



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

Trabajo Fin de Máster

MEMORIA JEFATURA
SECCIÓN URGENCIAS
PEDIATRIA
H.C.U. VIRGEN DE LA
ARRIXACA. MURCIA

Presentado por: CARLOS PÉREZ CÁNOVAS

Ciudad: MURCIA
Fecha: 23 Mayo 2017

Vº Bº: ROBERTO NUÑO SOLINIS

INDICE

I.	Propósito del documento	Pag. 3
II.	Metodología	Pag. 6
III.	Marco general del Servicio Murciano de Salud	Pag. 8
IV.	Análisis estratégico	Pag. 17
	a. Análisis externo	Pag. 17
	b. Análisis interno	Pag. 30
	c. Grupos de interés. Alianzas	Pag. 48
	d. Análisis DAFO/CAME	Pag. 51
V.	Plan de actuación	Pag. 53
	a. Definición estratégica	Pag. 54
	b. Líneas estratégicas	Pag. 57
	c. Mapa de Procesos Urgencias de Pediatría	Pag. 87
	d. Cuadro de mandos	Pag. 103
	e. Mapa estratégico	Pag. 117
	f. Ficha de indicadores	Pag. 118
VI.	Cálculo de necesidades de personal	Pag. 137
VII.	Curriculum vitae	Pag. 144
VIII.	Referencias bibliográficas	Pag. 155

I.- PROPOSITO DEL DOCUMENTO

El presente trabajo se orienta dentro de los requisitos formativos del Master de Dirección y Gestión Sanitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de la Rioja.

El objetivo final es la realización de una memoria con la que concurrir a la Jefatura de Sección de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, cuyas bases no han sido aún convocadas por el Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Para su confección se realizará un análisis previo de la situación actual, tanto del Hospital y Servicio de Pediatría al que están vinculadas las Urgencias Pediátricas, como de la Sección de Urgencias propiamente dicho y un plan estratégico de actuación para los próximos 4 años, con implementación de alguna de las actividades orientado a la dinámica de trabajo en unas nuevas instalaciones diseñadas con fecha de apertura probable en septiembre del año 2017. Dichos objetivos estratégicos se alinean con los del Area I de Salud del Servicio Murciano de Salud (SMS), al que se vincula la sección, dentro del proceso de mejora continua del Modelo EQFM. Se seguirán orientaciones para estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricos realizados por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría ⁽¹⁾

Las funciones de un Jefe de Sección Clínico no quedan definidos en los documentos oficiales del Servicio Murciano de Salud (www.murciasalud.es) ni en las convocatorias oficiales del Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM) para plazas publicadas a Jefatura de Sección. Servirán de orientación aquellos publicados por otras instituciones sanitarias⁽²⁾ :

- Liderar la Sección, coordinando las actividades profesionales de sus miembros y la utilización racional y responsable de los recursos materiales de los que se encuentre dotado.
- Informar verbalmente y/o por escrito al Jefe de Servicio sobre cualquier asunto relevante, a su juicio, relacionado con el mismo.
- Asistir responsablemente a los enfermos que tenga asignado, en cuanto en su atención directa como en la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se apliquen.
- Participar en las labores asistenciales del Servicio en todas sus vertientes, con las limitaciones que se determinen junto con el Jefe de Servicio.

- Colaborar en las actividades docentes y de formación continuada del Servicio y del Hospital, en la medida que se le señale por el Jefe de Servicio.
- Participar en los programas de investigación del Servicio, bien directamente o en colaboración, de acuerdo y con la autorización expresa de la Comisión de Investigación para cada uno de ellos.
- Formar parte de los órganos de participación hospitalaria, según se determine en la normativa vigente.
- Sustituir al Jefe de Servicio en sus funciones, por ausencia o delegación de aquél, o a requerimiento de la Dirección del Hospital.
- Realizar la Memoria Final anual sobre la actividad de la Sección.
- Planificar la Sección elaborando normas de funcionamiento en las distintas actividades. Concretar el cometido específico para cada puesto de trabajo y las obligaciones que presenta asignando las responsabilidades a cada miembro de la unidad. Establecer las normas sobre el funcionamiento de la unidad: hospitalización, sala, consultas externas, urgencias, admisión y altas de pacientes, contenido de los informes de alta y gestión de listas de espera.
- Definir los procesos terapéuticos y de trabajo que integran el funcionamiento de la unidad.
- Definir los indicadores que faciliten la evaluación.
- - Planificar la atención continuada: vacaciones, congresos, salientes de guardia, et

Uno de los problemas más importantes de las Urgencias de Pediatría de los países industrializados es la masificación experimentada en los últimos años así como la adaptabilidad a la demanda de la sociedad que, actualmente, solicita inmediatez en la asistencia de cualquier problema médico o quirúrgico, independientemente de la gravedad, durante las 24 horas de cualquier día y, además, mayor especialización del personal que atiende estas Unidades. La gran mayoría de estos procesos (alrededor del 70-80%) son banales no suponiendo una urgencia real, por lo que uno de los retos, por tanto, que se plantean en la actualidad es evitar que esta masificación afecte a la calidad global de las urgencias y demore la asistencia de un niño con un proceso de potencial gravedad.

Por estos motivos, la gestión de un sistema de triaje adecuado, la subdivisión del proceso asistencial orientando recursos según las necesidades del paciente, la formación y protocolización para reducir la variabilidad, orientar la actividad centrada en el paciente teniendo presente en todo momento su seguridad y la investigación llevada a la práctica clínica son pilares fundamentales para lograr una alta calidad asistencial.

Para lograr estos objetivos es necesaria la figura de un Jefe Clínico con altas competencias clínicas así como de gestión, capaz de liderar con estilo carismático y transformacional un grupo de personas capacitadas y formadas en aspectos relacionados con la urgencia pediátrica, que cuente con la confianza de la Jefatura de Servicio y la Dirección Médica Hospitalaria.

II. METODOLOGÍA

Este documento busca establecer las guías para afrontar los retos futuros con las mayores garantías de éxito, para lo cual se partirá de:

1. Revisión de documentos estratégicos relevantes sobre la política sanitaria de la Región de Murcia y del Area I de Salud del Servicio Murciano de Salud:
 - a. IV Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015⁽³⁾
 - b. Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud ⁽⁴⁾
 - c. Acuerdo de Gestión 2013-2015 de la Gerencia del Area de Salud 1 del Servicio Murciano de Salud ⁽⁵⁾
 - d. Plan Estratégico 2014-2015 Area 1. Murcia Oeste ⁽⁶⁾
 - e. Plan Estratégico 2010-2013 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca⁽⁷⁾
 - f. Plan de Acción y Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia ⁽⁸⁾
2. Análisis de la información interna y externa relevante para conocer la situación inicial de la organización y mi ámbito de trabajo, así como los puntos críticos a mejorar
3. Elaboración de un Plan Estratégico de trabajo de las Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, mediante fases estructuradas
 - a. Análisis del marco general del Servicio Murciano de Salud
 - b. Análisis estratégico previo (análisis externo, análisis interno y matriz DAFO/CAME)
 - c. Reflexión extratécnica (misión, visión y valores)
 - d. Diseño de la definición de líneas y acciones estratégicas
 - e. Plan de actuación con cuadro de mando y cronograma de implantación
4. Creación de un grupo de trabajo de seguimiento del Plan Estratégico formado por profesionales pertenecientes a la dirección del hospital, profesionales sanitarios vinculados a Servicios de Urgencias Nacionales y profesionales sanitarios vinculados al ámbito asistencial de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Tabla 1.- Comisión de Seguimiento de Plan Estratégico de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (HCUVA)

Nombre	Cargo institucional
Carlos Marras Fernández-Cid	Director Médico del HCUVA
Clara Miranda López	Directora de Gestión del HCUVA
Manuel Sánchez Solís	Jefe de Servicio de Pediatría. HCUVA
Julio López-Picazo Ferrer	Coordinador Calidad Asistencial. HCUVA
Masi Alcaraz	Supervisora Enfermería del Area Infantil HCUVA
Carles Luaces y Cubels	Jefe Servicio Urgencias Pediatría Hospital San Joan de Déu. Barcelona
Santiago Mintegui Raso	Jefe Sección de Calidad Urgencias de Pediatría. Hospital Cruces
Carlos Pérez Cánovas	Pediatra. Médico Adjunto de Urgencias de Pediatría. HCUVA
Antonio Cervantes Pardo	Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría de la Región de Murcia
Beatriz Garnica	Coordinadora Regional de Pediatría
Eva Rodríguez	Pediatra. Centro Salud Las Torres de Cotillas. Pediatra adscrita a guardias de Urgencias de Pediatría
Juan García	Supervisor enfermería Urgencias Pediatría
M^a Dolores Beteta	Enfermera Urgencias Pediatría. Master Universitario en Calidad Asistencial
Ana Martínez Alvarez	Residente de Pediatría

III.- MARCO GENERAL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

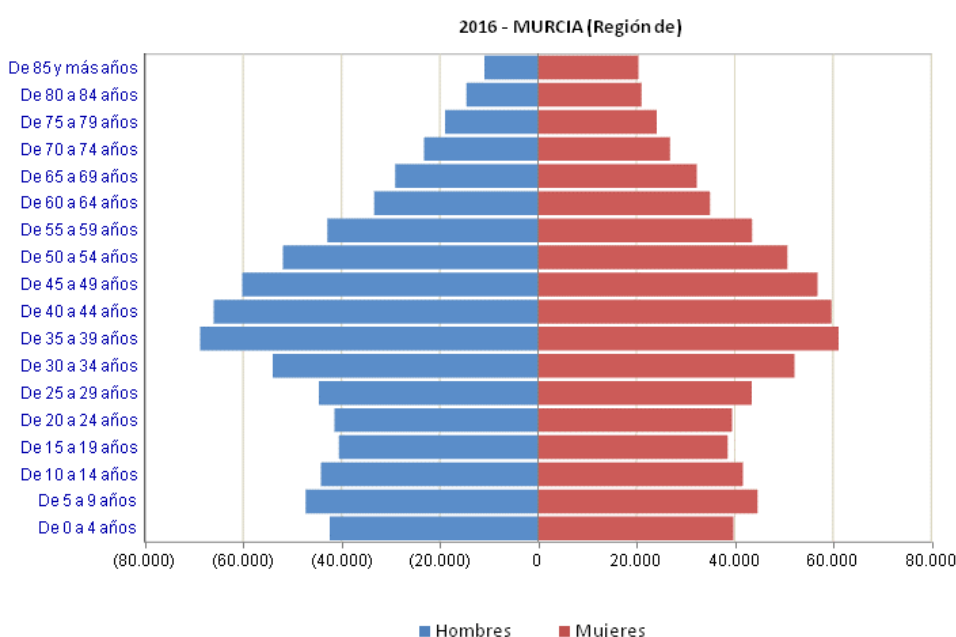
Análisis demográfico y socioeconómico

La Región de Murcia es una Comunidad Autónoma uniprovincial con capital en la ciudad de Murcia, que tiene una población de 1.464.847 habitantes según el portal estadístico de la región de Murcia ⁽⁹⁾ de los cuales 733.555 son hombres (50,07%) y 731.292 mujeres (49,93%). Esta cifra representa el 3,15% de la población española según padrón municipal del Instituto Nacional de Estadística (INE) ⁽¹⁰⁾

Tabla 2.- Demografía y entorno económico de la Región de Murcia

	Murcia	España
Población	1.464.847	46.557.008
% Hombres	50,07	49,2
% Mujeres	49,93	50,8
% Población ≤ 14 años	17,7	15,2
% Población 15-64 años	67,6	66,9
% Población ≥ 65 años	14,7	17,9
Tasa bruta natalidad / 1.000 habitantes	11,0	9,1
Gasto sanitario público (% del PIB)	7,6	5,8

Imagen 1: Pirámide población Región Murcia



Según el INE, si se mantuvieran las actuales tendencias demográficas, la propia estructura de la población de España nos llevaría a una pérdida progresiva de habitantes en las próximas décadas. Así, en el año 2022 España contaría con 45,1 millones de habitantes, un 2,5% menos que en 2012. Una de las pocas excepciones es la Región de Murcia, que pasaría de contar con 1.476.344 habitantes en 2012 a 1.494.305 en 2022, un crecimiento neto del 1,2% a pesar de estimarse un saldo migratorio negativo, en especial el procedente del extranjero. Este crecimiento se ve acompañado de un aumento de la tasa de dependencia, en especial la relacionada con la vejez que pasará de suponer un 20,6% en 2012 al 25,8% en 2022.

Los datos sobre el mercado de trabajo indican una estructura sectorial fundamentalmente basada en agricultura con una tasa de paro superior a la nacional. La productividad exhibida es baja con descenso del Producto Interior Bruto (PIB) superiores a la media nacional

Tabla 3. Datos socioeconómicos regionales. Comparación con datos nacionales

	Murcia	España
Población \geq 16 años (miles)	1192,7	38487,8
Activos (miles)	737,5	23134,6
Ocupados (miles)	559,1	18156,3
Tasa de actividad (%)	61,83	60,11
Tasa de empleo (%)	46,88	47,17
Tasa de paro (%)	24,19	21,52
Estructura sectorial de empleo		
Agricultura	12,6	3,9
Industria	12,6	14,2
Construcción	7,7	7,5
Servicios	67,1	74,4
Producción		
PIB (millones euros)	27.324,7	1.062.591,0
Variación en volumen del PIB	-0,6%	-0,1%
Participación del PIB regional en el total nacional	2,6	
PIB/habitantes (euros)	18.654	23.063

Indicadores de salud

La tasa de mortalidad general de los habitantes residentes en la Región de Murcia es de 693,64 fallecidos por cien mil habitantes, que corresponden a 10.197 defunciones. La tasa de mortalidad masculina es 721,84 por cien mil y la femenina de 664,94. Por su magnitud las principales grandes causas de muerte en ambos sexos han sido las circulatorias (31,5%), las neoplasias (27,1%), las respiratorias (12,0%), las enfermedades del sistema nervioso (5,2%) y las enfermedades digestivas (5,2%). Los hombres han fallecido por neoplasias (32,5%), enfermedades circulatorias (27,3%), enfermedades respiratorias (13,2%), y enfermedades digestivas (5,4%). Mientras que las mujeres han perecido por causas cardiocirculatorias (36,1%), neoplasias (21,2%), causas respiratorias (10,6%), enfermedades del sistema nervioso (6,7%) y enfermedades digestivas (5,0%).

La esperanza de vida al nacer en 2011 alcanzó los 82,1 años en España y 81,7 años en Murcia. Por sexo, Los hombres registraron 79,2 años en España y 78,9 años en Murcia. Para las mujeres fue de 85,0 años en España y de 84,4 años en Murcia.

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) cuantifican la existencia de mortalidad prematura. Los 32.691 APVP para toda causa representan un promedio de 14,6 años menos entre las personas residentes fallecidas con 70 o menos años de edad en la Región de Murcia. Los hombres representan el 69,7% y las mujeres el 30,3% restante de la mortalidad precoz. Los grandes grupos de causas que restan más años de vida en ambos sexos han sido las neoplasias (11.875 APVP, 36,3%), las causas externas (7.439 APVP, 22,8%), las enfermedades cardiocirculatorias (5.325 APVP, 16,3%), las enfermedades digestivas (2.196 APVP, 6,7%), las patologías respiratorias (1.429 APVP, 4%), y las afecciones infeccioso-parasitarias (1.230 APVP, 3,8%)

Indicadores de salud pediátricos

La tasa de mortalidad infantil ha sido de 3,3 fallecidos por mil nacidos vivos, que corresponden a 57 muertes entre 17.408 nacidos vivos. La mortalidad neonatal ha sido de 2,53 por mil nacidos vivos, mayor en el sexo masculino que en el femenino. Las tasas de la mortalidad neonatal precoz ha sido mayor que la neonatal tardía (1,2 fallecidos entre 7 y < 28 días por mil nacidos vivos). La mayor tasa de mortalidad posneonatal se ha observado en el sexo femenino (0,8 por mil nacidas vivas). La tasa de la mortalidad perinatal en ambos sexos ha sido de 5,2 por mil nacidos, siendo algo mayor en el sexo masculino.

Las coberturas de vacunación durante el primer año de vida presentan buenos niveles, aunque se ha producido un ligero descenso de aproximadamente un 0,5% en todas las coberturas y en todas las edades con respecto al año anterior (datos de enero 2015). En el segundo año de vida, la cobertura vacunal frente a sarampión, rubéola y parotiditis se sitúa en el 96,4%. Esta cifra se encuentra por encima del objetivo propuesto del 95%. Los recuerdos de poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y Haemophilus influenzae tipo b han experimentado también un descenso con respecto al año anterior, bajando al 92,1%.

El grado de implementación de la cartera de servicios de atención primaria nos ofrece datos sobre el tipo y alcance de las acciones preventivas efectuadas y las coberturas conocidas de las enfermedades crónicas más relevantes, comparadas con la media regional y el mejor y peor dato obtenido por las áreas de salud de la Región.

