a labores investigadoras.

La SEMES recoge en sus estatutos, entre sus fines primordiales, "fomentar la investigación en la asistencia de urgencias y emergencias, así como promover el estímulo y la organización de reuniones científicas".

Por otra parte, se considera como un estándar de acreditación de los SUH, la existencia de documentación de actividades de investigación, trabajos científicos, ponencias, publicaciones y otros.

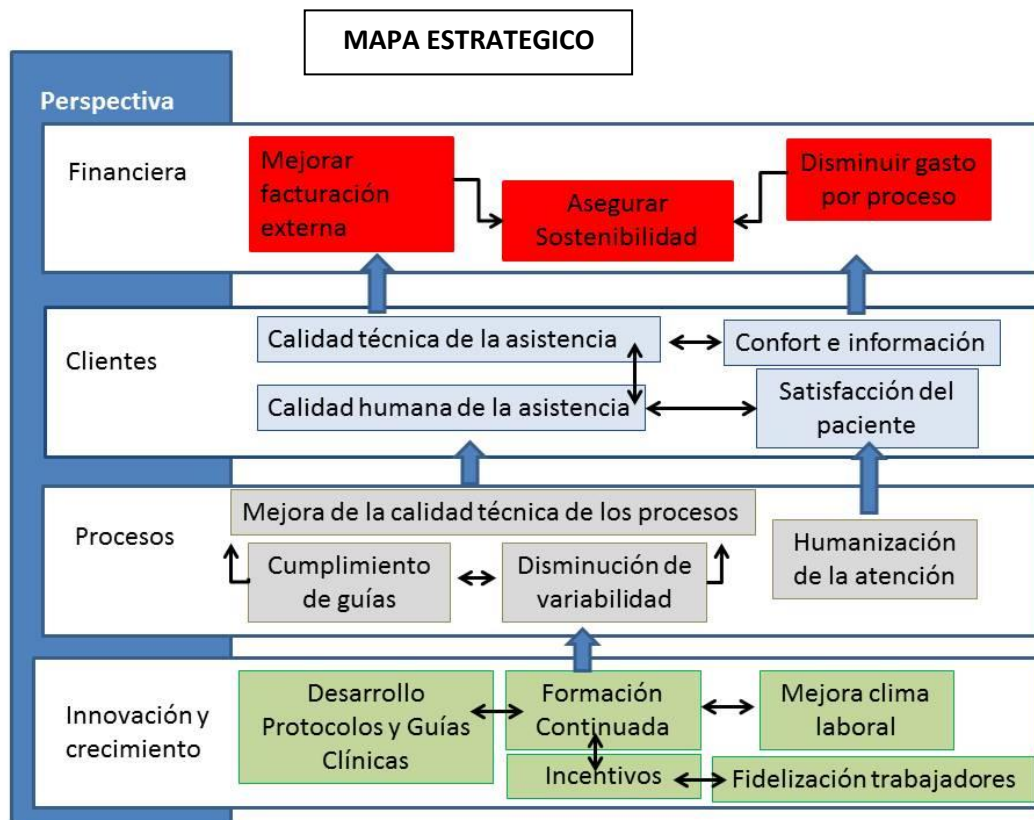
En la actualidad nuestro SUH participa de forma habitual tanto en ensayos clínicos multicéntricos, como en estudios observacionales descriptivos, aunque con un número escaso de profesionales implicados en el mismo. Lograr la implicación del mayor número de miembros del equipo debe ser un objetivo prioritario, que a su vez incidiría de forma satisfactoria en la mejora del clima laboral.

La motivación principal de la investigación en urgencias debe ser acercarse al objetivo final de nuestra misión de tratar mejor a nuestros pacientes. Un sistema sanitario que realiza investigación, independientemente del tipo y extensión, alcanza mayores cotas de calidad en la atención sanitaria que presta a sus usuarios.

A su vez un servicio investigador es potencialmente un destino atractivo para los profesionales, respetado desde la perspectiva científica y del usuario.

Las líneas de investigación a desarrollar serán preferentemente aquellas en que los resultados obtenidos tengan un potencial de aplicación en la práctica clínica diaria.

4.12 MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO



CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Perspectiva	Objetivos estratégicos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Financiera	Mejora facturación externa	Índice de facturación de actividad a terceros responsables (Mutuas, compañías, judiciales...)	Identificación del 70% de procesos facturables. Plazo 1 año	Casilla en historia para confirmar motivo de asistencia
	Gasto farmacéutico	Consumo farmacéutico bruto	Análisis y control de gasto inicial. Plazo 6 meses	Establecer control de gasto excluyendo el originado tras la orden de ingreso
		Prescripción de genéricos en tratamientos domiciliarios	Implantación prescripción electrónica. Evaluación anual.	Implantación gradual en hospital, actualmente experiencia piloto en UCI. Inicio tras implantación de receta electrónica en el servicio