Tabla 4.- Indicadores de salud pediátricos (extraído de Plan Estratégico 2014-2015 del Area 1 del SMS)

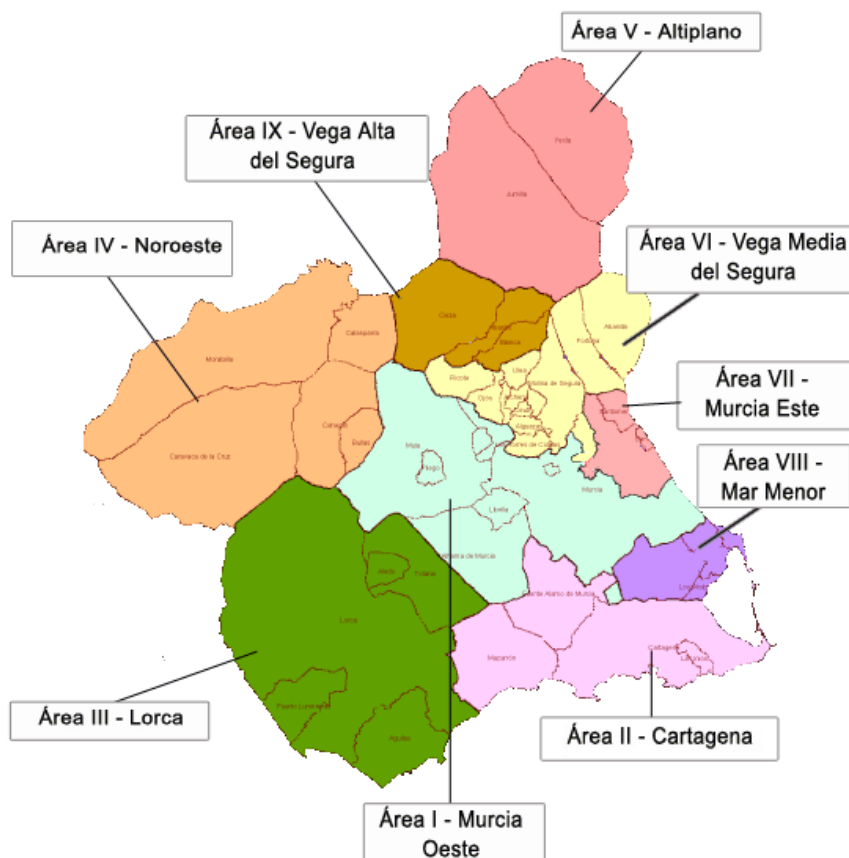
INCICADOR	AREA 1	MEDIA REGIÓN
Revisiones periódicas en niños 0-2 años (%)	95,7	95,4
Revisiones periódicas en niños de 5 años (%)	67,0	66,7
Revisiones periódicas en niños de 14 años (%)	48,2	54,4
Menores 15 años con diagnóstico de asma (%)	12,7	10,4
Menores 15 años con alguna dosis de vacuna (%)	93,9	93,2
Menores o iguales 6 años correctamente vacunados (%)	94,5	93,3
Niños entre 7 y 14 años correctamente vacunados	91,2	91,2
Niños incluidos en el servicio de prevención de salud bucodental (%)	11,1	13,9

Organización sanitaria territorial

El modelo de ordenación territorial de la Región de Murcia está recogido en la Ley General de Sanidad⁽¹¹⁾ y en la Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia⁽¹²⁾. Se basa en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de salud. El establecimiento de estas demarcaciones territoriales se realiza mediante el Mapa Sanitario, aprobado por la Orden de 24 de abril de 2009. Según éste,

la Región de Murcia se divide en nueve áreas de salud y cada una de ellas está vinculada, al menos a un hospital general. A su vez, estas se articulan en zonas de salud, que constituyen el marco territorial de los equipos de atención primaria de salud

Imagen 2.- Organización sanitaria territorial de la Región de Murcia



La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia, dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. Las experiencias obtenidas desde la entrada en vigor de la citada ley, y muy especialmente el primer Plan de Salud, aconsejaron progresar en el mandato del artículo 43 de la Constitución Española y en el marco de la legislación básica establecida por la Ley General de Sanidad, en cuanto a los aspectos ya regulados de carácter organizativo, de tutela de la salud pública y en los de la educación sanitaria, mediante el establecimiento

de un sistema sanitario ágil y eficiente, descentralizado y autónomo, ampliamente responsable, con capacidad de financiación y participativo, creando un marco de referencia legal suficientemente amplio. El resultado fue la Ley 4/1994, de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia, que supuso una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y Política Social y la segunda al Servicio Murciano de Salud (SMS) como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra. Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales así como la orientación hacia el paciente. Según se desprende del articulado de la Ley, este entorno organizativo ha de sustentarse en un modelo de gestión actualizado que permita racionalizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad murciana para permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria.

En el artículo 32 de esta Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia. Asimismo determina que para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

Política Estratégica del SMS *(Adaptado de Informe Anual SNS-Región de Murcia⁽¹³⁾)*

La Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud han puesto en marcha un proceso de planificación estratégica en el Sistema Regional de Salud de la Región de Murcia para dar respuesta a las necesidades en salud de los ciudadanos y poder garantizar una gestión eficiente y de calidad de los recursos. Los antecedentes y referentes son la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad

del SNS, el Plan de Salud 2010 – 2015, la Ley de Derechos y Deberes de los ciudadanos de la Región de Murcia, las Estrategias para una Sanidad Sostenible (e+salud) y el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Los retos de la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud ⁽⁴⁾ son disponer de un sistema sanitario capaz de identificar los problemas de salud de la población, de anticiparse a sus necesidades de futuro y de ser capaces de adaptarse a ellas. Es fundamental en el ámbito económico optimizar la inversión en salud, garantizando la sostenibilidad del sistema regional de salud y asegurando que el incremento de los costes da respuesta a las necesidades reales en salud de la población.

Los principios que inspiran la estrategia son los de: universalidad, equidad, participación y corresponsabilidad del ciudadano/paciente, liderazgo de los profesionales, orientación a resultados en salud, mejora de la calidad percibida, compromiso con la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario, desarrollo de criterios de buen gobierno así como la transparencia en la actividad de los gestores y los profesionales

Los ejes estratégicos establecidos son:

- Los Resultados en Salud. Los ciudadanos y la sociedad tienen derecho a conocer los resultados derivados de la práctica asistencial y los profesionales y los trabajadores y la administración sanitaria tienen la responsabilidad de ofrecer los mejores resultados de salud posible. Para su desarrollo resulta imprescindible la elaboración y monitorización de indicadores, conocer la variabilidad de la práctica clínica, establecer criterios para garantizar las buenas prácticas para la seguridad de los pacientes y evaluar la calidad percibida.

- La Atención a la Cronicidad. El sistema sanitario de la Región de Murcia tiene que responder al reto que plantean las enfermedades crónicas y corregir sus deficiencias actuales, derivadas del exceso de fragmentación y de una orientación centrada en las enfermedades agudas. Se propone el diseño e implementación de un conjunto de proyectos estratégicos dirigidos a la continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales; la estratificación de la población en función de comorbilidad y complejidad; la promoción del autocuidado y educación del paciente; el desarrollo de competencias profesionales avanzadas en enfermería; la integración de la historia clínica y una atención sociosanitaria integrada.

- Procesos Asistenciales. Con el fin de resolver la excesiva fragmentación que sucede con la atención sanitaria es necesario avanzar hacia una atención sanitaria integrada por medio de la implantación progresiva y la evaluación de procesos asistenciales, a través de recomendaciones y guías clínicas compartidas entre niveles. Se propone la creación de Redes Asistenciales Integradas que den respuesta a necesidades asistenciales en todo el Sistema Regional de Salud y que favorezcan la innovación en la organización de las estructuras asistenciales.

Los proyectos en desarrollo son:

- Impulsar la utilización del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) como referencia para los sistemas de gestión del SMS.

- Desarrollar el modelo corporativo de atención a pacientes con enfermedades crónicas, con el objetivo de impulsar la gestión integral y coordinada de la asistencia, mejorando la continuidad entre niveles, asegurando la efectividad de la atención y mejorando la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

- Avanzar en nuevos modelos organizativos basados en el protagonismo de los profesionales y la descentralización de la gestión.

- Revisión de las carteras de servicios de las Áreas de Salud del SMS para alinearlas con las necesidades de los ciudadanos según criterios de accesibilidad, efectividad, seguridad y eficiencia.

- Fomento de la cultura de evaluación de resultados con especial enfoque en la medida de la efectividad y de la calidad percibida a través de la puesta en marcha de un Plan de Monitorización de indicadores en los principales procesos asistenciales.

- Diseñar un nuevo modelo de contrato de gestión, alineado con esta estrategia, profundizando en el modelo de integración de la gestión de los recursos, orientado a la evaluación de resultados y contemplando las especificidades de cada Área.

- Análisis de la variabilidad de la práctica clínica con el propósito de disminuirla en el uso de pruebas diagnósticas, indicaciones quirúrgicas o de ingreso.

- Promover una cultura de seguridad del paciente en el SMS de manera que se incorpore como uno más de los criterios de calidad incluidos en los procesos asistenciales.

- Revisión y actualización del Plan para la Mejora del Uso de los Medicamentos.

- Intensificar la evaluación de las tecnologías sanitarias que se incorporan al sistema sanitario.

- Proveedores externos: Las exigencias para garantizar la calidad y la eficiencia de las prestaciones asistenciales realizadas por proveedores externos deben ser análogas a las requeridas en el sistema sanitario público.

- La gestión del conocimiento es otro de los proyectos de soporte, proponiendo establecer mecanismos y procedimientos entre las diferentes áreas de salud que favorezcan el intercambio de experiencias, el aprendizaje conjunto, la identificación de buenas prácticas y el benchmarking en la organización.

- Elaboración y puesta en marcha de un Código de Buen Gobierno basado en los principios de rendición de cuentas, transparencia y gestión eficiente de las organizaciones.

IV.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO

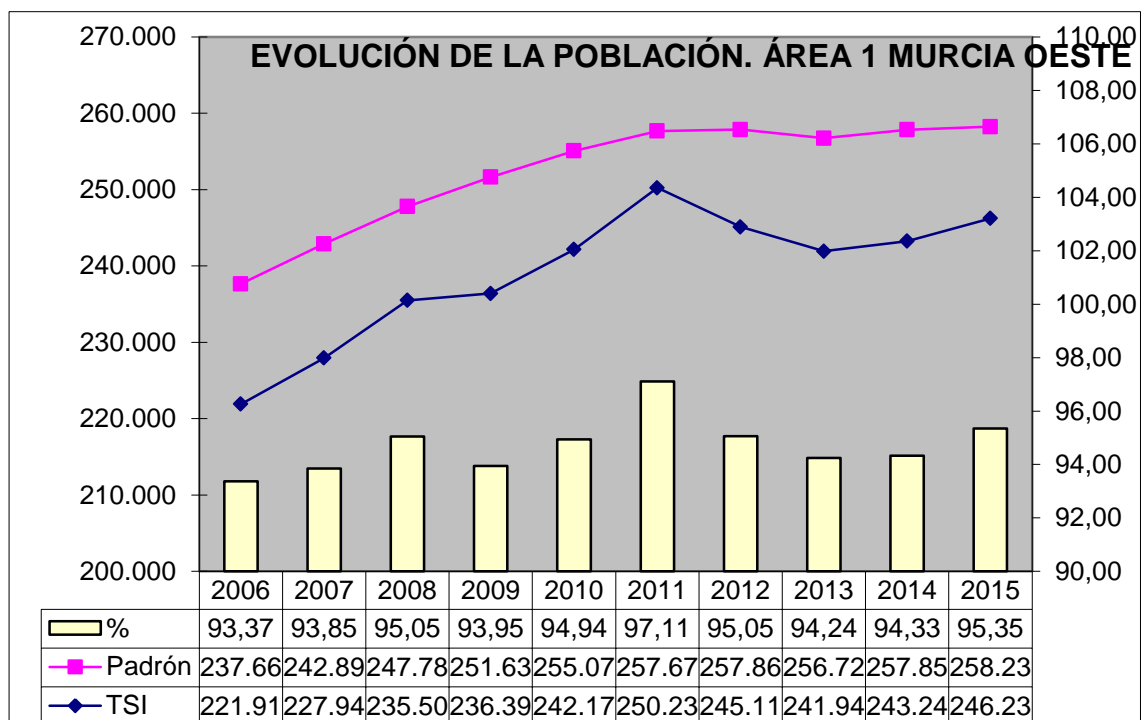
IV.a.- ANALISIS EXTERNO

Area 1 de Salud Murcia-Oeste

El Área 1 de Salud-Murcia Oeste comprende una población de referencia, a fecha de enero de 2016, de 258.357 de los cuales 45.808 son menores de 15 años (tasa infantil de 17,73%, superior a la media nacional que se encuentra en torno al 13%). La pirámide poblacional del Area es la de una población demográficamente activa, poco envejecida, similar a la definida en el global regional. Según los datos del Centro Regional de Estadística de Murcia representa el 17,65% del total de la población de la Región de Murcia, siendo la tercera mayor área de salud por población asignada, después del Area de Cartagena y del Area de la Vega Media del Segura.

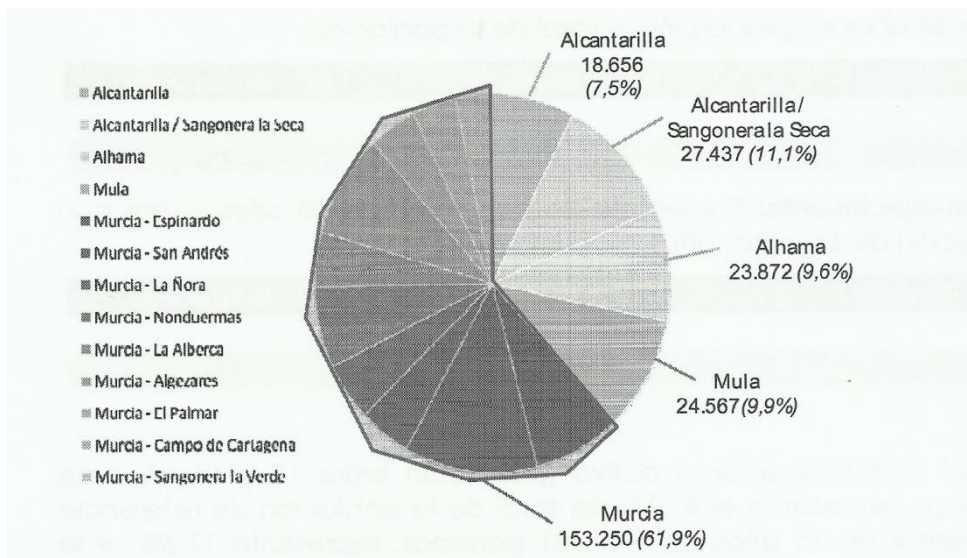
En cuanto a la evolución de la población del área ha sufrido un estancamiento en los últimos años tras un crecimiento en el quinquenio previo

Imagen 3. Evolución de la población en Area 1 de Salud del SMS



Está formada por 13 municipios y pedanías, siendo las pedanías del término municipal de Murcia las que congregan el 62% del total de la población

Imagen 4. Distribución municipal de población protegida Area Salud I Murcia-Oeste



Organización asistencial Area de Salud I Murcia-Oeste

Dispositivos asistenciales	Número
Hospital público	1
Zonas básicas de salud	14
Centro de Especialidades	1
Centros de Salud	14
Consultorios	32
Puntos de Atención Continuada	3
Equipos de cuidados paliativos	3 equipos de soporte adultos 1 equipo pediátrico
Recursos extrahospitalarios de Salud Mental	4 Centros de Salud Mental

Estos centros sanitarios tienen adscrita la población protegida de la Región de Murcia que reside en el territorio que comprende el Area de Salud I. No obstante, además del uso regulado de los servicios de referencia supraterritorial, el Servicio Murciano de Salud (SMS) deriva a aquellos usuarios provenientes del resto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y a otros beneficiarios del Sistema

Nacional de Salud, de tal manera que el 75% de los asistidos en dependencias sanitarias del Area I es población de referencia y el otro 25% se reparte entre otras áreas de salud del SMS

Situación de las Urgencias de Pediatría en la Región de Murcia

En la Región existen otras 2 urgencias pediátricas, las situadas en los Hospitales Santa Lucía de Cartagena y Hospital de Cieza. El resto de hospitales regionales disponen de urgencias generales donde son asistidos tanto niños como adultos

Urgencias pediátricas de Hospital Santa Lucía de Cartagena

Dispone de un equipo de 10 pediatras que trabajan en sistema de turnicidad de mañana y tarde, además de contar con 2 pediatras de guardia vinculados a la unidad o al servicio más refuerzo de 12 horas los fines de semana y festivos.

Según datos asistenciales del año 2015 fueron asistidos 33.882 pacientes (promedio de 93 urgencias pediátricas/día) y con un porcentaje de ingreso medio del 2,93%

Urgencias pediátricas de Hospital de Cieza

El hospital de Cieza no dispone de un servicio de Pediatría con capacidad de ingreso, pero desde hace 4 años cuenta con unas urgencias pediátricas que asisten a unas 7.000 urgencias/año. En caso de ingreso se derivan a urgencias de HCUVA.

Disponen de un equipo de 2 pediatras con asistencia clínica en turno de mañanas y un pool de facultativos, no todos pediatras, que realizan guardias

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) ^(Arrinet)

El HCUVA fue inaugurado en el años 1975 y se encuentra ubicado en la pedanía de El Palmar, a unos 10 Km de la ciudad de Murcia. En el centro urbano de la ciudad de Murcia se ubica el Centro de Especialidades Dr. Quesada que actúa como centro periférico de asistencia ambulatoria, medios diagnósticos y cirugía menor

El hospital ha vivido un amplio proceso de remodelación interna y externa, que ha permitido disponer de una oferta de servicios pioneros en nuestra Región.

Imagen 5. Plano del HCUVA



Recursos humanos

Personal	Dotación numérica
Personal directivo	16
Personal facultativo	621
Personal sanitario no facultativo	2455
Personal no sanitario	1033
TOTAL	4125

Recursos estructurales y tecnológicos

Dotación

Dotación	Cantidad
Camas	863
Quirófanos	27
Paritorios	14
Locales consultas externas	123
En el Hospital	106
En Centro de Especialidades	17
Puestos de hemodiálisis	32
No infecciosos	24
Infecciosos	8
Puestos Hospital de Dia	35
Oncohematológico	28
SIDA	5
Otros médicos	2

Camas asignadas por áreas de producción

Areas de Producción	Cantidad
Especialidades Médicas	266
Especialidades Quirúrgicas	305
Pediatría	80
Neonatología	54
Obstetricia	100
Cuidados Intensivos (incluye neonatológicos y pediátricos)	58
TOTAL	863

Equipamiento tecnológico

Equipamiento	Cantidad
Ecógrafos radiodiagnóstico	8
Ecógrafos ginecológicos	13
Ecocardiógrafos	8

Ecógrafos otros servicios	5
Mamógrafos	2
TAC	3
Sala convencional Rx	8
Telemando Rx	5
Equipo radioquirúrgico	3
Arco multifuncional Rx	1
Angiógrafos digitales	3
Sala hemodinámica	2
Electrofisiología cardiaca	1
Acelerador lineal	3
Braquiterapia	2
Planificadores	2
Simuladores	1
Gammacámaras	2
RNM	1
Neuroradiología intervencionista	1
Arco vascular	2
PEC-TAC	1

Organigrama

Puesto	Cantidad
Director Gerente	Juan Antonio Marqués Espí
Coordinación de Investigación	Luis García Marcos
Jefatura de Estudios y Formación Continuada	Jose D. Cubillana Herrero
Coordinación de Calidad	Julio Lopez-Picazo Ferrer
Coordinación de transplantes	Mario Royo-Villanova Reparaz
Coordinación Médica de Atención al Usuario	Virginia Pujalte Ródenas
Servicios de Sistemas de Información y Evaluación	Jorge López Díaz
Asesoría Jurídica	Pablo Vigueras Paredes
Jefatura de Prensa y Comunicación	Juana Aguilar Mediavilla
Dirección Médica	Carlos Marras Fenández-Cid
- Subdirección Médica MaternoInfantil y	Mariana Villaescusa Pedemonte

Servicios Centrales - Subdirección Médica de Servicios Quirúrgicos y Cuidados Intensivos - Subdirección Médica de Atención Primaria y Consultas Externas	Ana Belén Martínez González Inmaculada Barceló Barceló
Dirección de Enfermería - Subdirección de Enfermería Quirúrgica, Hospitalización y Servicios Centrales - Subdirección de Enfermería de MaternoInfantil - Subdirección de Enfermería de Atención Primaria	Pablo Fernández Abellán Juan Manuel Lucas Gómez Concepción Martínez Romero Francisco Marín Montoya
Dirección de Gestión - Subdirección de Gestión de Recursos - Subdirección de Servicios Generales, Obras y Mantenimiento	Clara Miranda López Rosario Soler García Antonio Tomás Borja

Actividad asistencial

Se presentan datos referidos al año 2011, proporcionados por la Dirección Médica del Hospital

Proceso consultas externas	Año 2010	Año 2011
Primeras consultas	213.735	206.539
Consultas sucesivas	456.627	464.712
Total consultas	670.362	671.252
Relación sucesivas/primeras	2,13	2,25
% primeras de atención primaria	54,46	54,62
Consultas/día hábil	2.714,02	2.717,62
Demora media	38,91	41,96

Procesos urgencias 2011	General	Infantil	Maternal	Totales
Pacientes atendidos	101.911	61.059	32.503	195.473
Pacientes ingresados	13.910	4.128	7.971	26.009
Urgencias/día	279,21	167,28	89,05	535,54
% urgencias ingresadas	13,55	5,40	24,30	12,69
Presión de urgencias	65,66	74,01	80,54	70,99

Partos totales			7.849	7.849
Total partos/día			21,55	21,55
Porcentaje de cesáreas			19,25	19,25

Procesos hospitalización 2011	General	Infantil	Maternal	Totales
Nº camas	544	179	140	863
Nº ingresos	21.184	5.555	9.897	36.636
Programados	7.274	1.427	1.296	10.627
Urgentes	13.910	4.128	7.971	26.009
Estancias	164.291	44.269	33.404	241.964
Estancia media	7,76	7,97	3,38	6,60
Presión de urgencias	65,66	74,31	80,54	70,99
Índice mortalidad	5,24	0,85	0,02	3,16
Ingresos/día	58,03	15,23	27,11	100,37

Proceso quirúrgico	Año 2010	Año 2011
Intervenciones programadas con hospitalización	7.562	7.531
Intervenciones urgentes con hospitalización	3.948	3.736
Intervenciones ambulatorias programadas	3.253	3.093
Intervenciones urgentes ambulatorias	211	165
Intervenciones realizadas en el hospital	18.455	21.608
Facultativos propios medios ajenos	9.619	9.669
Total intervenciones	28.074	31.277
% ocupación del quirófano	75,65	73,91
Espera media Lista de Espera Quirúrgica	62	74
% suspendidas en cirugía programada	6,20	4,55

Cartera de Servicios

La Gerencia del Area I garantiza las prestaciones asistenciales reconocidas en la legislación vigente a la población adscrita a efectos de asistencia sanitaria.

Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos	Servicios Centrales
Alergia	Anestesiología	Análisis clínicos
Cardiología	Cirugía Cardiovascular	Anatomía Patológica
Cuidados Paliativos	Cirugía General y Digestiva	Banco de Sangre
Demencias	Cirugía Maxilofacial	Farmacia
Digestivo	Cirugía Pediátrica	Hematología

Endocrinología y Nutrición	Cirugía Plástica y Quemados	Inmunología
Geriatría	Cirugía Torácica	Medicina Nuclear
Medicina Intensiva	Dermatología	Microbiología
Medicina Interna	Ginecología y Obstetricia	Neurofisiología
Medicina Tropical	Neurocirugía	Oncología Radioterápica
Infectología	Oftalmología	Radiodiagnóstico
Nefrología	Otorrinolaringología	Radiofarmacia
Neumología	Traumatología	Rehabilitación
Neurología	Cirugía de mama	Urgencias
Oncología	Urología	
Pediatría		
Psiquiatría		
Reumatología		

Posee los siguientes servicios y unidades de referencia regional:

- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Torácica
- Inmunología
- Neurocirugía
- Centro de Bioquímica y Genética Clínica
- Unidad Regional de Medicina Tropical

El hospital está acreditado como Centro de Referencia Nacional (CSUR) en sus servicios y unidades correspondientes para las siguientes patologías y procedimientos:

- Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis
- Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes
- Ortopedia infantil: malformaciones congénitas (femur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,..), displasias óseas y grandes alargamientos de miembros, enfermedades neuromusculares
- Esclerosis múltiple
- Cardiopatías familiares

Grupos de interés. Alianzas y partners

En 2011 y siguiendo planes estratégicos de años anteriores, se definen y priorizan los principales grupos de interés de la organización, que se mantienen en el Plan Estratégico actual⁽⁶⁾

Tabla 5. Grupos de interés definidos del HCUVA

Cientes
Pacientes Acompañantes Usuarios en general
Personas
Plantilla Estudiantes postgrado Estudiantes pregrado
Sistema Sanitario
Servicio Murciano de Salud y Consejería de Sanidad Otras Areas de Salud Otros Servicios de Salud, sus Áreas y Hospitales
Proveedores
Sociedad
Universidades Asociaciones de pacientes, Consumidores y Usuarios Sociedades y Asociaciones Científicas Colegios Profesionales Ayuntamientos Centros Educativos no Universitarios Sindicatos ONG´s Medios de Comunicación Confesiones Administración de Justicia Cuerpos y fuerzas de seguridad

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)

El Servicio de Pediatría del HCUVA es un servicio anómalo dentro del hospital, al ser considerado de referencia para las Areas de Salud I, VI y VII debido a que los hospitales de referencia de estas dos últimas no disponen de Servicio de Pediatría. Además es referencia regional en cirugía y traumatología pediátrica, cirugía cardiaca infantil, oncología infantil, cuidados intensivos y neonatales pediátricos

La asistencia pediátrica hospitalaria en estas 3 áreas se circunscribe hasta los 11 años en el momento actual, aunque existe un impulso por parte de la Consejería de Sanidad en aumentarla hasta los 14 ó 16 años a medio plazo.

Recursos humanos

El Servicio de Pediatría del HCUVA consta actualmente de 61 pediatras entre fijos, interinos y eventuales, así como de 209 enfermeros.

Tiene instaurado proceso formativo de la especialidad de Pediatría y sus Areas Específicas desde hace 30 años. Existe una Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría de ámbito regional que regula la formación de residentes de pediatría y residentes de enfermería pediátrica en la Región de Murcia. En el momento actual se forman en el HCUVA 36 residentes de pediatría y 6 residentes de enfermería pediátrica.

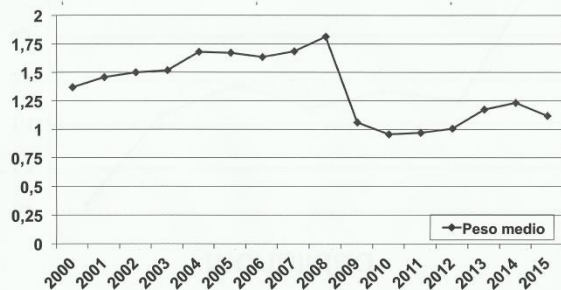
Dispone de una Jefatura de Servicio, 5 Jefaturas de Sección, 2 Coordinaciones Médicas y 1 Jefatura de Estudios.

Cartera de Servicios

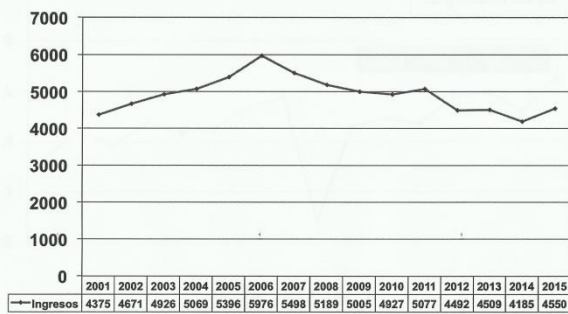
A pesar de la no existencia de acreditación ministerial de las especialidades pediátricas, dentro de la cartera de servicios del HCUVA⁽¹⁴⁾ se especifican las de: Alergología, Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermedades Infecciosas, Hospitalización de Escolares, Hospitalización de Lactantes, Gastroenterología, Genética, Hemato-Oncología, Medicina Medioambiental, Metabolopatías, Neumología, Neurología. Otras unidades como Cardiología, Endocrinología, Urgencias o Reumatología no disponen de cartera de servicios publicada pero actúan como unidades independientes.

Actividad asistencial año 2015 ⁽¹⁵⁾

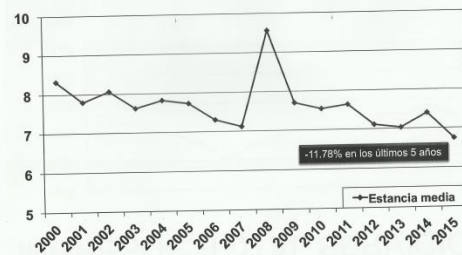
PESO MEDIO: TOTAL SERVICIO



INGRESOS: TOTAL SERVICIO



ESTANCIA MEDIA: TOTAL SERVICIO



DATOS INLIERS

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs.
Altas Inltera.	3.292	3.040	252
EM Inltera.	6,70	7,61	-0,90
PM Inltera.	1,1123	1,2501	-0,1378
EM Norma Depurada	6,91	6,79	0,11
Diferencia Norma	-0,20	0,81	-1,01
EMAC Inltera.	6,67	6,63	0,03
EMAF Inltera.	6,36	6,85	-0,49
IEMA Inltera.	1,0544	1,1106	-0,0561
Índice Casuístico Inltera.	0,9206	1,0080	-0,0874
Índice Funcional	0,9654	0,9766	-0,0112
Impacto (Est Evitables) - Inltera.	1.139,08	2.301,83	-1.162,74

EMAC: Estancia media ajustada por la casuística del Estándar (se calcula aplicando la EM del Hospital a los GRD_s del Estándar)
EMAF: Estancia media ajustada por el funcionamiento del Estándar (se calcula aplicando la EM del Estándar a los GRD_s del Hospital)
IEMA: Índice de Estancia Media Ajustada (EM hospital / EMAF)
 Un IEMA mayor a 1 indica un peor funcionamiento respecto del Estándar
 Un IEMA menor a 1 indica un mejor funcionamiento respecto del Estándar
Índice Casuístico: Un índice menor a 1 indica que la casuística del Hospital es menos compleja en el sentido de que tiene una menor proporción de casos con estancias prolongadas según el funcionamiento del Estándar (EMAF / EM estándar)
Índice Funcional: Relaciona el funcionamiento del Hospital respecto del Estándar (EMAC / EM estándar)
 Un IF mayor a 1 indica una menor eficiencia respecto del Estándar
Estancias Evitables: Estancias ahorradas o gastadas respecto del estándar (Altas * Diferencia EM)
Cama Día Evitable: Ocupación de Camas ahorradas o consumidas (Est. Evitables / Días Periodo)

Reingresos

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas	9	14	-5
Reingresos Urgentes 0-48 horas	18	25	-7
Reingresos Urgentes 0-3 días	24	38	-14
Reingresos Urgentes 0-7 días	48	70	-22
Reingresos Urgentes 0-30 días	134	153	-19
Reingresos Urgentes Totales	134	153	-19

IV.b.- ANALISIS INTERNO

Nuestra Sección es la Urgencia Hospitalaria de referencia de 3 Areas de Salud del Servicio Murciano de Salud (Areas I, VI y VII) con una cobertura poblacional de 103.113 niños de 0 a 11 años según el padrón municipal de habitantes de 2016 del Portal Estadístico de la Región de Murcia⁽⁹⁾. Es también referencia para la asistencia urgente de la patología pediátrica de referencia regional que engloba al paciente oncológico, con patología neuroquirúrgica y con cardiopatía congénita.

Procesos actuales

La Sección de Urgencias de Pediatría está constituida por distintas áreas bien definidas, que en la actualidad no están organizadas ni con nominación de responsables

1.- Sala de Atención Inmediata (Sala de Estabilización)

La Sala de Atención Inmediata es una estancia situada a la entrada de Urgencias de Pediatría y considerada como espacio definitivo dentro de la ubicación de las Urgencias del nuevo hospital materno-infantil. Está equipada con un carro de parada y medicación específica para el manejo de la patología crítica pediátrica así como de sistemas de monitorización para dicha patología y realización de procedimientos invasivos. Dispone de dos camas y un sistema de alarma. Tiene asignación de responsable de asistencia por turno.

2.- Triage

Urgencias de Pediatría no puede establecer criterios de indicación del ingreso en la unidad, debiendo atender a todo paciente que demanda atención, en general, de forma espontánea, sin ser referido por otros dispositivos sanitarios. Este hecho motiva que en Urgencias de Pediatría coincidan pacientes con procesos que producen un riesgo vital (emergencias) y otros con procesos banales, que pueden ser atendidos en una consulta o con una cura. Por ello, la clasificación del paciente es una actividad nuclear, permite dirigirle al recurso más adecuado y establece un tiempo máximo para su completa evaluación, en función de la gravedad.

Hasta hace pocos años, la clasificación del paciente en Urgencias de Pediatría se realizaba según el orden de llegada o, en algún caso, de una forma subjetiva, basada fundamentalmente en la experiencia profesional, lo que la hacía poco reproducible. Para controlar la mayor demanda asistencial y mejorar la calidad de la atención, algunos hospitales han implantado un sistema de jerarquización de las necesidades que recibe el nombre de triaje.

El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la urgencia de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados.

La metodología diseñada para asignar prioridad clínica a un paciente, se basa en tres principios fundamentales. El primero señala que el objetivo del proceso de clasificación (priorización clínica) del paciente, en Urgencias de Pediatría es ayudar a su tratamiento y a la organización del servicio. El segundo indica que la duración del proceso de triaje es tal, que no permite diagnosticar con total precisión a un paciente. Finalmente se debe señalar que el diagnóstico no se relaciona exactamente con la prioridad clínica, ya que ésta refleja una serie de aspectos de la situación particular en la que llega el paciente además del propio diagnóstico. La prioridad clínica del paciente es un marcador de la casuística de Urgencias de Pediatría. Tiene gran importancia como base para controles de calidad, y puede utilizarse como un instrumento de ayuda para la gestión de nuestra Unidad.

La *Australasian triage scale* (ATS), la *Manchester triage Scale* (MTS) y la *Canadian triage and acuity scale* (CTAS) son sistemas de clasificación con algunas características comunes, y que han superado, con mayor o menor éxito, los análisis que avalan su utilidad.

En España se utiliza el sistema de triaje MST y el andorrano, así como las versiones pediátricas del sistema del triaje canadiense y del andorrano, todas ellas validadas. Urgencias de Pediatría dispone del Sistema español de triaje (SET), basado en el andorrano (validado por el H San Joan de Deu), aunque utilizamos uno propio incorporado al programa Selene.

El triaje avanzado contempla la posibilidad de realizar, antes de la visita convencional, determinadas pruebas complementarias, básicamente analíticas y radiología simple o, incluso acciones terapéuticas, como canalizar vías periféricas, administrar analgesia, etc., de acuerdo con la prioridad asignada y con protocolos de enfermería, estrictos y especialmente diseñados para tal fin. Por lo tanto lleva implícitas más acciones que la de asignar prioridades para la asistencia, es decir es “traje y algo más” y supone menos rapidez en el proceso de clasificación. Bajo esta premisa, determinados pacientes de baja prioridad se visitan con mayor rapidez, aunque supone prolongar la duración del sistema de clasificación, lo que es contradictorio con el criterio de acortar cuanto sea posible la duración del proceso de triaje

Nivel de gravedad Los sistemas de clasificación más difundidos se basan en una metodología diseñada para asignar una prioridad clínica. En el ámbito europeo la escala más ampliamente utilizada es el MTS, en España las dos escalas de clasificación más utilizadas son el MTS y el SET. Todas ellas clasifican en cinco niveles, parece generalmente aceptado que la categorización en cinco niveles es la más adecuada. La nomenclatura y definiciones varían de una escala a otra aunque son muy similares. La ATS, el CTAS, la MST y el SET asignan a cada una de las cinco categorías un número, un color (rojo, naranja amarillo, verde, azul), un nombre (inmediato o emergencia, muy urgente, urgente, normal o menos urgente, y no urgente) y un objetivo de tiempo máximo para el primer contacto o la primera valoración por el médico:

Nivel de triaje	Nivel de urgencia	Tiempo de atención
Nivel 1	Emergencia	Inmediata
Nivel 2	Muy urgente	15 minutos
Nivel 3	Urgente	30 minutos
Nivel 4	Menos urgente	60 minutos
Nivel 5	No urgente	120 minutos

3.- Sala de Observación de Urgencias

La Sala de Observación de Urgencias es una estancia ubicada en la misma zona de urgencias pediátricas, adyacente a los boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento. Dotada con seis camas; dispone de monitorización individual. Permite (durante 24 horas, tiempo de estancia máximo para cada paciente) un mejor manejo de cierto tipo de pacientes (GEA, TCE, síndrome febril, crisis de asma, intoxicaciones,...). El control médico de los pacientes ingresados en ella depende del staff específico de urgencias por la mañana y del pediatra de guardia en Urgencias de Pediatría por la tarde y durante los días festivos. La actual estructura de la Sala de Observación de Urgencias y la capacitación del personal (no existencia de un pediatra encargado de forma específica de la misma) permite ingreso de pacientes con una duración no superior a 24 horas. Con esta disposición se ha conseguido un aumento de un 100% de los ingresos en los últimos 10 años llegando a su capacidad máxima y superando claramente en número a los pacientes ingresados a cargo de pediatría general en planta de hospitalización. De

los pacientes ingresados en esta Sala únicamente precisan continuar ingreso en planta de hospitalización en torno a un 25% lo que supone un ahorro anual de unos 1200 pacientes. Del total de las altas un 75% se realizan durante el turno de mañana y un 25% en el turno de tarde debido a la menor capacidad de seguimiento de esta Sala durante la guardia médica

4.- Area de proceso diagnóstico y terapéutico

Las urgencias pediátricas dispone actualmente de seis boxes de diagnóstico y tratamiento que permiten la privacidad, cada uno de ellos es un espacio polivalente destinado a la exploración, diagnóstico y prestación de cuidados al paciente médico o quirúrgico. Cada box tiene espacio para una camilla de exploración y una mesa de despacho; está dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; el sistema de llamada es, además de la telefónica, con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando, accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; también dispone de indicador externo del estado de ocupación.

No existe un box destinado íntegramente a técnicas de enfermería, por lo que se capacita uno de los boxes como multifuncional para estas técnicas y para reparación de heridas.

La urgencia traumatológica infantil es derivada actualmente a urgencias de traumatología, situada en la urgencia general del hospital.

La Sala de Nebulización es un espacio diáfano, con puestos destinados a la administración de medicamentos mediante nebulización. Capacitado para nebulizar a seis pacientes de forma simultánea. Equipada de material al uso: equipos de nebulización, pulsioxímetros, etc. está dotada de instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; con tomas de oxígeno, vacío y aire medicinal.

Dispone de un equipo de radiodiagnóstico con presencia de radiólogo infantil en horario de mañanas y con radiólogo de presencia física compartido con urgencias general, TAC (3) compartidos con urgencias de general y especialistas de presencia física de cirugía infantil, oftalmología, otorrinolaringología y cirugía plástica y quemados.

Estructura funcional

En la actualidad se dispone arquitectónicamente, de forma provisional, dentro de las instalaciones del nuevo Hospital Materno-Infantil, instalaciones donde serán ubicadas las Urgencias de Ginecología en la disposición final. Estructuralmente se dividen en:

- Area Administrativa de Admisión de Urgencias
- Area de celadores
- Salas de espera generales (2) y Sala de espera del paciente oncológico
- Salas de triaje (2)
- Sala de Atención Inmediata (Sala de Emergencias)
- Control de enfermería
- Salas Polivalentes de Procedimientos (6)
- Sala de Observación con capacidad para 6 puestos
- Sala de trabajo y sesiones

La actividad asistencial se estructura en 4 areas

- Area de triaje: en esta área se desarrolla la clasificación de los pacientes por nivel de gravedad en 5 niveles, utilizando la versión pediátrica del Sistema Canadiense de Triage. Se realiza por personal de enfermería cualificado para estas competencias. Así mismo también se inicia la atención al paciente inestable y la administración de fármacos sintomáticos como analgésicos, antitérmicos o suero de rehidratación oral, a la espera de valoración médica (triage avanzado)
- Sala de estabilización: Sala de atención y estabilización de la situación clínica de emergencia. Dispone de 2 camas de estabilización y material de vía aérea, venosa y medicación precisa. Así mismo de monitorización, respirador de transporte y gasómetro
- Reconocimientos médicos: 6 reconocimientos para la asistencia médica de pacientes, uno de ellos polivalente para la realización de técnicas de enfermería
- Sala de Observación: sala con capacidad para 6 camas dotado con sistema de monitorización, oxigenoterapia y aspiración. Supervisión médica por adjunto de guardia, consta con la presencia continua de 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería.

En los próximos meses se va a realizar la apertura de nuevas instalaciones del Hospital Infantil del HCUVA, que dispone de unas urgencias pediátricas de mayor tamaño, mayor capacidad y la creación de estancias no disponibles en el momento actual. Así, se contará con:

- 7-8 reconocimientos médicos (+2 sobre el actual)
- Sala de Observación con capacidad para 10-12 pacientes (+4-6 sobre el actual), además de ser salas individuales, lo que abre la capacidad de aislamiento infeccioso
- Sala de técnicas de enfermería con 2 puestos (no existente hasta ahora)
- Sala de traumatología dotado con arco de radioscopia (no existente hasta ahora)
- Quirofanillo (no existente hasta ahora)
- Sala destinada a reunión y sesiones (no existente hasta ahora)
- Sala amplia libre con posibilidad de utilización como sala de simulación

Imagen 6. Plano de disposición de las nuevas instalaciones de Urgencias de Pediatría HCUVA



Recursos humanos

Nuestra Sección cuenta, en la actualidad, con unos recursos humanos formados por:

- 1 coordinación médica
- 4 pediatras adscritos a la sección que realizan labor asistencial de 37,5 horas semanales en turno de mañana
- 1 supervisión de enfermería
- 24 enfermeros que realizan trabajo asistencial mediante turnicidad (mañana, tarde y noche)

- 17 auxiliares que realizan trabajo asistencial mediante turnicidad (mañana, tarde y noche)

Durante la guardia asistencial se configura un equipo de guardia compuesto por:

- 2 pediatras adscritos al Servicio de Pediatría o vinculado a este mediante un contrato de guardias
- 3 residentes de pediatría, en general en su primer o segundo año de formación en la especialidad de Pediatría y sus Areas Específicas
- 1 residente de Medicina de Familia y Comunitaria
- 4 enfermeros
- 3 auxiliares

Cartera de servicios

Dentro de la cartera de servicios publicada del Servicio de Pediatría del HCUVA⁽¹⁴⁾, no se definen actividades específicas de urgencias de pediatría.

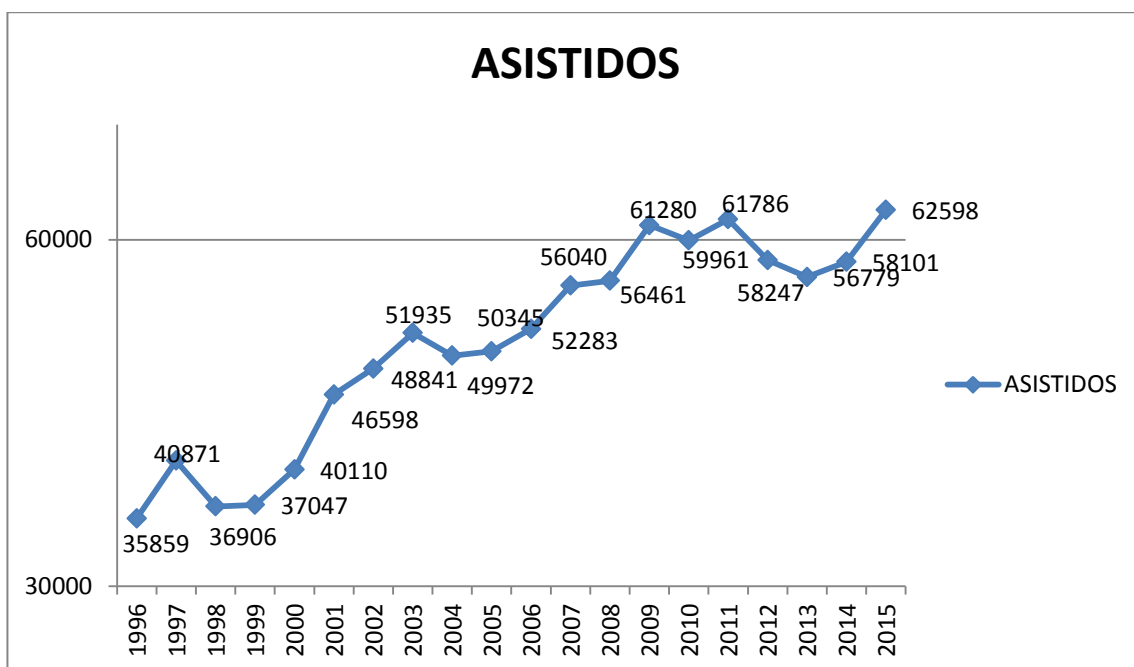
En documento interno de coordinación las únicas referencias a la cartera de servicio son:

- Atención inicial a las emergencias médicas, quirúrgicas o traumatológicas en niños de 0 a 11 años
- Diagnóstico y tratamiento inicial o definitivo de las urgencias médicas, quirúrgicas o traumatológicas en niños de 0 a 11 años de edad
- Observación durante un máximo de 24 horas de niños de 0 a 11 años edad con patología médica, quirúrgica o traumatológica que así lo requieran
- Reparación de heridas no complicadas
- Otras técnicas de diagnóstico y tratamiento propias de la especialidad

Actividad asistencial

La sección de Urgencias de Pediatría ha experimentado un notable ascenso, desde el año 1975 (año en el que comenzó su labor) en el cual se atendieron 6000 urgencias hasta los últimos años donde se establece una media de 60.000 urgencias. En la figura nº1 se hace referencia a la evolución de asistencias e ingresos de los últimos 18 años

Imagen 7.- Evolución del número de urgencias pediátricas asistidas



El porcentaje de ingresos ha sufrido un claro descenso del 10 al menos del 5% en los últimos años. En la figura 2 se establece la evolución en el porcentaje de ingresos en estos años

Imagen 8.: Evolución del porcentaje de ingresos desde urgencias.

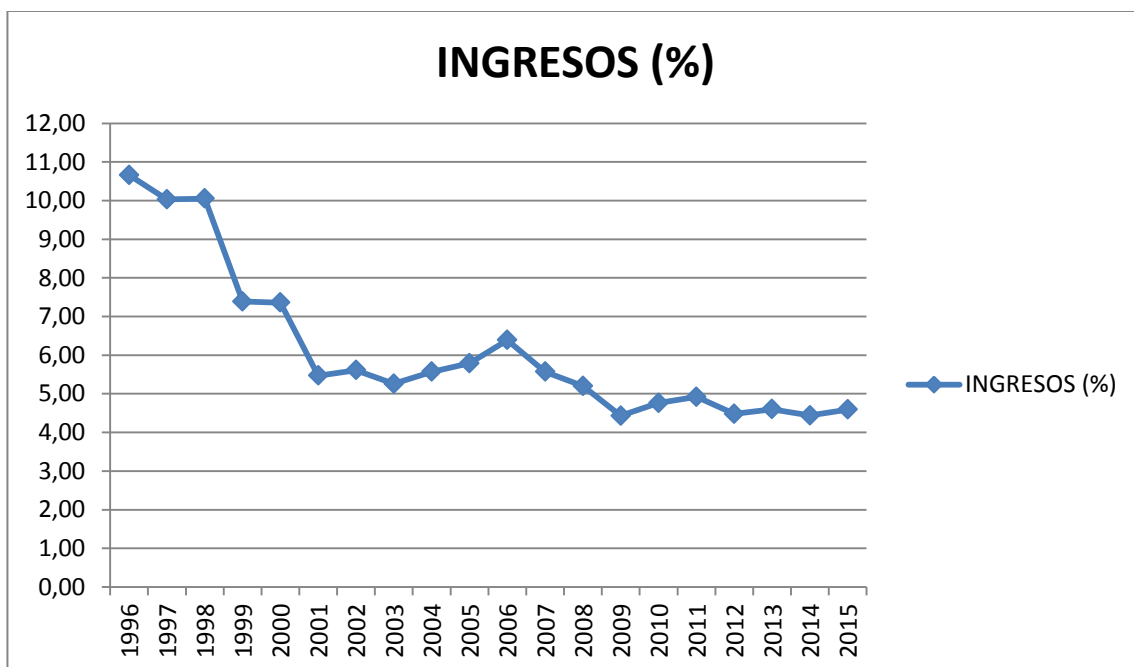
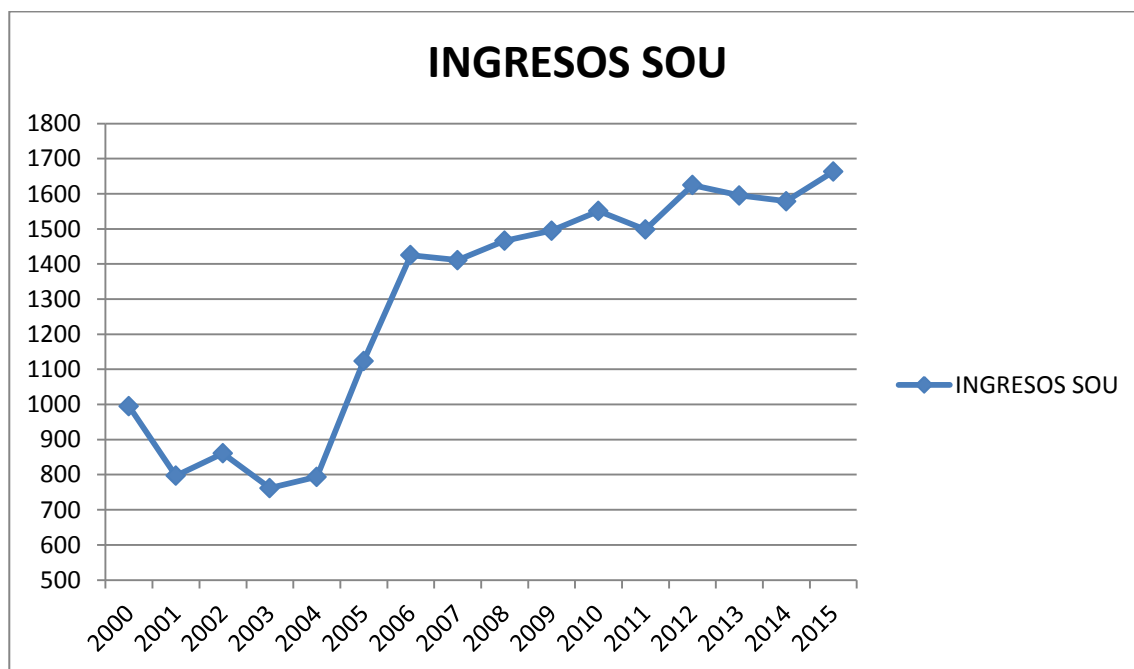


Figura 9: Evolución de pacientes ingresados en Sala de Observación de Urgencias



Previsión de la demanda

a. Nacimientos

Al igual que sucede en la gran mayoría de las regiones de nuestro país, la Región de Murcia ha sufrido un descenso en los datos de natalidad en los últimos años pasando de los más de 18.000 nacimientos en los años 2008-2010 a los 15.976 del año 2015, lo que supone un descenso en la tasa de natalidad desde 13,5% al 10,91% actual^(16,17). El mantenimiento de este descenso, podría llevar consigo una reducción de la población infantil y, por tanto, un descenso en las consultas a servicios de urgencia específicos

b. Inmigración

Según datos de la Cámara de Comercio que analiza la inmigración en España según Comunidades Autónomas⁽¹⁸⁾, los inmigrantes de la Región de Murcia trabajan en actividades económicas que elude la población autóctona. Los rasgos característicos de éstos vienen configurados por su orientación al trabajo, y se acentúan respecto al contexto nacional. Existe un predominio de varones (60,2%) frente a las mujeres (39,8%), un mayor peso de personas en edad de trabajar (82,0%), con escaso porcentaje de inmigrantes mayores de 64 años (2,7%) y con predominio de los países

no comunitarios como origen de la inmigración (87,8%). Además, la juventud de la población inmigrante (31,6 años de edad media), explica sus elevadas tasas de natalidad (23,2‰) y fecundidad (80,9‰), su reducida mortalidad (1,9%) y, en consecuencia, su alto crecimiento vegetativo (21,3‰). Los inmigrantes que residen en Murcia proceden mayoritariamente de Ecuador y Marruecos, de modo que estos dos países concentran el 33,7% y 27,1% respectivamente del total de la inmigración regional

Según el Padrón Regional de Murcia la inmigración sufrió un descenso entre los años 2010-2013, si bien en los últimos 2 años está aumentando, situándose en 2015 en 51.571 habitantes. En cuanto a la emigración de la Región de Murcia se ha mantenido estable en los últimos 5 años, situándose en 2015 en 54.303 habitantes. La zona de influencia de nuestro hospital se encuentra en valores neutros en los últimos años (200-500 en el último año)

Imagen 10 . Crecimiento vegetativo por 1000 habitantes. Año 2015

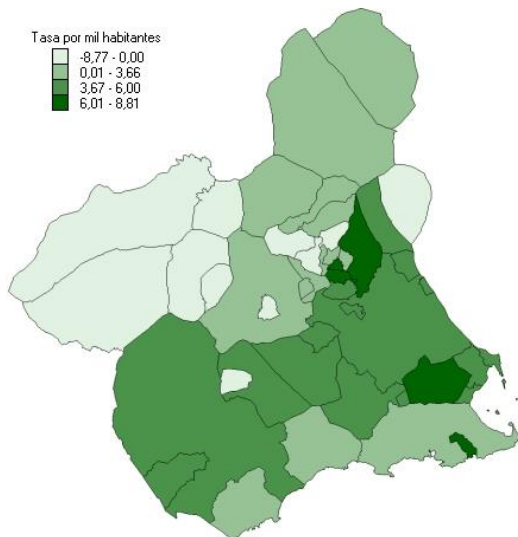
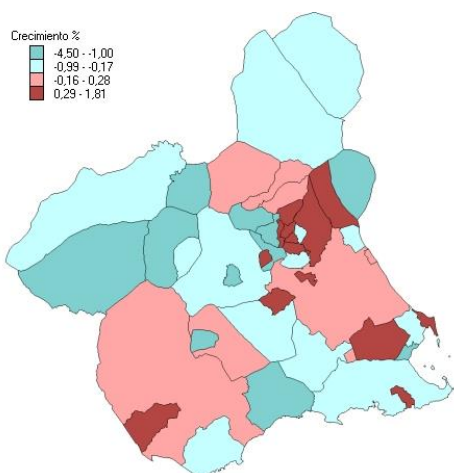


Imagen 11 . Crecimiento de la población 2015-2016



c. Aumento en la población pediátrica asistida

Según lo detallado en el II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia 2013-2016 aprobado por acuerdo del Consejo de Ministros el 5 de abril de 2013⁽¹⁹⁾, dentro de su Objetivo 7 “Salud Integral”, la Medida 7.13 indica “Mejorar la calidad en la atención en la hospitalización de unidades pediátricas” para lo que propone “impulsar la atención de los menores hasta los 18 años en la hospitalización de las unidades pediátricas.

La Consejería de Sanidad de Murcia ha decidido comenzar impulsando la atención pediátrica hospitalaria hasta los 14 años (en la actualidad su asistencia se restringe a los 11 años) e incluso hasta los 18 años en alguna patología crónica como el paciente oncológico.

Según datos del Padrón del Portal Estadístico de la Región de Murcia, esto implica un aumento en la cobertura poblacional de, al menos, 24.628 niños entre 11 y 14 años entre las tres Areas de Salud vinculadas a nivel pediátrico con nuestro hospital. Así, tras revisión interna de asistencias en Urgencias de pacientes entre 11 y 14 años en la actualidad en otros dispositivos hospitalarios, la demanda anual a nuestra sección se aumentaría en, al menos, 8.000 asistencias (promedio de 21,6 asistencias/día)

d. Situación económica:

La Sanidad es el servicio de mayor absorción de recursos para las arcas regionales, gasto que se ha ido incrementando notablemente debido al importante aumento de la población regional y a la universalidad de la atención sanitaria, abarcando

esta prestación al total de la población residente en la región, incluida la población inmigrante en situación irregular.

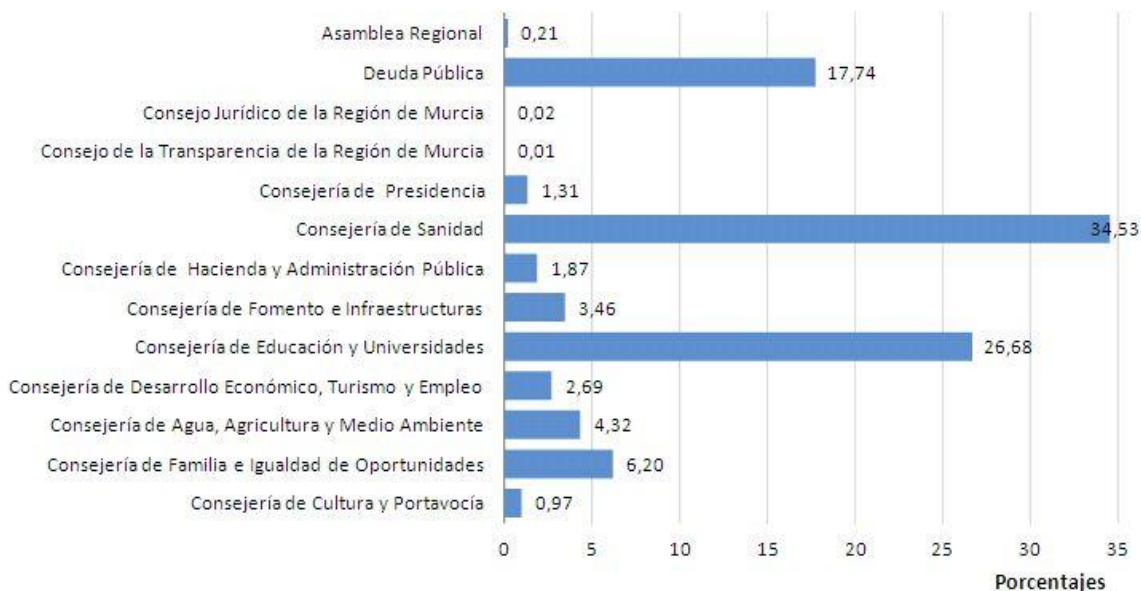
Según el estudio del CES titulado “Financiación y eficiencia del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia”⁽²⁰⁾, recientemente publicado, los gastos de la Comunidad Autónoma en asistencia sanitaria absorbieron, en 2009, casi las tres cuartas partes de los recursos que el sistema de financiación autonómica puso a su disposición en ese año. El estudio realiza un análisis estadístico para determinar la sostenibilidad financiera del sistema, utilizando diferentes hipótesis y comparando diferentes conceptos. Uno de los cálculos realizados indican que los ingresos de la hacienda regional fueron capaces de crecer en paralelo a los gastos del sistema sanitario durante la fase alcista del ciclo económico, en la que el ritmo de crecimiento de la actividad económica fue muy elevado, (la tasa media acumulada de crecimiento del PIB regional alcanzó un 4% en términos reales entre 2002 y 2007), lo que se tradujo en un importante aumento de la recaudación por IVA y los impuestos sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, así como de otros ingresos públicos. El principal responsable de este incremento de la actividad económica regional y de los ingresos públicos fue el extraordinario dinamismo del sector de la construcción que, además de actuar como motor de la actividad productiva regional, se convirtió en pieza clave del sistema de financiación de la Comunidad Autónoma. Sin embargo, a partir del año 2008 la situación económica cambia radicalmente produciéndose, de manera simultánea, un brusco descenso de los ingresos tributarios y el máximo crecimiento del gasto sanitario en términos nominales (21,5%).