	Gastos de material	Disminución de consumo eléctrico y materiales	Disminución de un 5% en un año. Evaluación semestral	Análisis del gasto actual y oportunidades de mejora
	Implantación del coste por proceso	Nº de procesos anuales con estudios de coste	Desarrollo completo de cinco procesos de elevada prevalencia/año	Análisis del coste imputado a cada proceso y establecimiento de meta al 2º año
Cliente	Mejora de la información facilitada a pacientes y familiares durante la estancia	Encuesta de calidad percibida, asistencial, de la información y confort de la estancia	80% de las cumplimentadas con puntuación mayor de 6 en el primer año.	Fomento de su cumplimentación a través de SAU

	Contacto con primer usuario	Identificación y contacto con usuarios del servicio por vez primera	30% de primeras visitas en horario de mañana y tarde, en el primer año. 50% 2º año	Establecimiento de procedimiento conjunto Admisión - SAU
	Calidad Humana de la atención	Encuesta de usuario	70% de buena/excelente en pacientes con estancia >3 horas	Encuesta y evaluación trimestral
	Seguridad del paciente	Numero de EA comunicados/investigados	Difusión de EA investigados >75% en el primer año >90% 2º año	Potenciación de la comunicación de EA
Interna	Mejora técnica en los procedimientos	Número de procedimientos revisados/implantados/consensuados/seguídos	4 procedimientos de máxima prevalencia/año	Sesión trimestral de difusión

	Mejora de cumplimentación de guías	Protocolización, realizada, consensuada y difundida de procesos de asistencia urgente. Estudio de necesidades	Implantación 2 guías/año	Evaluación de protocolos creados e implantados
	Mejora de la información en informe de alta	Grado de cumplimentación de comorbilidades	50% cumplimentación 2º diagnostico 30% cumplimentación 3º diagnostico	Evaluación anual
Aprendizaje y RRHH	Mejora del clima laboral	Intervenciones/año sobre riesgos psicosociales	Evaluación inicial para establecimiento de objetivos. Plazo 6 meses	Incorporación del programa de atención a segunda víctima.
		Encuesta Burnout	80% cumplimentación Plazo 3 meses	Estudio consensuado de medidas de apoyo

	Calidad percibida en la formación continua.	% jornada dedicado a actividad formativa	20% en dos años	Evaluar nivel de traducción en la mejora técnica y cumplimentación de guías
	Mejora en la producción científica.	Nº de publicaciones realizadas/año	>15	Participación de residentes >75%
		Nº de profesionales del servicio incluidos en trabajos de investigación	Implicación del 50% del colectivo medico Plazo 1 año	Consensuar ligado a incentivos horarios
	Atractivo del servicio	Elección del área MIR de familia	90% de plazas ofrecidas cubiertas en cada convocatoria	Análisis del orden de elección de los primeros 10 candidatos del municipio

5. CURRÍCULUM VITAE

5.1 PERFIL PROFESIONAL DEL CANDIDATO



DATOS PERSONALES

Nombre: Francisco Javier

Apellidos: Martínez García

Fecha de Nacimiento: 18/05/1961

D.N.I.: 22.942.487 X

Domicilio: Plano de San Francisco nº 1, 3º A

C.P: 30004 **Población:** Murcia

Teléfono de contacto: 634851203

Correo: pacoholland@gmail.com

MERITOS ACADEMICOS

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia en 1985.
- Especialista Universitario en Gerontología Médica por la Universidad de Murcia en 1991.
- Master Universitario en Medicina de Emergencia por la Universidad de Murcia y Delegación del Gobierno de Murcia en 1993.
- Especialista en Medicina familiar y Comunitaria en 2004.
- Máster en Prevención de Riesgos Laborales con las especialidades de Seguridad y Salud en el Trabajo; Ergonomía y Psicosociología; e Higiene Industrial. Por la Universidad Camilo José Cela en 2016.
- Auditor de Sistemas de Gestión de la Prevención (Norma OSHAS 18001) en 2016.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Ejercicio libre de la Medicina desde 1985 hasta 1990.
- Médico en el Hospital Militar de Ceuta desde 1986 hasta 1987.
- Médico de Atención Primaria entre 1985 y 1990, por un total de 594 días, quinientos sesenta nueve de ellos en consulta de medicina general, y lo veinticinco restantes en consulta de Pediatría.
- Médico adjunto en el Servicio Murciano de Salud, en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia desde 1990 hasta la actualidad.
- Médico en el "Plan de salvamento y protección en costas y playas" (Plan Copla), organizado por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia desde 1992 hasta 1996.
- Delegado Sindical de CESM Sindicato Médico de la Región de Murcia responsable del Área VII de Salud desde 2015.

CURSOS MONOGRAFICOS

- "CURSO MONOGRAFICO SOBRE LOS GRANDES SINDROMES DE LA MEDICINA INFANTIL", organizado por la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Murcia en 1985, con duración de 25 horas.

- “III CURSO DE URGENCIAS Y OTROS CUADROS CLINICOS DE INTERES EN LA PRACTICA MEDICA II”, organizado por el Ilustrísimo Colegio Oficial de Médicos de Murcia en 1985.
- "CURSO TEORICO-PRACTICO SOBRE SALUD Y DEPORTE PARA TODOS", organizado por la Federación Española de Medicina del Deporte, y celebrado en Pamplona en Septiembre de 1987.
- “III CURSO DE ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA II”, organizado por la Sociedad Murciana de Cardiología y celebrado en Murcia en Noviembre de 1985.
- "JORNADAS N° 57, SOBRE MEDICINA Y DEPORTE EN EDAD ESCOLAR" celebradas en Granada en Septiembre de 1987, con 20 horas de duración.
- “III CURSO DE ACTUALIZACION EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA PARA POST GRADUADOS” organizado por la Cátedra de Pediatría Puericultura de la Facultad de Medicina y la Consejería Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en 1987, 40 horas lectivas.
- “III SYNPOSIUM INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL DEPORTE EN EUSKADI", celebrado durante el mes de Junio de 1987.
- “III JORNADAS MURCIANAS SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL” organizadas por la Consejería de Sanidad, Consumo Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Departamento de Medicina de la Universidad de Murcia, en 1987.
- “IIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA DEL DEPORTE”, organizado por la Federación Española Medicina del Deporte y celebrado en Valencia del 1 al 3 Octubre de 1987.
- "CURSO DE BIOMECANICA APLICADA” impartido en Valencia en Septiembre de 1987. Organizado por el Instituto de Biomecánica de la Universidad Politécnica de Valencia.
- "CURSO DE TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE" organizado por la Cátedra de Traumatología y Cirugía ortopédica de la Universidad Autónoma de Barcelona celebrado en Valencia en Septiembre de 1987.
- "CURSO DE ENTRENAMIENTO CON PESAS” celebrado en Murcia, durante el mes de Octubre de 1987 por la Asociación Murciana de Medicina del Deporte
- "VI JORNADAS DE MEDICINA DEL DEPORTE, APLICADAS A LA EDAD ESCOLAR”, organizadas por la Consejería de Cultura Educación y Turismo, y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, celebradas en Murcia en el mes de Febrero de 1988.
- “III JORNADAS NACIONALES DE TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE”, sobre el tema monográfico "Tendinitis y patología de las inserciones tendinosas en el Deportista", celebradas Murcia en el mes de Abril de 1988.
- "VII CURSO DE AVANCES EN ANTIBIOTICOTERAPIA” organizado por la Cátedra de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina de Murcia, Ilustre Colegio Oficial de Médicos y Consejería de Sanidad, celebrado Murcia en Abril de 1988.
- “II CURSO DE FORMACION CONTINUADA EN MEDICINA DEL DEPORTE”, sobre el tema monográfico “CARDIOLOGIA EN EL DEPORTE”, organizado por la Asociación Murciana de Medicina del Deporte, y celebrado en Murcia en Mayo de 1988
- “JORNADAS SOBRE FISIOPATOLOGIA DE LA ACTIVIDAD FISICO-DEPORTIVA” organizado por la Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, Servicio de Juventud y Deportes

de la Diputación de Cádiz y Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz, celebradas en 1988 en Cádiz.

- "CURSO TEORICO-PRACTICO DE MESOTERAPIA II", impartido por C.E.D.I.M.A. en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia en Marzo de 1989
- "REUNION DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL APARATO LOCOMOTOR", celebrada en Murcia en marzo de 1990 por la Federación Española de Medicina del Deporte
- "IV JORNADAS NACIONALES DE TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE" celebradas en Murcia en Marzo de 1990.
- "CURSO DE MEDICO DE INSTALACIONES DEPORTIVAS", "III CURSO DE FORMACION CONTINUADA EN MEDICINA DEL DEPORTE" y III CURSO DE INICIACION A LA MEDICINA Y CIENCIAS DEL DEPORTE" organizados por el Comité Olímpico Español y la Federación Española de Medicina del Deporte y Asociación Murciana de Medicina del Deporte, celebrado en Murcia de 1990 con un total de 70 horas lectivas.
- "III CURSO DEL CENTRO DE MEDICINA DEL DEPORTE, VALORACION MEDICO DEPORTIVA DEL ESCOLAR", organizado por el Servicio de Actividades Deportivas del Vicerrectorado de Asuntos Asistenciales de la Universidad de Murcia, en 1990,
- "VII CURSO DE URGENCIAS MEDICAS", organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia, celebrado en Noviembre de 1.990.
- "JORNADAS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, HEMODINAMICA Y ELECTROFISIOLOGIA", Organizadas por el Hospital General de Murcia y la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, celebrado en Marzo de 1991
- "JORNADAS DE TERAPEUTICA APLICADA EN ATENCION PRIMARIA", Organizadas por INSALUD y celebradas en Murcia en 1990.
- "VI JORNADAS MURCIANAS SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL", celebradas en Murcia en su edición de 1990.
- "SYMPOSIUM SOBRE SEXOLOGIA GERIATRICA", celebrado en Murcia en Junio de 1991.
- "CURSO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR", celebrado en Murcia en Noviembre de 1991, impartido en 1a Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, organizado por la Sociedad Murciana de Cuidados intensivos y Unidades Coronarias.
- "IV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS" celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1991.
- "CURSO MONOGRAFICO Y DEL DOCTORADO SOBRE LIPIDOS Y ARTERIOESCLEROSIS", celebrado en el Hospital General Universitario de Murcia en Febrero de 1992.
- "V JORNADAS NACIONALES DE TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE" celebradas en Murcia en 1992.
- "III CURSO DE ACTUALIZACION PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA (URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS)" de 30 horas lectivas y declarado de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad e Instituto Nacional de la Salud de la Región de Murcia, celebrado en Murcia en 1993.
- "III JORNADAS DE ACTUALIZACION SOBRE LIPIDOS Y ARTERIOESCLEROSIS", organizadas por la Unidad de Hipertensión y lípidos del Hospital General Universitario y el Departamento de Medicina de la Universidad de Murcia, celebrado en Murcia en Abril de 1993.