El estudio del CES realiza unas estimaciones con el fin de determinar la sostenibilidad del sistema sanitario regional. Prevén un crecimiento anual de entre el 5,4% y el 6,4% en el gasto sanitario público regional a partir del año 2012, por lo que, para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema con los estándares actuales en el corto plazo, los ingresos de la Comunidad Autónoma deberían crecer a un ritmo similar.

Los análisis estadísticos realizados en el estudio del CES concluyen claramente que el sistema sanitario, en su configuración actual, no es sostenible financieramente en el corto y medio plazo ya que, para que lo fuera, se deberían registrar, en los próximos años, crecimientos de la actividad económica en el entorno del 4%-5% anual, lo que permitiría un aumento suficiente de los ingresos de las arcas regionales para financiarlo. Estas tasas están bastante alejadas de las últimas previsiones

de crecimiento de España realizadas por diversos organismos internacionales (FMI, UE).

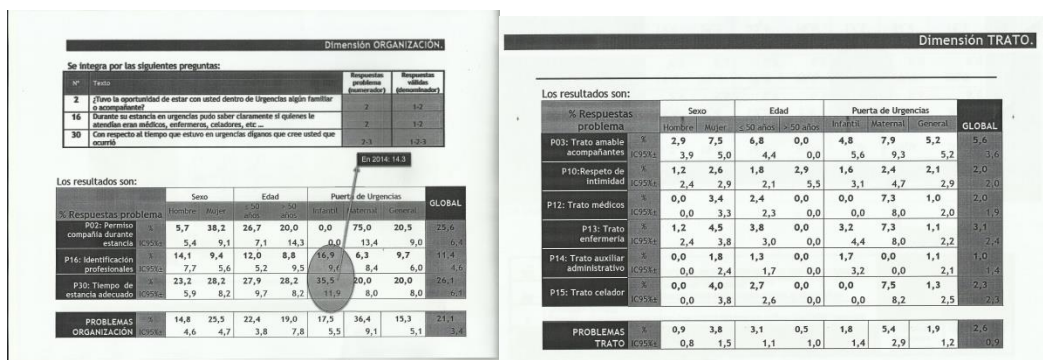
Imagen 12. Presupuesto preventivo de gastos de la Comunidad Autónoma por Secciones



Análisis de la satisfacción de los clientes

Se hace referencia a la “Encuesta de calidad percibida en Urgencias” de 2015⁽²¹⁾, elaborado por la Unidad de Calidad Asistencial del HCUVA, realizado en las urgencias general, maternal e infantil de dicho hospital. Se consideran 6 dimensiones (organización, trato, información, accesibilidad, competencia profesional e infraestructura. Además la encuesta se interesa por la satisfacción global utilizando una escala de Likert de 11 items con la que se construye la satisfacción media y el porcentaje de puntuaciones excelentes (valoración de 8 o más puntos)

Imagen 12. Principales resultados Encuesta calidad percibida en urgencias 2015

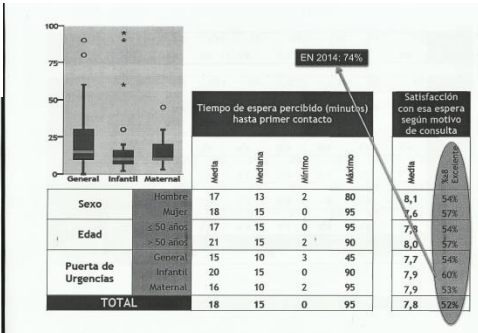


Dimensión INFORMACIÓN.									
Los resultados son:									
% Respuestas problema	Sexo	Edad		Puerta de Urgencias			GLOBAL		
		Hombre	Mujer	<50 años	>50 años	Infantil		Maternal	General
P04: Información acompañantes	%	10,3	22,9	19,5	10,7	3,2	46,7	14,5	18,1
	(n/%)	7,2	7,9	6,4	11,5	4,4	15,7	7,9	5,7
P17: Información paciente	%	2,4	5,2	3,6	5,7	3,2	4,9	4,2	4,0
	(n/%)	3,3	4,0	2,9	7,7	4,3	6,6	4,0	2,7
P29: Información al alta	%	2,4	9,6	8,0	0,0	4,8	20,0	2,1	6,6
	(n/%)	3,3	5,4	4,2	0,0	5,3	12,4	2,9	3,4
PROBLEMAS INFORMACIÓN	%	4,7	12,4	10,1	5,1	3,7	24,2	6,4	9,2
	(n/%)	2,7	3,5	2,7	4,4	2,7	7,7	2,9	2,4

Dimensión COMPETENCIA PROFESIONAL.									
% Respuestas problema	Sexo	Edad		Puerta de Urgencias			GLOBAL		
		Hombre	Mujer	<50 años	>50 años	Infantil		Maternal	General
P11: Comentario inspección	%	3,7	6,0	4,8	6,1	6,3	9,5	2,1	5,0
	(n/%)	4,1	4,3	3,4	8,7	5,4	9,8	3,0	3,2
P18: Médicos	%	0,0	3,4	2,4	0,0	0,0	7,1	1,1	2,0
	(n/%)	0,0	3,3	2,3	0,0	0,0	7,8	2,1	1,9
P19: Enfermería	%	2,5	3,5	3,1	3,1	1,6	7,1	2,3	3,1
	(n/%)	3,5	3,4	2,7	6,0	3,1	7,8	3,1	2,4
P20: Asistentes administrativos	%	0,0	2,6	1,9	0,0	0,0	4,8	1,1	1,6
	(n/%)	0,0	2,9	2,1	0,0	0,0	5,4	2,2	1,8
P21: Celadores	%	0,0	2,0	1,4	0,0	0,0	5,0	0,0	1,2
	(n/%)	0,0	2,7	1,9	0,0	0,0	6,8	0,0	1,6
P22: Percepción de fallos	%	9,6	5,1	7,8	2,9	9,5	7,1	5,3	7,0
	(n/%)	6,3	4,0	4,1	5,7	7,2	7,8	4,5	3,5
PROBLEMAS COMPETENCIA PROFESIONAL	%	2,8	3,8	3,6	2,1	3,0	6,8	2,0	3,4
	(n/%)	1,5	1,4	1,2	2,1	1,8	3,1	1,2	1,0

Dimensión ACCESIBILIDAD.									
Se integra por la siguiente pregunta:									
Nº	Texto	Respuestas problema (numerador)	Respuestas válidas (denominador)						
8	Teniendo en cuenta el motivo de su urgencia el tiempo que esperó para ese primer contacto le pareció...	4,5	1,2-3-4-5						

% Respuestas problema	Sexo	Edad		Puerta de Urgencias			GLOBAL		
		Hombre	Mujer	<50 años	>50 años	Infantil		Maternal	General
PROBLEMAS ACCESIBILIDAD	%	4,8	12,1	10,4	2,9	7,9	9,8	9,5	9,0
	(n/%)	4,6	7,0	4,7	5,5	6,7	9,1	5,9	4,0



Dimensión INFRAESTRUCTURA.									
% Respuestas problema	Sexo	Edad		Puerta de Urgencias			GLOBAL		
		Hombre	Mujer	<50 años	>50 años	Infantil		Maternal	General
P24: Salir de espera limpias	%	11,5	8,8	11,3	3,1	15,9	7,1	7,0	9,9
	(n/%)	7,1	5,2	4,9	6,0	9,0	7,8	5,4	4,2
P25: Consultas limpias	%	3,8	4,4	5,0	0,0	6,3	4,9	2,2	4,1
	(n/%)	4,2	3,8	3,4	0,0	6,0	6,6	3,0	2,8
P26: Aseos limpios	%	30,6	33,0	35,1	19,2	46,5	25,0	26,2	32,1
	(n/%)	12,9	9,7	8,8	15,1	14,9	14,1	11,0	7,7
P27: Temperatura	%	12,0	14,5	13,9	11,8	17,5	11,9	11,6	13,5
	(n/%)	7,0	6,4	5,3	10,8	9,4	9,8	6,4	9,7
P28: Ruido	%	43,9	33,6	38,2	36,4	36,5	21,4	46,2	37,9
	(n/%)	16,2	11,2	11,2	16,7	13,8	13,6	20,8	9,2
INFRAESTRUCTURA	%	17,2	16,5	17,5	13,3	19,7	12,3	16,9	16,8
	(n/%)	3,8	3,1	2,7	5,3	4,5	4,5	3,6	2,4

SATISFACCIÓN.									
Se evalúa por la satisfacción media y el porcentaje de puntuaciones excelentes, no existiendo diferencias significativas.									
SATISFACCIÓN	Sexo	Edad		Puerta de Urgencias			GLOBAL		
		Hombre	Mujer	<50 años	>50 años	Infantil		Maternal	General
SATISFACCIÓN MEDIA	%	8,5	8,1	8,2	8,7	8,2	7,6	8,6	8,1
% PUNTAJES EXCELENTES (8)	%	78,3%	77,8%	76,5%	85,3%	74,6%	69,0%	84,2%	78,0%
	(n/%)	8,9%	7,5%	6,4%	11,9%	10,7%	14,0%	7,3%	5,7%

En el cuestionario existe una pregunta abierta que pide al entrevistado que elija una sola cosa que el hospital debería mejorar en el ámbito de urgencias, siendo la respuesta más solicitada la de acortar el tiempo de espera seguido de mayor personal y más limpieza.

Las principales conclusiones son que se frena el empeoramiento progresivo de la satisfacción sobre la urgencias experimentado en los años 2013 y 2014, la tasa global de problemas (9,1) sigue siendo baja en relación a otros procesos y mantiene una buena tendencia tras el empeoramiento de 2013 aunque lejos de las cifras alcanzadas en 2012 (6,1), la dimensión organización es la peor valorada por los pacientes, la infraestructura muestra tasas de problemas de rango medio con tendencia desfavorable determinada en urgencias de infantil por limpieza de aseos

La Unidad de Calidad Asistencial recomienda:

- Fijar objetivos explícitos para 2016 en las 3 urgencias existentes

- Continuar el trabajo del grupo de seguimiento del proceso de urgencias en la urgencia general
- Constituir un grupo de trabajo a fin de debatir y mejorar el proceso urgencias en la puerta infantil

Análisis de la satisfacción de los profesionales

No existe una encuesta de satisfacción específica de las urgencias pediátricas de Urgencias Pediátricas ni del Servicio de Pediatría del HCUVA, por lo que haré referencia al Informe de Resultados de la Encuesta de Satisfacción de Profesionales 2014 del Area I-Murcia-Oeste⁽²²⁾

Se trata de una encuesta realizada a profesionales fijos, interinos, sustitutos o eventuales (se excluye personas en formación) de la Gerencia del Area I, en diciembre de 2014, sumando un total de 4.952 personas. El cuestionario final quedó constituido por 36 preguntas cerradas con escala de respuesta de 0-10 que exploran 12 dimensiones (seguridad y salud laboral, condiciones de trabajo, formación, promoción y desarrollo profesional, reconocimiento, relación con el mando, participación, organización y funcionamiento, clima de trabajo, comunicación, conocimiento y adecuación de los objetivos y percepción de la Dirección). La tasa global de problemas traduce la proporción de puntuaciones inferiores a 5 e indica el porcentaje de defectos que afectan a cualquiera de las dimensiones de la encuesta.

Entre los resultados claves destacan:

1. Dimensión condiciones de seguridad laboral: Puntuación global 5,8. Mayor tasa de problemas en seguridad laboral entre los mayores de 50 años y menor en los facultativos. Los principales condicionantes de la seguridad y salud laboral se relacionan con la concentración y continuidad en la tarea y con el reparto de trabajos y tiempo
2. Dimensión condiciones de trabajo: Puntuación global de 3,0. Los principales factores que influyen en las condiciones de trabajo son la conciliación de la vida laboral y familiar y los permisos y licencias
3. Dimensión formación: Puntuación global 4,9. Mayor tasa de problemas de formación en hombres. El apartado satisfacción con la formación se puntúa con 6,8

4. Dimensión promoción y desarrollo profesional: Puntuación global de 2,4. Los no sanitarios tienen más problemas de desarrollo profesional. El apartado satisfacción con la tarea se puntúa con 2,5 y el aprovechamiento de capacidades con 5,9. Los principales condicionantes para la promoción y el desarrollo profesional se relacionan con los mecanismos para la mejora y la equidad de oportunidades
 5. Dimensión reconocimiento: Puntuación global 4,5. Puntuación de reconocimiento en la unidad de 6,3 y en la gerencia de 6,5. No diferencias por estrato
 6. Dimensión relación con el mando: Puntuación global 3,4. Relación profesional con el mando 3,8 y capacidad del superior 5,5
 7. Dimensión participación: Puntuación global 4,5. Participación en mejora de la unidad 6,2
 8. Dimensión organización y funcionamiento: Puntuación global 4,7
 9. Dimensión clima de trabajo: Puntuación global 3. Destaca puntuación clima en la propia unidad 3,8
 10. Dimensión comunicación: Puntuación global 3,7. Hay mayor tasa de problemas en personal sanitario no facultativo. Los principales condicionantes se relacionan con la información suficiente y adecuada acerca de las decisiones, proyectos o actuaciones de la gerencia del área de salud que puedan afectar al profesional
 11. Dimensión conocimiento y adecuación de los objetivos: Puntuación global 3,9
 12. Dimensión percepción de la dirección: Puntuación global 5,2. Mayor tasa de problemas entre el personal sanitario no facultativo
- La tasa global de problemas indica el porcentaje de defectos que afectan a cualquiera de las dimensiones de la encuesta. La tasa global de problemas se puntúa con 1,1 y es menor en los facultativos y mayor en el personal no sanitario. Las dimensiones que más influyen en la tasa global de problemas son la formación y la percepción de la dirección seguido del conocimiento de objetivos y el reconocimiento
- Las dimensiones más valoradas son el clima de trabajo, la seguridad y las condiciones de trabajo. Las menos el estilo de la dirección, la promoción y desarrollo profesional y la participación

Las recomendaciones de la Unidad de Calidad tras la elaboración del informe son:

- Fijarse indicadores, objetivos y metas anuales explícitas en percepción de los profesionales e incorporar su análisis sistemático por la dirección
- Este análisis debe de servir como base para generar dinámicas de mejora explícitas, preferiblemente adaptadas a entornos y colectivos profesionales seleccionados
- Es recomendable impulsar la formación de grupos de trabajo para el diseño e implementación de las intervenciones que se prioricen

Accreditación de la Especialidad de Urgencias

Actualmente el Ministerio de Sanidad y Política Social certifica exclusivamente la especialidad de Pediatría y sus Areas Específica. Por este motivo la Asociación Española de Pediatría (AEP) a través de su Comité Ejecutivo, fija como uno de sus objetivos prioritarios el reconocimiento oficial de las especialidades pediátricas. Con este motivo se editó el Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas⁽²³⁾, que enumera como especialidad pediátrica las Urgencias de Pediatría, especialidad ya creada en otros países europeos, EEUU y varios países iberoamericanos

IV. c.- GRUPOS DE INTERES. ALIANZAS

De acuerdo a los grupos de interés enumerados en el Plan Estratégico del Area 1, se definen los grupos de interés de Urgencias de Pediatría del HCUVA.

1. Clientes
 - a. Paciente que acude a urgencias de pediatría
 - b. Acompañantes de los pacientes
 - c. Usuarios en general
2. Personas
 - a. Plantilla
 - b. Residentes de Pediatría y Enfermería Pediátrica
 - c. Estudiantes pregrado (cursos 4º y 6º de Medicina)
3. Sistema sanitario
 - a. Dirección Médica y Subdirección de MaternoInfantil del HCUVA
 - b. Coordinación Regional de Pediatría dependiente de la Consejería de Sanidad
 - c. Servicio de Pediatría HCUVA
 - d. Secciones de Hospitalización, Cuidados Intensivos Pediátricos y Consultas
 - e. Hospitales regionales de transferencia de pacientes
 - f. Centros de Salud vinculados a las 3 Áreas de Salud dependientes de la asistencia pediátrica en urgencias de HCUVA
4. Sociedad
 - a. Universidad de Murcia
 - b. Sociedad de Pediatría del Sureste de España (SPSE)
 - c. Asociación de Pediatría Extrahospitalaria Región de Murcia (APERMap)
 - d. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)
 - e. Asociación de Pacientes Pediátricos
 - f. Colegio Oficial de Médicos de Murcia
 - g. Ayuntamientos
 - h. Centros Educativos
 - i. Sindicatos
 - j. Medios de Comunicación

La priorización de estos grupos se expresa en la matriz de la siguiente figura, que los ordena según la dependencia de los mismos y la influencia de estos por otro.