- "ACTUALIZACIONES EN PATOLOGIA NASAL", Organizado por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Universitario de Murcia en Abril de 1993
- "I CURSO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS" organizado por la Asociación de Médicos de Urgencias Hospitalarias de la Región de Murcia, impartido en 22 horas entre Marzo y Abril de 1993.
- "SEMINARIO DE METODOLOGIA DE LA COMUNICACIÓN BIOMEDICA", celebrado en Murcia en Febrero de 1993.
- "ACTUALIZACIONES EN PATOLOGIA DIGESTIVA" de 20 horas de duración, organizado por el departamento de cirugía de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Murcia en Abril de 1993.
- Ponente en el "I CURSO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS", organizado por la Asociación de Médicos de Urgencias Hospitalarias de la Región de Murcia y celebrado en Marzo y Abril de 1993.
- "CURSO DE 6 DIAS DE BIOESTADISTICA", organizado por Mediforum y celebrado en Murcia en Febrero de 1994.
- "I CURSO DE UROLOGIA PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA", declarado de Interés sanitario Regional, de 40 horas de duración y organizado por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Murcia y celebrado entre Septiembre y Noviembre de 1994.
- "CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA Y AVANZADA" celebrado en Albacete en Noviembre de 1995, de 21 horas de duración, organizado por la Asociación Castellano-Manchega de Medicina de Urgencias, con el reconocimiento del comité científico de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias.
- "XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INMUNOLOGIA CLINICA Y ALERGOLOGIA PEDIATRICA", celebrado en Valencia en Abril de 1995.
- "PROBLEMÁTICA MEDICO LEGAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS", con una duración de 35 horas, organizado por la Dirección General de la Función Pública y de la Inspección de Servicios, de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, celebrado en Febrero de 1996.
- "VI JORNADAS DE ACTUALIZACION SOBRE LIPIDOS Y ARTERIOESCLEROSIS", declaradas de interés sanitario regional, con 22 horas de duración, celebradas en el Hospital General Universitario de Murcia entre Abril y Mayo de 1996.
- "XXIX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA", celebrado en Murcia en Mayo de 1996.
- "IV JORNADAS S.E.M.E.S. MADRID" celebradas en Madrid en Noviembre de 1996.
- "II JORNADAS REGIONALES SOBRE MEDICINA DE EMERGENCIAS", declaradas de interés sanitario por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, celebradas en Murcia en Abril de 1996.
- "CURSO DE AVANCES EN NEUMOLOGIA", de 15 horas de duración, organizado por el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Murcia, y celebrado en Abril de 1996.

- “III CONGRESO REGIONAL DE MEDICINA DE EMERGENCIAS”, celebrado en Murcia en Mayo de 1997, organizado por la agrupación autonómica de Murcia de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (S.E.M.E.S.).
- “TEORICO PRACTICO DE FORMACION EN URGENCIAS” de 60 horas lectivas, organizado por la Escuela de Administración Pública de la Consejería de Presidencia en enero de 1998
- “ATENCIÓN A LA COMUNIDAD: EDUCACIÓN PARA LA SALUD” de 30 horas de duración, organizado por semFYC y SEMERGEN, acreditado por la el Sistema de Acreditación de Atención Primaria (SaAP) celebrado de abril a Junio de 2000
- “CURSO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL” de 20 horas de duración , organizado por semFYC y SEMERGEN, acreditado por la el Sistema de Acreditación de Atención Primaria (SaAP) en julio de 2001
- “CURSO ATENCIÓN A LA FAMILIA” de 20 horas de duración, organizado por semFYC y SEMERGEN, acreditado por la el Sistema de Acreditación de Atención Primaria (SaAP) celebrado de abril a Junio de 2000
- “ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO” de 25 horas lectivas, organizado por Laboratorios PHARMACIA, Profarmaco s.l. y Ediciones Doyma s.a., acreditado por la el Sistema de Acreditación de Atención Primaria (SaAP) en septiembre de 2000
- “ATENCIÓN A LA MUJER” de 20 horas lectivas, organizado por semFYC y SEMERGEN, acreditado por la el Sistema de Acreditación de Atención Primaria (SaAP) celebrado de Agosto a Noviembre de 2000
- “I JORNADAS SOBRE PROBLEMAS ÉTICOS Y LEGALES EN MEDICINA DE URGENCIAS”, con una duración de 6 horas, organizadas por el comité Asistencial de ética y la unidad de Urgencias del Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer en Febrero de 2001
- “FISIOPATOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL DOLOR” Acreditado con 7.2 créditos por la comisión de formación continuada del sistema nacional de salud, en junio de 2001
- “GUIAS DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR CAUSAS DIVERSAS” acreditado por la comisión de formación continuada del sistema nacional de salud con 5 créditos, en septiembre de 2001
- “GUIAS DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA. PATOLOGÍA RESPIRATORIA INFECCIOSA” acreditado por la comisión de formación continuada del sistema nacional de salud con 4 créditos, en Marzo de 2002
- “GUIAS DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA. PATOLOGÍA RESPIRATORIA OBSTRUCTIVA” acreditado por la comisión de formación continuada del sistema nacional de salud con 4.8 créditos
- “GUIAS DE ACTUACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA. TÉCNICAS DIAGNOSTICAS Y ESQUEMAS TERAPEÚTICOS” acreditado por la comisión de formación continuada del sistema nacional de salud con 3.2 créditos, en Mayo de 2002
- “I CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN EN BIOMEDICINA”, con 30 horas, declarado de interés sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo de la región de Murcia, celebrado en Abril y Mayo de 2002