Imagen 13. Matriz grupos de interés según influencia y dependencia de la organización

		DEPENDENCIA DE LA ORGANIZACION		
		Baja	Media	Alta
INFLUENCIA	Baja	Ayuntamientos Colegio Oficial de Médicos Centros Educativos	Asociación pacientes	Consejería Sanidad
	Media	Medios comunicación Estudiantes Pregrado Medio comunicación	Otras Areas HCUVA Otros hospitales Centros de Salud	Emergencia extrahospitalaria Residentes
	Alta	Sociedades Científicas	Dirección Médica HCUVA Servicio Pediatría HCUVA	Clientes Personal sanitario

La información obtenida para el análisis de necesidades y expectativas de estos grupos es clave para conocer la situación inicial y permitirá el desarrollo de la estrategia

Tabla 6 . Información y perioricidad de la misma para grupos de interés

Grupo interés	Fuente de información	Frecuencia
Clientes	Encuesta de satisfacción de pacientes en urgencias (encuesta hospitalaria)	Anual/Bianual
	Quejas y reclamaciones Servicio Atención Usuario	Semestral
	Buzón sugerencias en instalación urgencias	Mensual
Personal de la Unidad	Encuesta de satisfacción del profesional (encuesta hospitalaria)	Bianual

	Encuesta de satisfacción y motivación interna Reuniones de servicio Reuniones grupos de trabajo Buzón sugerencias anónimo	Anual Trimestral Mensual Bimensual
Sistema sanitario	Plan de Salud Contrato de Gestión Normativas y circulares Reuniones con Jefatura Servicio Reuniones con Jefaturas de Sección	Quinquenal Anual Continua Semestral Semestral
Sociedad	Reunión con responsable docente de alumnos de Facultad Medicina Reuniones con sociedades científicas Reuniones con Colegio Oficial de Médicos Reuniones con representantes de Asociaciones de Enfermos	Anual Anual No cuantificable Periódicas

IV. d.- ANALISIS DAFO/CAME

DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none">- Grupo médico no coordinado- Ausencia de figura de Jefatura de Sección. Liderazgo poco sólido- Disminución en la motivación del personal médico y de enfermería- Déficit formativo en emergencia pediátrica del personal médico con realización de guardias- Ausencia de perfil específico de pediatra y enfermero de urgencias- Perfil de escasa formación del residente que realiza guardias en Urgencias (residentes de primer y segundo año)- Dificultad para acceder a la investigación competitiva- Escasa protocolización
FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none">- Sistema de triaje implantado con buenos resultados- Circuito de trabajo establecido- Incorporación de personal médico dentro del staff de urgencias con competencias en la emergencia y en formación y docencia- Programa formación MIR consolidado y bien valorado- Informatización de la unidad con programa institucional e inicio de codificación- Buena valoración actual en encuesta de satisfacción de los usuarios

AMENAZAS

- Incremento gradual en el número de urgencias/año
- Competencia con otros servicios de urgencias regionales en la asignación de recursos
- Limitación en el gasto sanitario vinculado a la contratación de personal
- Envejecimiento de los pediatras de urgencias que lleva consigo disminución del porcentaje de guardias asumidas por personal específico de urgencias
- Complejidad creciente de los pacientes por aumento en los pacientes crónicos pediátricos (mayor supervivencia del prematuro, aumento en la supervivencia del cáncer infantil, cuidados paliativos pediátricos sin capacidad actual para cobertura las 24 horas del día)
- Ausencia de programa de formación específica en pediatría de urgencias en nuestra unidad
- Falta de fuentes de financiación para la investigación, formación continuada o asistencia a congresos

OPORTUNIDADES

- Apertura del nuevo hospital Materno-Infantil con mayor infraestructura para Urgencias
- Aumento en el número de camas destinadas a la Observación de Urgencias
- Capacidad de oferta de nuevos servicios por la incorporación de instalaciones no existentes en la actualidad (quirofanillo, sala de traumatología)
- Aumento de la demanda de servicios de mayor calidad
- Aparición de nuevas tecnologías en la práctica de urgencias
- Compromiso por parte de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia de aumento en la edad de asistencia en hospitalización pediátrica, como así lo indica el II Plan Nacional de la Infancia y Adolescencia 2013-2016
- Acreditación por parte de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría a pediatras de urgencias, exigiendo requisitos formativos y curriculares
- Mercado laboral con personal cualificado que permite una mayor subespecialización en Urgencias de Pediatría

V. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD

El objetivo de la reflexión estratégica de la Sección de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca se enmarca dentro del Plan Estratégico global del Area I de Salud del Servicio Murciano de Salud. Todo ello en un contexto de crisis económica, priorizando el concepto de sostenibilidad, con una demanda creciente y más compleja de la población a las urgencias hospitalarias, con mayores expectativas y niveles de información de la ciudadanía y la posibilidad de nuevas tecnologías. Se encuadrarán las líneas estratégicas presentadas en el marco de unas nuevas instalaciones hospitalarias y con el compromiso por la Dirección del Servicio Murciano de Salud de elevar la edad pediátrica de asistencia hospitalaria, al menos, hasta los 14 años y hasta los 18 años en el paciente oncológico, según se contempla en el II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia.

Una vez concluido este documento de reflexión estratégica de realización personal, se propondrá promover la participación de directivos de la organización y responsables de proyectos, así como un análisis externo por parte de profesionales vinculados a la urgencia pediátrica con alto perfil en la gestión.

El resultado del proceso se presentará a la Dirección Médica y Dirección Gerente del Hospital para firmar un documento de apoyo a las líneas presentadas

Finalmente se comunicará en reunión conjunta al personal de urgencias de pediatría el documento con objetivos, indicadores y revisión de los mismos

Se establecerá un calendario de actuación con fechas claves.

V.a.- DEFINICIÓN ESTRATÉGICA

1.- Misión

Prestar, a los pacientes que acuden a Urgencias, los cuidados y atenciones inmediatos que requiere el problema de salud por el que acuden, mediante una aproximación diagnóstica y aplicación del tratamiento adecuado. Priorizando la atención según la gravedad, con criterios de seguridad, con un trato correcto, informándole sobre su proceso y facilitando la continuidad en la atención, en orden a conseguir la satisfacción del paciente y sus familiares, participando activamente en la educación para la salud de la ciudadanía y con una utilización óptima de los recursos.

2.- Visión

Ser referentes de las urgencias hospitalarias pediátricas regionales y distinguirse por la calidad asistencial, docente e investigadora.

Con tal fin adquiere los siguientes compromisos:

- Acercamiento continuo hacia la calidad con los diferentes usuarios de urgencias como referencia, cumpliendo con sus requisitos y conociendo sus necesidades para conseguir su satisfacción
- Adecuar los recursos financieros a su actividad
- Desarrollo de sistema de comunicación con la Jefatura de Servicio de Pediatría y la Dirección del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
- Potenciar la organización por procesos como vía de mejora
- Implicación de las personas, fomentando su participación en la mejora continua, así como potenciando la formación, adaptación y motivación del personal
- Potenciar la investigación clínica
- Utilizar protocolos de diagnóstico y tratamiento de amplia aceptación internacional, adaptados a la medicina basada en pruebas
- Compromiso de cumplir con los requisitos legales y reglamentarios que son de aplicación en el Servicio

- Compromiso de ser evaluados por auditorías internas o externas

3.- Valores

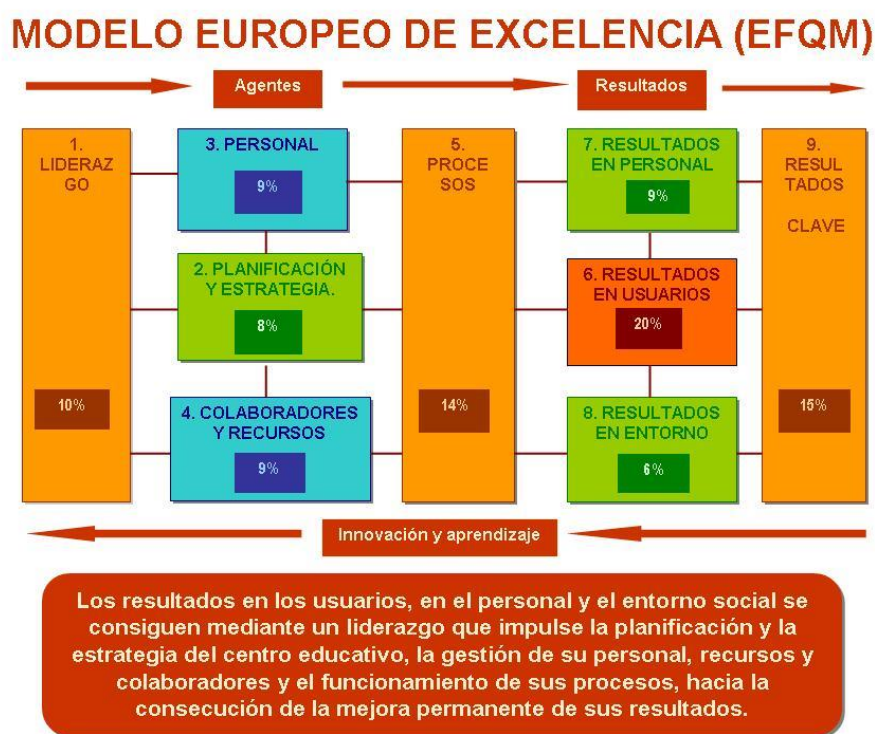
Urgencias de Pediatría se identifica con una serie de valores propios y otros vinculados a los del hospital y área de salud donde ejerce su asistencia. Estos valores pertenecen a su propia cultura y en otros casos, aunque están presentes, deben fortalecerse:

- Trato personalizado
- Vocación de servicio público
- Solidaridad
- Calidad
- Profesionalidad
- Trabajo en equipo
- Ética social
- Equidad
- Cultura participativa
- Actitud crítica
- Identificación con la organización

El Plan Estratégico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca plantea una serie de acciones y objetivos alineados con el modelo EQFM de calidad total.

El modelo EQFM ⁽²⁴⁾ divide a la organización en nueve partes denominadas criterios. Cinco de estos criterios se denominan “Agentes facilitadores” (Liderazgo, Personas, Estrategia, Alianzas y Recursos y Procesos). Los criterios que hacen referencia a un agente facilitador tratan sobre lo que la organización hace y como lo hace. Los otros cuatro se denominan “Resultados” (Resultados de Clientes, en personas, en la Sociedad y Resultados claves) y hacen referencia a lo que la organización consigue

Imagen 14. Modelo EFQM



El plan estratégico se articula en torno a los agentes facilitadores, estos dan especial transcendencia a las personas, la estrategia, las alianzas facilitando la generación de una organización con liderazgo interno y apoyada sobre procesos de gestión.

V.b.- LINEAS ESTRATÉGICAS

Este documento estratégico de Urgencias de Pediatría del HCUVA se articulará en torno a los agentes facilitadores del modelo EQFM, en consonancia con las Estrategias 2015 del SMS ⁽⁴⁾ y el Plan Estratégico del Area 1 Murcia-Oeste 2015⁽⁶⁾.

Para cada uno de los ejes estratégicos se diseñan diferentes líneas de actuación y para éstas objetivos a conseguir. Los objetivos llevarán asociados plan de acción. Para cada objetivo se detallarán un calendario de actuación, responsable operativo e indicadores de medición

Eje	Linea Estratégica	Objetivo operativo
Liderazgo	3	6
Estrategia	5	13
Personas	5	12
Alianzas y recursos	4	8
Procesos	2	5
TOTAL	19	44

1.- Eje Estratégico: LIDERAZGO

1.1.- Potenciar la especialización de urgencias de pediatría dentro del Servicio de Pediatría y a nivel hospitalario

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.1.a.- Establecer una cartera de servicios de Urgencias de Pediatría

La acción de este objetivo es proponer una cartera de servicios de la Sección de Urgencias de Pediatría, desarrollada en tres ámbitos de actuación: asistencia, docencia e investigación

a. Oferta asistencial

- Area de triaje:

- Clasificación de los pacientes por nivel de gravedad (5 niveles), utilizando la versión pediátrica del Sistema Canadiense de Triage
- Inicio de la atención al paciente inestable

- Administración de tratamientos sintomáticos (analgésicos, antitérmicos, solución de rehidratación oral, gel anestésico para heridas, etc.) a la espera de la valoración médica
- Sala de Atención Inmediata (Sala de Estabilización): asistencia de pacientes con criterios establecidos:
 - PCR
 - Nivel triage I
 - Convulsión activa o cuadro postictal
 - Uso de medicación supresora SNC
 - Coma o TCE con SCG < 13
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Dificultad respiratoria extrema o necesidad de apertura de vía aérea
 - Drenaje de neumotorax o derrame pleural
 - Uso de fármacos antiarrítmicos
 - Quemadura > 30% superficie corporal
 - Acidosis metabólica grave (pH < 7,10)
- Área de urgencias:
 - Patología médico-quirúrgica urgente. Niveles de gravedad III (urgente) y II (muy urgente)
- Área ambulatoria:
 - Patología médico-quirúrgica de baja gravedad. Niveles de gravedad IV (menos urgente) y V (no urgente)
- Sala de técnicas traumatológicas y quirúrgicas:
 - Reparación de heridas
 - Drenaje de abscesos
 - Toracocentesis/Artrocentesis diagnósticas y terapéuticas
 - Colocación de vendajes semirígidos
 - Reducción de fracturas y colocación de yesos
 - Procedimientos de sedo-analgésia menores y mayores
 - Extracción de cuerpos extraños
 - Atención traumatismos dentales
- Sala de Observación

- Observación y tratamiento de pacientes con patología médico-quirúrgica hasta un máximo de 24 horas
- Técnicas de diagnóstico y tratamiento
 - Procedimientos de analgesia-sedación
 - Secuencia rápida de intubación
 - Punción intraósea
 - Punción lumbar
 - Punción de reservorio de shunt de derivación ventrículo-peritoneal
 - Toracocentesis
 - Pulsioximetría
 - Electrocardiograma
 - Ventilación con mascarilla y bolsa
 - Oxigenoterapia/Sistemas de oxigenación de alto flujo
 - Inhalación de fármacos
 - Sutura de heridas/Reparación de heridas con pegamento biológico
 - Reducción de hernia incarcerada
 - Reducción de parafimosis
 - Extracción de cuerpo extraño en nariz
 - Extracción de cuerpo extraño en oído
 - Inmovilización de extremidades
 - Artrocentesis evacuadora
 - Oftalmoscopia directa
 - Examen con fluoresceína y luz azul cobalto
 - Reimplantación de dientes luxados-avulsionados
 - Acceso venoso

b. Oferta docente

- Docencia Universitaria en Departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Facultad de Medicina de Murcia (4º y 6º curso)
- Formación en Urgencia para el residente de Pediatría

- Formación específica para el residente de Pediatría con formación específica en Urgencias de Pediatría
 - Formación en Urgencias para el residente de Medicina de Familia y Comunitaria
 - Cursos de formación específicos en urgencias y emergencias para pediatras y médicos de emergencias extrahospitalarias
 - Curso RCP Pediátrica básica y avanzada
 - Curso Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP)
 - Curso de sedoanalgesia para procedimientos dolorosos
 - Curso de simulación robótica en emergencia pediátrica
 - Curso básico de urgencias de pediatría
 - Curso de introducción en urgencias de pediatría para el residente de Pediatría y Medicina de Familia y Comunitaria
 - Curso de técnicas de enfermería en urgencias de pediatría
- c. Oferta investigadora
- Líneas de investigación activas
 - Participación en Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RiSEUP)
 - Innovación

1.1.b.- Elevar a la Jefatura de Servicio de Pediatría y la Dirección del HCUVA el documento resultante buscando el reconocimiento institucional

Se solicitará la evaluación y aprobación de la cartera de servicios de urgencias de pediatría del HCUVA, así como la publicación de la misma en portal informático del Area de Salud 1 (Arrinet)

1.2.- Establecer el perfil de competencias para el pediatra de urgencias

OBJETIVOS OPERATIVOS

1.2.a.- Identificar las competencias del pediatra de urgencias

Las competencias del pediatra de urgencias vienen especificadas en las Normas y Estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y

centros de instrucción en medicina de urgencias pediátricas⁽¹⁾. Dichas competencias son: manejo de emergencias vitales, manejo de urgencias médicas (patología infecciosa, trastornos gastrointestinales y hepáticos, patología respiratoria, patología neurológica, problemas cardiacos, patología nefrourológica, trastornos hidroelectrolíticos), manejo de la urgencia traumatológica y quirúrgica no traumática, manejo del dolor y sedoanalgesia, urgencias psicosociales, asuntos médico-legales, organización administrativa y triaje, decencia e investigación y calidad asistencial

En dichas normas se especifican, además de las competencias clínicas, los cursos mínimos que deberían realizarse para la obtención de una acreditación en urgencias de pediatría, que son:

- Reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal (RCP)
- Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico (AITP)
- APLS de la Academia Americana de Pediatría
- Simulación en Emergencia Pediátrica
- Sedoanalgesia

1.2.b.- Desarrollo de un plan formativo para la adquisición de competencias al pediatra de urgencias y al pediatra que realiza guardias en urgencias

Parte de los integrantes en la plantilla actual de urgencias son instructores nacionales en RCP y AITP, además de contar con amplia experiencia docente, por lo que gran parte de la adquisición de las competencias establecidas se pueden realizar desde la unidad

Curso	Perioricidad	Destinatarios
RCP pediátrica y neonatal (25 horas)	Anual	*Pediatra de la sección o que realice guardia en urgencias que no disponga de curso actualizado 5 años previo *Enfermero de la Sección de Urgencias que no disponga de curso actualizado 5 años previo *Residente de Pediatría *Residente de Enfermería

		Pediátrica
AITP (20 horas)	Anual	*Pediatra de la sección o que realice guardia en urgencias que no disponga del curso *Enfermero de la Sección de Urgencias que no disponga del curso *Residente de Pediatría *Residente de Enfermería Pediátrica
APLS (30 horas)	4 años	*Pediatra de la sección o que realice guardia en urgencias que no disponga del curso *Residente de Pediatría
Simulación en Emergencia (40 horas)	Anual	*Pediatra de la sección o que realice guardia en urgencias que no disponga del curso *Enfermero de la Sección de Urgencias que no disponga de curso *Residente de Pediatría *Residente de Enfermería Pediátrica
Curso de sedoanalgesia (15 horas)	Semestral	*Pediatra de la sección o que realice guardia en urgencias que no disponga del curso *Enfermero de la Sección de Urgencias que no disponga de curso *Residente de Pediatría *Residente de Enfermería Pediátrica

1.3.- Establecer líneas de liderazgo por procesos dentro de urgencias

OBJETIVOS:

1.3.a.- Nominar líderes por procesos de urgencias

Dentro de la Sección de Urgencias se establecen procesos asistenciales distintos con competencias concretas. La nominación de responsables médicos y de enfermería que orienten protocolización e innovación dentro de cada uno mejoraría la motivación del personal y la calidad de los mismos

Proceso	Responsable médico	Responsable enfermería
Triaje	Encarna Bastida	Juan García
Emergencia	Sara Moralo	Alfonso Llamas
Sala de Observación	Carmen Solano	Eva García
Consulta de Alta Resolución	Jose Rodríguez	Laura Camacho
Docencia y tutoría de residentes	Carlos Pérez	Pilar Madroñal
Investigación, innovación y calidad	Carlos Pérez	Lola Beteta

1.3.b.- Establecer reuniones periódicas con responsables de procesos

Fijar reuniones trimestrales con responsables de los procesos para concretar objetivos y evaluar indicadores

2.- Eje Estratégico: ESTRATEGIA

2.1.- Mejorar la comunicación con grupos de interés

OBJETIVOS

2.1.a.- Fijar objetivos anuales con la Dirección Médica y Jefatura de Servicio de Pediatría

- Objetivos asistenciales:
 - o Mantener ingresos hospitalarios procedentes de urgencias < 4,5%
 - o Altas desde Sala de Observación de Urgencias > 70%
 - o Adecuar al estándar el tiempo de espera de la primera consulta facultativa según niveles de triaje

- Tiempos medios de permanencia en urgencias
- Mortalidad en servicio de urgencias
- Objetivos financieros
 - Ponderar gastos de la unidad a las referencias regionales de precios públicos a satisfacer por la prestación de servicios por los centros dependientes del SMS, establecidos en la Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015⁽²⁵⁾
 - Estancia en cama de observación de urgencias: 285,75 euros
 - Urgencia: 205,75 euros
 - Primera consulta: 171,45 euros
 - Consulta sucesiva: 102,88 euros
- Objetivos de sostenibilidad.
 - Adecuar las exploraciones complementarias a las indicaciones de los protocolos de la sección
 - Adecuar las interconsultas urgentes a las indicaciones de los protocolos de la sección