- “CURSO PRACTICO EN EPOC”, acreditado por el Sistema Español de la Acreditación de la Formación médica continuada con 10.7 créditos en enero de 2007
- “CAPACITACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN TAREAS DE INSPECCIÓN DE CALIDAD DEL AIRE EN INTERIORES” organizado por la Escuela de Formación e Innovación, dentro del Programa de Calidad de las Unidades y celebrado en Noviembre de 2016 con 21 horas de duración
- “CURSO DE FORMACION DE LOS EQUIPOS TECNICO PARA LA INTERVENCION EN CASOS DE ACOSO LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA DE LA REGION DE MURCIA”, organizado por la Escuela de Formación e Innovación de la Administración Pública, de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios, Abril 2017

COMUNICACIONES A CONGRESOS Y PUBLICACIONES

- "Importancia del Dolor Abdominal como motivo de consulta en las urgencias geriátricas" presentada en el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 Junio de 1.991
- "Traumatismos en la edad geriátrica" presentada en el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991
- "La sensación de inestabilidad como consulta d Urgencia en el paciente anciano" presentada en el Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina d Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991.
- "Estudio de la patología genitourinaria de Urgencia en el paciente anciano", presentada en el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991.
- "Estudio evolutivo en pacientes con Herpes Zoster como manifestación de urgencia" presentada en el Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991.
- "Estudio de neumonías en Urgencias" presentada en el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 d Junio de 1.991.
- "Urgencias alérgicas atendidas en el Servicio Urgencias del Hospital General de Murcia", presentada e el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991.
- "Estudio de la patología atendida en Puerta de Urgencias en relación con pacientes adictos a drogas por vía parenteral." presentada en el IV Congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, celebrado en Murcia del 29 de Mayo al 2 de Junio de 1.991.
- “Diferencia entre hombres y Mujeres en su afluencia a urgencias hospitalarias” presentada en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias de 1.996.
- “La relación multidisciplinar entre la Atención primaria, urgencias y especializada en una unidad de diabetes consigue disminuir los ingresos por urgencias diabetológicas, presentada en el XXVI congreso nacional de la sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias, celebrado en Málaga en junio de 2014.

5.2 FUNCIONES DEL JEFE CLÍNICO

Enumeraremos por fin las tanto las funciones como las características del perfil personal más importantes, que creemos que debe cumplir el candidato.

Funciones del jefe de servicio

- Control de la calidad asistencial médica y quirúrgica aspirando al nivel de excelencia y con permanente valoración de resultados
- Cumplimiento de los compromisos numéricos pactados con la Gerencia y otros índices de actividad hospitalaria
- Gestión de recursos materiales y humanos en el mejor escenario posible
- Cumplimiento de compromisos docentes e investigadores
- Ambición de progreso. Organización del servicio e incorporación de nuevas técnicas con estos fines
- Ejemplaridad en todas sus funciones y dedicación

Características del perfil personal del jefe de servicio:

- Sólida formación clínica
- Amplia experiencia profesional
- Buen comunicador y mediador
- De carácter abierto, amistoso, próximo a la promoción de su entorno y colaboradores.
- Motivado y ejemplar. Liderazgo.
- Gestión. Conocedor modelos gestión hospitalaria.
- Dispuesto a demostrar su preparación y buen hacer con un análisis de resultados periódicos e incluso aceptando o solicitando auditorías externas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BOE (Boletín Oficial del Estado) núm. 311, de 29 de diciembre de 1978 Constitución Española.
Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229

BOE (Boletín Oficial del Estado) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
«BOE» núm. 102, de 29 de abril Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 128, de 29/05/2003. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
«BOE» núm. 240, de 5 de octubre. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.. «BOE» núm. 98, de 24/04/2012. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. «BOE» núm. 126, de 26 de mayo de 1990. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-11733

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.
«BOE» núm. 243, de 11 de octubre de 1994. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-22255

BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Ley 5/2012, de 29 de junio, de ajuste presupuestario y de medidas en materia de Función Pública. «BORM» núm. 150, de 30 de junio de 2012. Disponible en: <https://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=547415>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. «BOE» núm. 301, de 17/12/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. «BOE» núm. 280, de 22/11/2003.. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. «BORM» núm. 294, de 21 de diciembre de 2001. Disponible en: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=75085>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. «BOE» núm. 240, de 7 de octubre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-17498>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. «BOE» núm. 45, de 21 de febrero de 2008. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-3176