2.1.b.- Elaborar un plan de comunicación interna de la unidad

Asamblea informativa anual de la Sección de Urgencias con el personal sanitario facultativo y no facultativo y el personal no sanitario con los siguientes fines:

- Informar sobre los objetivos acordados con la Dirección Médica
- Valorar las encuestas de satisfacción de usuarios y personal
- Valorar la evolución de indicadores

2.1.c.- Crear grupos de trabajo con hospitalización, cuidados intensivos y consultas

2.1.d.- Desarrollar una página web de urgencias de pediatría

Crear una página web de urgencias con un perfil para el profesional con información sobre misión, visión y valores de urgencias, protocolos de la

sección, formación continuada, cursos de interés regionales y nacionales y enlaces de interés. Integrar un perfil para el usuario que comparta la información de misión, visión y valores de urgencias, hojas de información por patologías, consejos nutricionales y enlaces a páginas web de asociaciones de enfermos de la Región de Murcia, así como un buzón de sugerencias

2.2.- Desarrollar indicadores clave

OBJETIVOS

2.2.a.- Definir indicadores clave

Se definirán indicadores clave definidos como de actividad en los Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría⁽²⁶⁾, indicadores establecidos en el Manual de Triage de Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces⁽²⁷⁾ y en documento interno de Gestión de la atención de pacientes en Urgencias del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)⁽²⁸⁾

INDICADOR	FUENTE INFORMACIÓN	PERIODECIDAD
INDICADORES DE PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES		
% valoración positiva de la competencia profesional	Encuesta satisfacción Unidad Calidad Asistencial HCUVA	Anual
% valoración positiva en la asistencia recibida	Encuesta satisfacción Unidad Calidad Asistencial HCUVA	Anual
% valoración positiva de la información dada por el personal sanitario	Encuesta satisfacción Unidad Calidad Asistencial HCUVA	Anual
Nº quejas/1000 visitas	Servicio Atención Usuario	Trimestral
Nº reclamaciones/1000 visitas	Servicio Atención Usuario	Trimestral
Nº agradecimientos/1000 visitas	Servicio Atención Usuario	Trimestral
INDICADORES DE RESULTADO CLAVE		
Nº de pacientes atendidos	Programa informático de gestión de pacientes	Diario
% de pacientes atendidos por día semana	Programa informático de gestión de pacientes	Semanal

Tiempo medio de espera desde admisión hasta triaje	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con espera de admisión hasta triaje > 15 minutos	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con asignación de nivel de triaje 2	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Tiempo medio de espera de asistencia médica de pacientes con nivel 2	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con nivel 2 con espera de asistencia médica > 15 min	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con asignación de nivel de triaje 3	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Tiempo medio de espera de asistencia médica de pacientes con nivel 3	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con nivel 3 con espera de asistencia médica > 30 min	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con asignación de nivel de triaje 4	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Tiempo medio de espera de asistencia médica de pacientes con nivel 4	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con nivel 4 con espera de asistencia médica > 60 min	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% de pacientes con asignación de nivel de triaje 5	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Tiempo medio de espera de asistencia médica de pacientes	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual

con nivel 5		
% de pacientes con nivel 5 con espera de asistencia médica > 120 min	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Tasa de hospitalización global	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
% fugas	Programa informático de gestión de pacientes	Mensual
Nº pacientes ingresados en Sala de Observación de Urgencias	Registro interno	Mensual
% altas a domicilio desde Sala de Observación de Urgencias	Registro interno	Mensual
Readmisiones a las 72 horas	Programa informático de gestión de pacientes	Trimestral
Readmisiones con ingreso hospitalario	Programa informático de gestión de pacientes	Trimestral
Número de errores o casi errores registrados	Programa institucional de notificación de incidentes (SINASP)	Semestral

2.2.b.- Orientar la gestión a la evaluación y mejora de indicadores clave

2.3.- Mejorar en calidad y seguridad del paciente

El paciente que acude a urgencias de pediatría debe ser el eje de nuestras actuaciones, por lo que estas deben tener presentes los principios de universalidad, solidaridad, equidad y participación. Ofrecer un servicio de calidad, afianzar la seguridad del profesional y disminuir la variabilidad en la práctica clínica pasan por ser los elementos básicos irrenunciables. La implicación del usuario de urgencias exige una mayor información de las actuaciones para hacerle partícipe de la gestión de los recursos.

OBJETIVOS:

2.3.a.- Instaurar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de urgencias

El Servicio Murciano de Salud (SMS), a través del Plan de acción para la mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia (PMSP) 2012/2016⁽⁸⁾ pretende proyectar líneas de actuación destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria. Las líneas estratégicas propuestas son: promover la cultura de seguridad en el SMS, potenciar la evaluación continua de la seguridad de nuestros centros y servicios, mejorar la seguridad del paciente, fomentar la participación ciudadana, realizar investigación sobre seguridad del paciente en nuestra Comunidad Autónoma, línea de seguridad del paciente de Salud Mental y orientar toda la estructura y organización del SMS hacia la seguridad del paciente.

Adecuar la gestión de la sección de urgencias a las líneas estratégicas del SMS es uno de los objetivos de esta línea estratégica. Para ello se desarrollarán las siguientes acciones:

1. Análisis de los conocimientos del personal sanitario sobre seguridad del paciente a través de la realización de cuestionario validado. Se elige por fiabilidad y posibilidad de comparación la versión española del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)⁽²⁹⁾
2. Potenciar actividades actuales vinculadas a la seguridad del paciente:
 - a. Triage
 - b. Historia clínica informatizada
 - c. Identificación de pacientes
 - d. Programa de prescripción de medicación al paciente ingresado
3. Puesta en marcha de nuevas medidas destinadas a la mejora en la seguridad:
 - a. Pase de guardia estructurado
 - b. Introducir formularios externos de realización manual a programa informático institucional (SELENE): maltrato infantil, parte de lesiones, sedoanalgesia para procedimientos.
4. Mejorar la formación en sistemas de notificación
5. Creación de la figura del responsable en seguridad del paciente de la Sección

2.3.b.- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica

La variabilidad clínica en la urgencia hospitalaria es elevada, en mayor proporción si se trata de unidades donde el personal médico realiza un trabajo asistencial de guardia y no depende específicamente del servicio. Esta variabilidad trae consigo diferencias en los criterios de exploraciones complementarias, derivación o criterios de ingreso hospitalario.

Para tal fin se desarrollarán las siguientes acciones:

1. Protocolización de la sección según patología prevalente
2. Protocolización de criterios de ingreso por patología
3. Desarrollar la Formación Continuada de Urgencias de Pediatría

2.4.- Orientar la atención hacia el usuario

OBJETIVOS

2.4.a.- Fomentar el acompañamiento de los familiares en todo el proceso asistencial del niño

Siguiendo las indicaciones de la Carta Europea de los Niños Hospitalizados⁽³⁰⁾, en su derecho 3 expone que el niño tiene derecho a permanecer con sus padres. Se trata de incorporar a la familia plenamente al proceso asistencial del niño, tanto en lo referente a su cuidado como en la toma de decisiones.

Para tal objetivo se plantean las siguientes acciones:

1. Fomentar la presencia de padres durante la realización de técnicas
2. Adecuar el acceso confortable de familiares en la Sala de Observación de Urgencias

2.4.b.- Mejorar el confort

Para este objetivo se plantean las siguientes acciones:

1. Adecuar las salas de espera con juegos educativos e información para familiares en paneles y pantallas
2. Crear una sala de lactancia adyacente a la sala de espera de urgencias
3. Publicar tiempos orientativos de espera por niveles de triaje

2.4.c.- Mejorar la participación de familiares en el proceso asistencial

Para este objetivo se plantean las siguientes acciones:

1. Creación de formularios de consentimiento informado específico de técnicas y procedimientos de urgencias de pediatría que queden publicados en el portal de documentos de consentimiento informado del HCUVA
2. Adecuar la información a las necesidades del paciente y familiares utilizando hojas informativas de la Sociedad de Pediatría de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría⁽³¹⁾ por patología y en distintos idiomas

2.5.- Asegurar la sostenibilidad

OBJETIVOS

2.5.a.- Mejorar la continuidad asistencial entre urgencias y atención primaria

Para este objetivo se plantean las siguientes acciones:

1. Capacitar a los pediatras de atención primaria de las Areas de Salud 6 y 7 del SMS la entrada al servidor del Area 1 (informes, radiología, laboratorio y microbiología) del programa informático de gestión de pacientes del Servicio Murciano de Salud (SELENE)

El HCUVA es hospital de referencia pediátrico para los pediatras de las Areas 1, 6 y 7, sin embargo, gran parte de ellos no tienen acceso a consultad de informes clínicos, microbiología y laboratorio. Solicitar el permiso para acceso a estos pediatras a través de la Coordinación Regional de Pediatría sería la acción para este objetivo

2. Creación de rutas asistenciales para patologías más prevalentes que precisan seguimiento continuo ambulatorio

Existe una serie de patologías subagudas pediátricas que se benefician de un seguimiento continuo mixto entre el ámbito hospitalario y atención primaria. La capacidad de seguimiento continuo y la posibilidad de valoración de exámenes

complementarios vinculados a la asistencia hospitalaria urgente mejorarían la asistencia a estos pacientes y redundaría en menor asistencia a urgencias y en la probable disminución de ingreso hospitalario. Se propone iniciar rutas asistenciales con

- Síndrome febril sin focalidad en lactante 3-24 meses
- Manejo de la adenopatía
- Pielonefritis aguda en el paciente > 6 meses

2.5.b.- Racionalizar la prescripción de medicamentos

Acciones para este objetivo

1. Protocolizar la indicación de antibioterapia, dosis y tiempo por patología infecciosa

3.- Eje Estratégico: PERSONAS

3.1.- Aumentar la motivación de los profesionales

OBJETIVOS:

3.1.a.- Conocer el grado de satisfacción y expectativas de los profesionales de urgencias

Acciones para este objetivo

1. Realización de encuesta anual con cuestionario interno predefinido
2. Entrevista motivacional con profesional de nueva incorporación a la sección

3.1.b.- Consensuar con los trabajadores y la Dirección Médica recompensas según objetivos

Dado que, en la actualidad, no se capacita el pago por objetivos, se plantea la consecución de “pago” en horas libres según consecución de objetivos individuales

3.2.- Desarrollar sistemas de trabajo en base a competencias y necesidades asistenciales

OBJETIVOS:

3.2.a.- Adecuar el trabajo según competencias.

Para ello se pretende establecer puestos diferenciados:

- a. Pediatra destinado a coordinación general y gestor de colas (destinado a distribución de recursos humanos en caso de alta demanda), responsable de emergencia y sala de observación de urgencias
- b. Pediatra destinado a coordinar y supervisar pacientes con niveles de triaje 2 y 3
- c. Pediatra destinado a coordinar y supervisar pacientes con niveles de triaje 4 y 5

Adecuar el trabajo durante los turnos de enfermería con puestos diferenciados (intercambiables):

- d. Enfermero destinado a triaje
- e. Enfermero destinado a Sala de Observación de Urgencias
- f. Enfermero destinado a técnicas traumatológicas y quirúrgicas
- g. 2 enfermeros destinados a control de enfermería, técnicas de enfermería y asistencia a la emergencia

3.2.b.- Adecuar el trabajo según necesidades asistenciales

La actividad asistencial en urgencias no es uniforme, de tal manera que existe una gran variabilidad diaria, semanal y estacional. En nuestra Sección se definen picos de máxima asistencia durante el horario de 17 a 23 horas, fines de semana y los meses de Diciembre a Marzo. La posibilidad de adecuar personal a estos tramos de asistencia mejoraría la misma disminuyendo tiempos de espera.

El trabajo del pediatra de urgencias en turnicidad disminuye el cansancio, lo que lleva consigo la reducción de posibles errores y mejora en la seguridad del paciente. No obstante, adecuar el trabajo médico exclusivamente en turnicidad implica la contratación de gran número de facultativos, lo que se hace inviable actualmente debido a la coyuntura económica.

Para este objetivo se plantearán las siguientes acciones.

1. Obtener gráfica con flujo de pacientes por hora y día de la semana para análisis semanal y toma de decisiones rápida para reforzar el servicio

2. Trasformar el trabajo actual del pediatra de urgencias en turno de mañana exclusivamente a turno de mañana y tarde con el fin de reforzar el tramo de tarde en día de semana
3. Aumentar en 1 pediatra la guardia del fin de semana, dado el aumento en carga asistencial durante este periodo de tiempo y el aumento del número de número de pacientes y mayor complejidad del servicio (ver el apartado de necesidad de personal)
4. Crear la figura del pediatra coordinador de urgencias durante la guardia médica. Este perfil sería el de un pediatra con formación específica en urgencias, capacitación ante la emergencia, técnicas específicas y sedoanalgesia. Su función, aparte de la meramente asistencial, sería gestionar la sección durante la guardia médica, tomando la decisión final de distribución de recursos por áreas y de ingreso hospitalario, así como la gestor de espera, decidiendo de forma dinámica el orden de atención de pacientes en momentos de sobresaturación

3.3.- Desarrollar el plan de formación continuada de la unidad

OBJETIVOS

3.3.a.- Desarrollar la Formación del residente de Pediatría por Urgencias

Implantar un Programa de Formación del Residente de Pediatría en Urgencias, programa en vías de implementación actual

3.3.b.- Consensuar programa formativo para la especialización en urgencias de pediatría

Siguiendo los estándares de acreditación para servicios de urgencia pediátricos de SEUP⁽¹⁾ y el documento “The European Syllabus for Paediatrics Emergency Medicine”⁽³²⁾ editado por European Academy of Paediatrics.

3.3.c.- Desarrollar un Plan de Formación continuada de Urgencias

Cursos a incluir:

- a. Curso de RCP
- b. Curso AITP
- c. Curso de simulación en emergencia pediátrica
- d. Curso de sedonalgesia para procedimientos dolorosos
- e. Curso básico de urgencias
- f. Curso de técnicas básicas quirúrgicas y traumatológicas
- g. Curso de triaje para enfermería
- h. Curso de técnicas de enfermería

Todo ello integrado en un calendario docente cuatrimestral publicitado para la totalidad de los trabajadores de la sección

3.4.- Fomentar la identidad de la sección

OBJETIVOS

3.4.a.- Plan de acogida al residente de la unidad

Acciones:

1. Curso básico de urgencias para el residente de primer año de pediatría y de enfermería pediátrica
2. “Día de acogida en urgencias” al residente de primer año en el cual se enseñará la unidad y las especificaciones del trabajo por procesos, dándole un manual de protocolos y calendario docente de la sección

3.4.b.- Plan acogida al enfermero de urgencias

Dada la no especialización actual de enfermería de urgencias, en caso de nueva incorporación de un enfermero a la sección, se consensuará con la supervisión de enfermería y la Dirección de Enfermería la necesidad de realización del curso de formación de enfermería de urgencias y curso de triaje, así como la supervisión de las actividades durante los primeros 3 turnos de trabajo

3.4.c.- Unificar la imagen y diseño de los documentos de urgencias de pediatría con logo identificativo

3.5.- Desarrollar un modelo de prevención y seguridad del trabajador enmarcado dentro del plan hospitalario

OBJETIVOS:

3.5.a.- Crear el responsable de prevención de la sección

Consensuar con la supervisión de enfermería un enfermero que se capacite y esté en contacto con el Comité de Seguridad del HCUVA

3.5.b.- Promover acciones formativas en materia de prevención

4.- Eje Estratégico: ALIANZAS Y RECURSOS

4.1.- Aumentar vínculos con la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

OBJETIVOS

4.1.a.- Solicitar la adscripción como profesor colaborador de los pediatras adscritos a urgencias de pediatría, así como motivar en la consecución de profesor asociado

4.1.b.- Reorientar el programa formativo de pregrado en urgencias de pediatría

El estudiante de medicina de la Universidad de Murcia realiza prácticas clínicas en Urgencias de Pediatría durante 5 días en 4º curso y 3 semanas durante 6º curso.

Las acciones para este objetivo serían:

1. Reorientar los objetivos formativos con el Departamento de Pediatría con objetivos diferenciados para estos dos tramos de formación preclínica
2. Introducir al estudiante de 6º curso en la parte asistencial con supervisión completa

4.2.- Fomentar la investigación

OBJETIVOS

4.2.a.- Crear líneas de investigación en urgencias vinculadas a necesidades de la sección o estudios nacionales

Acciones para este objetivo

1. Crear líneas de investigación según el perfil del investigador principal incorporando a residentes del servicio de pediatría.

2. El responsable de cada línea estará en contacto con la línea paralela (si así existiera) de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
3. Realizar reuniones semestrales entre el coordinador de calidad, investigación e innovación y los responsables de las líneas de investigación

4.2.b.- Aumentar la participación en la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Acciones para este objetivo

1. Introducir miembros de la sección de urgencias de pediatría en grupos de trabajo de SEUP
2. Cooperar con la Red Investigación de SEUP (RiSEUP) en trabajos multicéntricos nacionales

4.3.- Impulsar el compromiso social

OBJETIVOS

4.3.a.- Charlas educativas a colegios del Area, vehiculizadas a través de Ayuntamientos

- RCP Pediátrica básica
- Información a padres y alumnos sobre prevención y manejo de accidentes

4.3.b.- Charlas educativas a padres de niños con necesidades especiales, vehiculizadas a través de Asociaciones de Enfermos

4.4.- Incrementar la eficiencia de resultados

OBJETIVOS

4.4.a.- Desarrollar un plan de necesidad de incorporación de nuevas tecnologías para los próximos años

El trabajo multidisciplinar y la especialización en urgencias abre paso a la solicitud de introducción de nuevas tecnología. Debido al precio de estas incorporaciones, es preciso un estudio previo de necesidades y capacitación del personal en estas tecnologías.

La acción para este objetivo es la creación de un equipo de trabajo que eleve propuestas formales a la Dirección Médica sobre la necesidad de incorporación de nuevas tecnologías, tras estudio de indicaciones de uso y necesidad clínica.

La tecnología que no dispone actualmente urgencias de pediatría y es preciso evaluar su incorporación sería:

- Ecógrafo (realización de eco-fast, técnica introducida en gran parte de las urgencias nacionales)
- Sistema de monitorización central para la nueva Sala de Observación de Urgencias
- Monitorización con sistemas de medición invasiva
- Capnografía (técnicas de sedoanalgesia, emergencia y seguimiento de patología aguda bronquial)
- Sistemas de oxigenoterapia de alto flujo

4.4.b.- Ordenar el criterio de ingreso y el uso de exploraciones complementarias por patología

El mayor gasto que se asume desde las urgencias pediátricas es el el uso no en base a evidencia de exploraciones complementarias y en los ingresos inadecuados. Según la “Evaluación del uso adecuado de la hospitalización en una población pediátrica de la Región de Murcia”⁽³⁴⁾ el 17,8% de los ingresos de los ingresos de pediatría de un hospital terciario docente eran inadecuados, así como el 42,1% de las estancias hospitalarias

Las acciones que se establecen para este objetivo son:

- Conocer el porcentaje de exploraciones complementarias realizadas en urgencias y el perfil del solicitante
- Protocolizar uso de exploraciones complementarias por patología
- Protocolizar criterios de ingreso hospitalario por patología

5.- Eje Estratégico: PROCESOS

5.1.- Desarrollo de procesos organizativos

OBJETIVOS

5.1.a.- Implantar y desplegar la totalidad de los procesos organizativos

Urgencias de pediatría del HCUVA, como se ha indicado en análisis estratégico, cuenta con estructuras distintas en su circuito de trabajo, estructuras que aumentarán con la nueva disposición de urgencias.