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. «BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

BOE (Boletín Oficial del Estado). Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. «BOE» núm. 34, de 9 de febrero de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-2493

BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia). Decreto n.º 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social . Disponible en <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=309870>

Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias, Hospital emergency rooms. Med Clin 2003;120:711-6

Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clin 2001;116:92-7

Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra vol.33 supl.1 Pamplona 2010

Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérez I, Pérula L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): actividad asistencial, docente e investigadora. Emergencias 2000;12:237-47

Bugarín R, Galego P, Gutiérrez A. La actividad investigadora de los profesionales de urgencias en la Comunidad Autónoma de Galicia. emergencias 2006;18:110-115

De la Torre JR, Hernández J, Velaz de Ain D. Guía práctica La gestión de la Innovación en 8 pasos. Depósito legal: NA-3710-2008 ANAIN - AGENCIA NAVARRA DE INNOVACIÓN. 2008

Vela R, Bajo JM, Martínez JA, Baena V, Miñana B, Unda M, Llorente C. La figura del Jefe de Servicio: ¿qué perfil debe de tener? ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS JULIO/AGOSTO 2008

José Antonio Alonso Guzmán. Gestión del conocimiento en las organizaciones. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/gestion-conocimiento-en-las-organizaciones/>

INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN URGENCIAS HOSPITALARIAS SERVICIO MURCIANO DE SALUD Datos 2013 Comparativo 2008-2013 Subdirección General de Calidad Asistencial http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/302421-urgencias_2013.pdf

Servicio Murciano de Salud. Programa de Atención al Ictus en La Región de Murcia. 2009 – 2011. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/155902-155902-ictus.pdf>

Área VII de Salud, Servicio Murciano de Salud. PROCESO “ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN URGENCIAS” .2015. Disponible únicamente en la intranet del área de salud.

Área VII de Salud, Servicio Murciano de Salud. PLAN ESTRATÉGICO 2012-2015. Versión 003. 2014. Disponible únicamente en la intranet del área de salud.

ANEXO I

Extracto del Procedimiento Manejo del Ictus Agudo del Hospital Reina Sofía

Valoración inicial del paciente con ICTUS agudo

En todo paciente que presente focalidad neurológica aguda se debe plantear el diagnóstico de ictus agudo. En la valoración inicial se realizará:

- Confirmar ictus: diagnóstico diferencial.
- Control de constantes: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (Tª), frecuencia respiratoria (FR), saturación y glucemia.
- Historia clínica.
- Exploración física general y neurológica. Tras esta valoración se diferenciarán los pacientes candidatos a trombolisis intravenosa y/o intraarterial según los criterios de inclusión y exclusión.

En el diagnóstico diferencial del ictus agudo, debemos considerar:

- Migraña.
- Crisis epilépticas. Paresia post crisis (paresia de Todd).
- Hipoglicemia.
- Crisis psicógenas.
- Brote de Esclerosis múltiple.
- Síncope.
- Hipotensión ortostática.
- Lesiones estructurales (hematoma subdural, tumor).

Paciente que cumple criterios de Código Ictus

El paciente candidato a Código Ictus (todo diagnóstico de ictus de menos de 6 horas de evolución, de edad comprendida entre 18 y 80 y que no cumplan criterios de exclusión (VER ANEXO 2) se ubicará en la hemodinámica de urgencias.

- Se monitorizará al paciente (TA, FC, Sat O2, glucemia, Tª). Estabilización clínica.

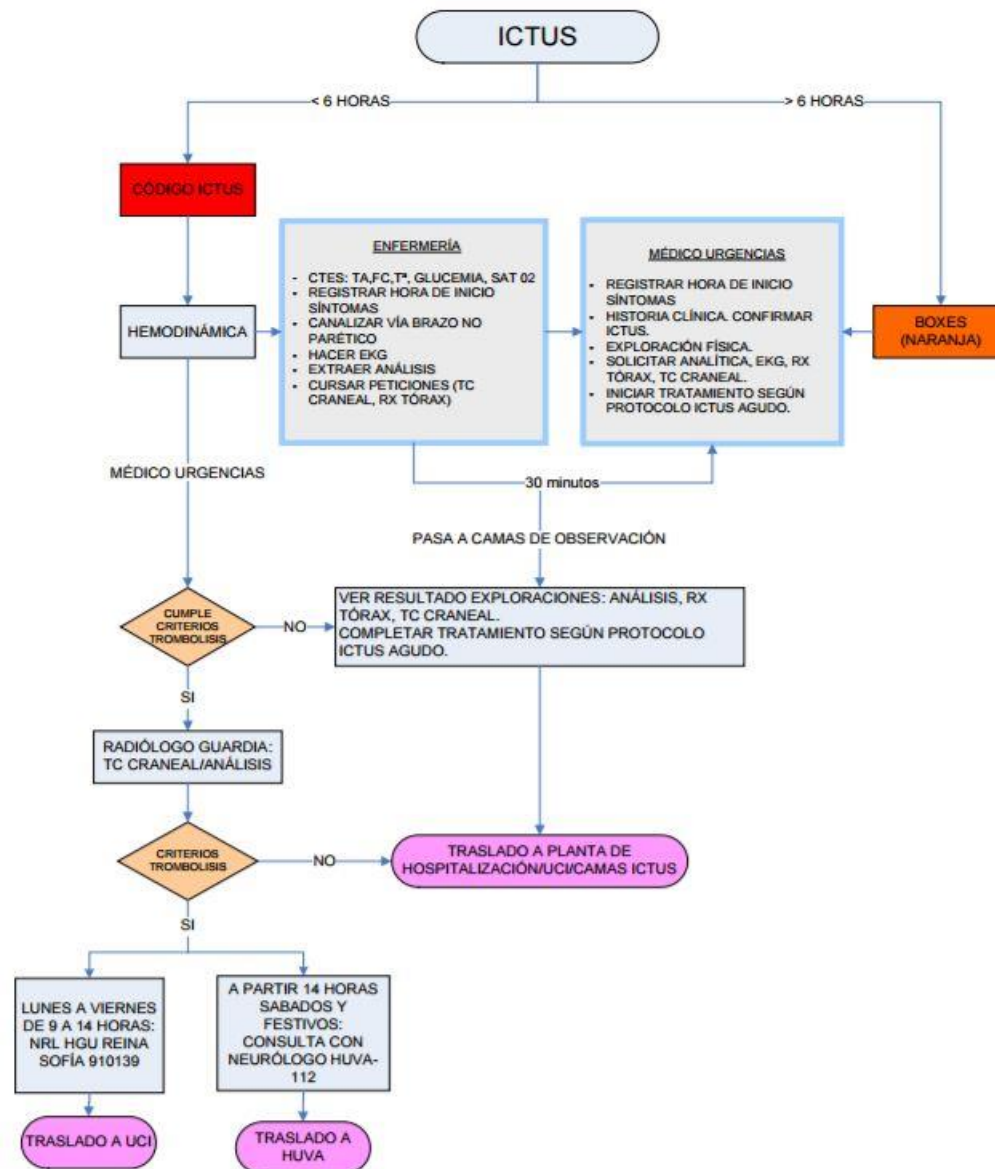
- Se solicitará un TC craneal comunicando al Radiólogo de guardia que es un Código Ictus.
- Se solicitará un análisis urgente de sangre (hemograma, bioquímica y coagulación), identificando en la petición que se trata de un Código Ictus.
- Tras valorar las exploraciones complementarias, si sigue sin existir criterios de exclusión: o En horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00h se contactará con el neurólogo del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) en el busca 910139. Se aplicará el Procedimiento de trombolisis intravenosa en el ictus agudo. o A partir de las 14:00h y festivos se contactará con el Neurólogo de Guardia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) para el traslado del paciente, si éste lo aprueba.
- Traslado del Paciente a HUVA.
- Si el paciente no es candidato a traslado se manejará al enfermo según el apartado siguiente.

Paciente no candidato a Código Ictus

El manejo del paciente con un Ictus agudo no candidato a trombolisis se divide en los siguientes apartados:

- Medidas generales.
- Tratamiento específico de la isquemia cerebral /hemorragia.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones neurológicas.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones no neurológicas.

El procedimiento describe detalladamente la actuación en cada uno de estos apartados, que no pormenorizaremos por su extensión y por dar una mayor significación a la atención al paciente que cumple criterios de Código Ictus.



Fuente: Procedimiento de Actuación en el manejo del Ictus Agudo

Si trataremos en cambio por su trascendencia para la asistencia en nuestro SUH los criterios de inclusión o exclusión para la aplicación de las distintas técnicas:

CRITERIOS INCLUSIÓN PARA TROMBOLISIS:

1. Edad comprendida entre 18 y 80 años. Pacientes mayores de 80 años se valorarán de modo individualizado.

2. Diagnóstico clínico de ictus isquémico agudo, excluido la hemorragia por medio de la TAC.
3. Comienzo de los síntomas dentro de las 6 horas previas al inicio del tratamiento trombolítico.
4. Síntomas de ictus presentes durante al menos 30 minutos y que no hayan mejorado de forma significativa antes del tratamiento. Los síntomas deben ser distinguibles de los de un episodio de isquemia generalizada (síncope), de una convulsión, o de un trastorno migrañoso.
5. Pacientes que acepten el tratamiento trombolítico y que estén de acuerdo en otorgar su consentimiento informado. Si no estuviesen en condiciones, se le solicitará a su representante legal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO:

1. Los criterios de exclusión según la TAC cerebral son: Evidencia de hemorragia intracraneal en la TAC.
2. Síntomas de ictus isquémico iniciados más de 4 horas y media antes del comienzo de la administración de activador de plasminógeno tisular (rtPA), o casos en los que se desconoce la hora de comienzo de los síntomas.
3. Déficit neurológico escaso, o síntomas que mejoren rápidamente antes de iniciar la perfusión. Según criterio del neurólogo. No hay en la escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) un valor inferior a 4.
4. Ictus grave según la valoración clínica (NIHSS > 25) excepto en oclusión basilar (NIHSS > 30).
5. Glucosa sanguínea < 50 mg/dl ó > 400 mg/dl antes del inicio del rtPA.
6. Presión arterial sistólica >185 o presión arterial diastólica >110, o necesidad de un manejo agresivo para reducir la PA a estos límites (más de 2 dosis del IV o necesidad de infusión continua).
7. Convulsiones al inicio del ictus excepto si se demuestra por RM ictus isquémico.
8. Síntomas sugestivos de HSA, incluso si la TAC es normal.
9. TCE en los últimos 3 meses.

10. Ictus dentro de los 3 meses previos (si el tamaño del infarto es $> 1/3$ de la arteria cerebral media [ACM], si no es así el límite temporal puede ser 24 horas).
11. Existencia de diátesis hemorrágica: a. Plaquetas por debajo de 100.000/mm³. b. Heparina sódica en las 48 horas previas y TTPA alargado. c. Tratamiento anticoagulante oral (algunas guías permiten trombolisis si INR $> 3,9$ segundos, ratio TTPA $> 1,5$, tiempo de protrombina > 15 segundos, o INR $> 1,4-1,7$ por trastornos hereditarios o adquiridos de la coagulación).
12. Hemorragia grave o peligrosa manifiesta en el último mes.
13. Sospecha o historia conocida de hemorragia intracraneal o HSA.
14. Lesión conocida del SNC (es decir, neoplasia, aneurisma, cirugía intracraneal o espinal).
15. Retinopatía hemorrágica, ejemplo, en la diabetes.
16. Masaje cardíaco externo traumático, parto reciente o punción reciente de un vaso sanguíneo no compresible (en los 10 días previos), biopsia de órganos internos en la última semana. Punción lumbar en los últimos 7 días.
17. Endocarditis bacteriana/Pericarditis.
18. Pancreatitis aguda.
19. Enfermedad gastrointestinal ulcerativa documentada durante las últimas 3 semanas.
20. Neoplasia con riesgo hemorrágico elevado.
21. Hepatopatía grave, incluyendo insuficiencia hepática, cirrosis, hipertensión portal, varices esofágicas y hepatitis activa.
22. Cirugía mayor o traumatismo importante entre 30-90 días (falta de consenso en las guías).
23. Embarazo, individualizar el riesgo, falta de consenso.
24. En caso de complicaciones del IAM agudo (pericarditis, trombo intracardiaco, aneurisma ventricular no trombolisar). Atención: tras tratamiento con abciximab no se deben usar trombolíticos hasta las 72 horas según ficha técnica.

CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO INTRAARTERIAL QUÍMICO

1. Evolución de los síntomas más de 6 horas o desconocimiento de la hora de inicio.
2. Hemorragia intracraneal en la neuroimagen.
3. Síntomas sugestivos de HSA aunque el TC sea normal.
4. Síntomas menores o mejoría franca antes del inicio de la infusión. Sospecha de infarto lacunar.
5. Ictus grave con NIHSS > 30.
6. Glucosa sanguínea < 50 mg/dl o > 400 mg/dl.
7. Presión arterial sistólica >185 o presión arterial diastólica >110, o necesidad de un manejo agresivo para reducir la PA a estos límites (más de 2 dosis de un fármaco IV o necesidad de infusión continua).
8. Ictus isquémico en las últimas 6 semanas (valorar si es en otro territorio).
9. Historia previa de hemorragia cerebral o HSA.
10. Antecedente de neoplasia intracraneal (excepto meningioma pequeño).
11. TCE en los últimos 3 meses.
12. Crisis epiléptica al inicio del ictus excepto si se demuestra por RMN ictus isquémico.
13. Endocarditis bacteriana o sospecha de embolo séptico.
14. Hemorragia sistémica grave reciente manifiesta en los últimos 15 días.
15. Cirugía mayor reciente (15 días/1 mes).
16. Traumatismo (con daños internos) en los 15 días previos.
17. Craneotomía reciente.
18. Existencia de diátesis hemorrágica
19. Embarazo, individualizar el riesgo, falta de consenso.
20. Disección arterial o arteriopatía no arterioesclerótica (vasculitis).
21. TC con ASPECTS \leq 7.
22. No oclusión arterial visualizada por angioresonancia cerebral, o en su defecto DTC o Angio TC.

CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO INTRAARTERIAL MECANICO

1. NIHSS > 30 o coma, excepto en pacientes con oclusión basilar.
 2. Ictus menor con rápida mejoría de los síntomas o ictus lacunar.
 3. Crisis comiciales al inicio excepto si se demuestra ictus por RMN.
 4. Hemorragia intracraneal.
 5. Síntomas sugestivos de HSA aunque TC craneal sea normal.
 6. Diátesis hemorrágica
 7. TA \geq 185/110 o terapia agresiva para su control (>2 dosis IV o necesidad de infusión IV).
 8. Glucosa sanguínea < 50 mg/dl o > 400 mg/dl.
 9. TC con ASPECTS \leq 7.
 10. No oclusión arterial.
 11. Estenosis >50% proximal al vaso ocluido (contraindicación relativa ya que se puede valorar la realización de angioplastia previa).
-