Parcelar la gestión de la sección en estas estructuras y nominar responsables de su seguimiento es acción de este objetivo

a. Triaje:

Las acciones vinculadas al triaje serían:

- Nominar un responsable médico y de enfermería para su gestión
- Nominar un responsable de triaje por turno. Cada turno de enfermería debe estar dotado, de al menos, 2 enfermeros capacitados en triar
- Sistemática de clasificación: protocolo escrito que especifica la forma en que se deben clasificar los pacientes. Debe contemplar el tiempo máximo de clasificación, el lugar donde se debe efectuar, la persona encargada, los niveles de priorización establecidos mediante algoritmos y la actitud a seguir según el nivel de priorización
- Definir criterios claros de apertura de un segundo reconocimiento de triaje y criterios de retriaje
- Continuar con la profesionalización del equipo de enfermería en triaje con incremento de sus competencias. Establecer criterios de formación en triaje del personal de enfermería antes de su capacitación y que estos queden definidos en la Dirección de Enfermería del Hospital
- Evaluación periódica (trimestral) del triaje mediante datos obtenidos en Selene: Tiempo de pretriaje, tiempo de triaje, periodo de tiempo de apertura de segunda sala de triaje, porcentaje de retriajes.
- Fomentar y potenciar la actual labor de investigación en triaje
- Mejorar el nivel de satisfacción de pacientes y familiares mediante paneles informativos del circuito de triaje

b. Sala de Atención Inmediata (Sala de Estabilización)

- Nominar un responsable médico y de enfermería para su gestión
- Sistematización en la atención al paciente grave mediante:

- * Diseño y formación en coordinación de un equipo de emergencia (2 médicos, 2 enfermeros, 1 auxiliar, 1 celador)

- * Dotación y revisión de material necesario con check-list diario, incorporación de fármacos no de carro de parada y sistemas de monitorización-tratamiento.

- * Criterios de uso por patología de la Sala de Atención Inmediata

- * Algoritmos visibles sobre actuación en patología crítica (definido como indicador de calidad de Servicios de Urgencias)

- * Creación de tablas de medicación y material por peso según patología crítica

- Formación específica al personal con actividad asistencial en Urgencias:

- * Protocolos de críticos (parada cardiorespiratoria, sepsis-shock séptico, traumatismo craneoencefálico grave, estatus convulsivo, anafilaxia)

- * Talleres de simulación robótica avanzada

- Registro de pacientes con tiempo de estancia, recursos utilizados y destino de los pacientes atendidos en esta sala

c. Sala de Observación de Urgencias:

- Nominar un responsable médico y de enfermería para su gestión
- Nombramiento de un responsable médico de la Sala de Observación durante la guardia
- Protocolización de los criterios de ingreso y alta
- Protocolización específica de los pacientes ingresados con necesidades de monitorización y aislamiento por patología
- Mejorar la accesibilidad y confort de acompañantes
- Dotar de un registro con identificación específica en el sistema informático de nuestro hospital (Selene) a los pacientes admitidos en esta Sala para un mejor control y conocimiento de su labor

- Estructurar y potenciar la labor investigadora con la creación de base de datos específica de esta área

d. Area de Diagnóstico y Tratamiento

- Nominar un responsable médico y de enfermería para su gestión
- Definir algoritmos a tener expuestos en los reconocimientos médicos
- Definir técnicas a realizar en Sala de Técnicas de Enfermería
- Coordinación de estrategias de trabajo en caso de pico asistencial. Definir circuitos de trabajo alternativos en pico asistencial o en situación de catástrofe
- Dotar la apertura de Sala de Yesos y Quirofanillo con material necesario y consensuar con Cirugía y Traumatología Infantil técnicas a realizar en estas instalaciones
- Establecer circuito alternativo asistencial en caso de fallo de sistema informático

e. Docencia

- Desarrollo de un plan específico de formación universitaria en Urgencias Pediátricas de acuerdo con el Departamento de Pediatría de la Universidad de Murcia
- Establecer cooperación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia en simulación robótica
- Desarrollo e implantación de un plan de formación MIR en urgencias de pediatría con un sistema de evaluación basado en la adquisición de competencias
- Desarrollo de un plan completo para la formación en la subespecialidad de urgencias pediátricas
- Incremento de la oferta formativa en urgencias pediátricas para MIR de Pediatría y pediatras de otros hospitales
- Introducción de la simulación robótica dentro de la formación MIR
- Formación continuada para trabajadores de Urgencias de Pediatría
- Plan de formación continuada para el staff de nueva incorporación

- Plan de adaptación al enfermero de nueva incorporación
- Curso anual de actualización en procedimientos de actuación, técnicas básicas, instrumentación y farmacología en Urgencias Pediátricas
- Introducción de la simulación robótica dentro de la formación continuada de trabajadores de Urgencias de Pediatría
- Implantación de cursos de analgesia y sedación, RCP pediátrica, AITP (Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico) y APLS (Advanced Pediatric Life Support) de la AAP

5.1.b.- Aumentar la oferta de servicios

La misión actual de Urgencias de Pediatría es la de atender con prontitud las emergencias y urgencias médicas, quirúrgicas y traumatológicas, derivadas de accidentes o enfermedades, de los niños entre 0 y 11 años, de manera integral y continuada, las 24 horas del día de todos los días del año. Para ello dispone de personal e instalaciones capacitadas en la valoración de pacientes, estabilización clínica y observación médica y quirúrgica durante un tiempo máximo de 24 horas. Además se asisten la sutura de heridas no complejas por cirujano infantil, mientras que la urgencia traumatológica es derivada a urgencias de traumatología no vinculadas a la sección de urgencias de pediatría

El aumento en la oferta de servicios va orientado a las nuevas instalaciones, así como a la mayor demanda de asistencia continuada

Las oferta de servicios a aumentar serían:

a. Aumentar la edad pediátrica asistida

Como se indicó en el análisis estratégico es objetivo de la Consejería de Sanidad y Política Social de Región de Murcia, en base al II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia, el aumento de la edad de asistencia pediátrica hospitalaria, al menos a los 14 años y hasta los 18 en patología crónica como el paciente oncológico

Según análisis de pacientes entre 11 y 14 años asistidos en las urgencias generales de hospitales de referencia de las Areas de Salud 1, 6 y 7, esto supondría un aumento de más de 8.000 asistencias/año a urgencias de pediatría

b. Crear una Consulta de Alta Resolución (CAR) dependiente de urgencias de pediatría

Gran parte de la patología pediátrica es aguda o subaguda por lo que la puesta en marcha de una consulta capaz de realizar un seguimiento en corto espacio de tiempo mejoraría la calidad asistencial y disminuiría el porcentaje de ingresos por estos cuadros. En la actualidad, Urgencias de Pediatría realiza seguimiento de lactantes con fiebre sin focalidad en franja de edad de mayor incidencia en infecciones bacterianas potencialmente graves y seguimiento de pacientes con diagnóstico clínico de pielonefritis, que han sido, junto al aumento de porcentaje de ingresos en Sala de Observación de Urgencias, los responsables de la disminución de ingreso en planta de hospitalización desde Urgencias. El aumento de la patología a valorar con la creación de una Consulta de Alta Resolución llevaría consigo una potencial reducción de los ingresos hospitalarios. La patología a valorar en esta Consulta serían:

Manejo ambulatorio del lactante con fiebre sin focalidad entre 1 y 24 meses (criterios establecidos)

Manejo ambulatorio del paciente pediátrico con diagnóstico de pielonefritis

Manejo ambulatorio de la fiebre de origen desconocido

Manejo ambulatorio del paciente con punción con aguja abandonada

Manejo ambulatorio del paciente con artritis no infecciosa

Manejo ambulatorio del paciente con adenopatía subaguda

Manejo ambulatorio del paciente con púrpura de Schönlein-Henoch. Seguimiento de complicaciones

Seguimiento clínico/radiológico del paciente con diagnóstico de neumonía complicada

Control de niveles de bilirrubina del neonato con ictericia no inmune y cifras cercanas a criterio de fototerapia

c. Sedación para procedimientos dolorosos

La atención al paciente que acude a urgencias precisa, en ocasiones, la realización de técnicas invasivas dolorosas. La atención actual a estos pacientes es deficitaria en el manejo del dolor y la ansiólisis debido, entre otros aspectos, al déficit de personal capacitado durante la guardia. Esto lleva consigo, en numerosas ocasiones, que dichas técnicas deban ser realizadas bajo control anestésico en quirófano tras su ingreso hospitalario.

Así mismo el apoyo en técnicas o monitorización a pacientes que acuden a consultas del Servicio de Pediatría y precisan una actuación en el mismo día de consulta limitaría el porcentaje de reconsultas o apertura de quirófano

Por tanto son acciones de este objetivo la oferta de técnicas de sedoanalgesia para procedimientos dolorosos a:

Pacientes que acudan a Urgencias y así lo requieran	
Pacientes valorados en consultas del Servicio de Pediatría con necesidades de actuación en ese mismo día. (esta asistencia se prestaría durante el turno de mañana por pediatra adscrito a la Sección de Urgencias)	
Reumatología	Infiltraciones o artrocentesis diagnósticas o terapéuticas
Cirugía infantil	Drenaje de abscesos Curas de heridas Punción de adenopatía
Traumatología	Retirada de fijaciones Artrocentesis
Dermatología	Biopsias cutáneas

d. Reestructuración de la actual Sala de Observación de Urgencias a una Unidad de Corta Estancia

Con el aumento del número de camas de observación establecido en las Urgencias de Pediatría (hasta 12) y la posibilidad de seguimiento adecuado con altas hasta las 22 horas se planteará una corta estancia con ingreso hasta 72 horas.

Esto implica un aumento en la posibilidad de criterios de ingreso

Patología respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> *Crisis broncoespasmo moderada o grave * Neumonía en < 12 meses, hipoxémica, derrame pequeño, mala tolerancia a antibioterapia oral * Infección respiratoria baja hipoxémica *Laringitis moderadas y graves sin respuesta a tratamiento inicial * Bronquiolitis moderadas en pacientes > 3 meses o vigilancia de bronquiolitis leve en pacientes con enfermedad de base
Patología neurológica	<ul style="list-style-type: none"> *TCE leve (SCG 13-14) o menor (SCG 15) con clínica asociada *TCE moderado (SCG 9-12) que presenten mejoría en horas previas *Fractura de cráneo sin sangrado epidural o subdural asociado, no incluidas fracturas de base de cráneo *Monitorización neurológica en intoxicación de fármacos con posibilidad de depresión neurológica *Cefalea aguda sin signos de HTIC que precisen analgesia endovenosa *Convulsiones febriles simples con periodo postictal prolongado *Convulsiones febriles complejas por criterio de duración o repetición en las primeras 24 horas
Patología infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> *Lactante 15-30 días con fiebre sin focalidad *Lactante 1-6 meses con fiebre sin focalidad *Síndromes febriles que precisen observación hospitalaria *Pielonefritis aguda en pacientes de 3-6 meses o > 6 meses con criterio de observación hospitalaria *Meningitis linfocitarias no sospechosas de TBC

	*Adenoflemón que precisa antibioterapia endovenosa o drenaje
Patología cardíaca/ hemodinámica	*Monitorización ECG en pacientes con TSV que han cedido tras cardioversión farmacológica *Monitorización ECG en pacientes con intoxicación farmacológica con fármacos con posibilidad de depresión miocárdica, arritmias o hipotensión *Dolor torácico que precisen vigilancia (dolor torácico en pacientes con cardiopatía obstructiva de base, prolapso mitral o cardiopatía cianógena) y estabilidad hemodinámica *Anafilaxia con estabilización hemodinámica
Patología gastrointestinal	*Rehidratación de deshidrataciones moderadas o graves *Intolerancia oral en vómitos incoercibles *Dolor abdominal agudo sospechoso de quirúrgico *Invaginaciones resueltas con presión hidrostática
Patología endocrinológica	*Hipoglucemia. Tratamiento y estudio de hipoglucemia *Paciente diabético que precise fluidoterapia *Debut diabético con cetoacidosis moderada hasta su estabilización
Sedoanalgesia	*Despertar tras sedoanalgesia de procesos dolorosos o intervenciones de cirugía menor

5.1.c.- Evaluar y mejorar los procesos organizativos

Acciones:

- Mejorar la calidad percibida por los usuarios
- Mejorar la accesibilidad a los servicios
- Mejorar la adecuación de ingresos urgentes y estancias hospitalarias

5.2.- Monitorizar y mejorar los procesos asistenciales

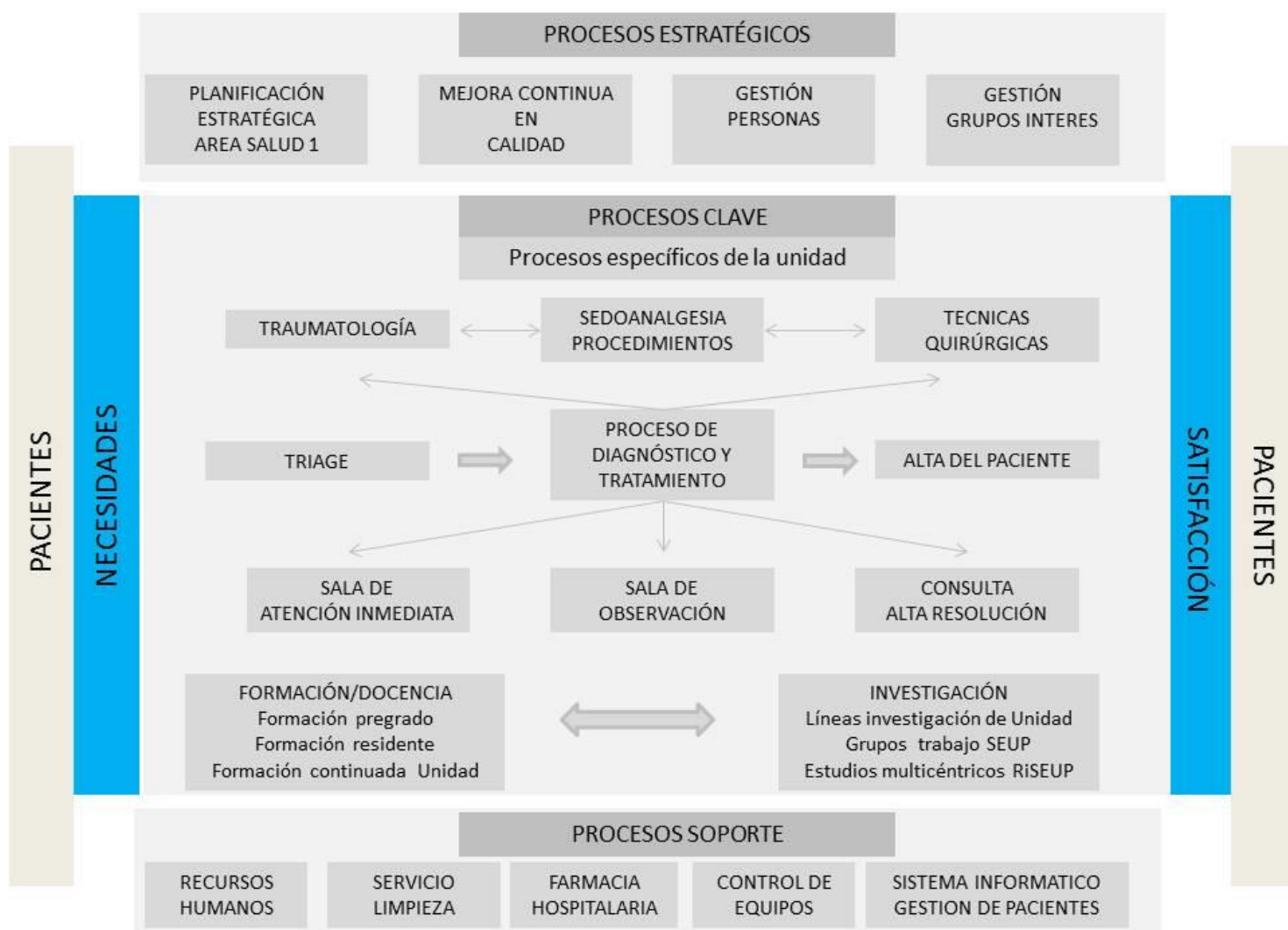
OBJETIVOS

5.2.a.- Introducir, al menos, un indicador de calidad asistencial de la SEUP⁽²⁶⁾ para la monitorización de los procesos asistenciales de mayor prevalencia en urgencias

5.2.b.- Realizar una revisión y adaptación a nuevas evidencias de los protocolos de la unidad de forma bianual

V.c.- MAPA DE PROCESO

Imagen 15. Mapa del proceso de urgencias



PROCESO URGENCIAS

Fecha elaboración	Versión	Fecha prevista revisión
1/05/2017	1ª	1/01/2020

Misión

Prestar a los pacientes que acuden a Urgencias los cuidados y atenciones inmediatos que requiere el problema de salud por el que acuden, mediante una aproximación diagnóstica y aplicación del tratamiento adecuado. Priorizando la atención según la gravedad, con criterios de seguridad, con un trato correcto, informándole sobre su proceso y facilitando la continuidad en la atención, en orden a conseguir la satisfacción del paciente y sus familiares, participando activamente en la educación para la salud de la ciudadanía y con una utilización óptima de los recursos

Enfoque	Punto de vista
General	Organizacional

Alcance

Límite entrada	Límite salida
Solicitud de atención urgente o llegada de paciente a urgencias infantil	Alta del paciente de urgencias infantil

Clientes. Necesidades y expectativas

- 1.- Pacientes
- 2.- Familiares/acompañantes
- 3.- Otros procesos de la organización
- 4.- Profesionales externos

Pacientes

- 1.- Identificación inequívoca
- 2.- Equidad
- 3.- Confidencialidad (protocolo de seguridad ante violencia de género, protocolo de seguridad del paciente pediátrico en acogida)

<p>4.- Accesibilidad</p> <p>5.- Necesidad de asistencia urgente</p> <p>6.- Agilidad en asistencia</p> <p>7.- Seguridad (uso de medicamentos, protección frente a infección nosocomial)</p> <p>8.- Eficacia en resolución</p> <p>9.- Información del proceso</p> <p>10.- Continuidad de su proceso en otros niveles asistenciales</p> <p>11.- Instrucciones y recomendaciones al alta</p>
<p>Familiares/acompañantes</p>
<p>1.- Eficacia en la resolución</p> <p>2.- Información adecuada y entendible (servicio de traducción, hojas informativas en distintos idiomas)</p> <p>3.- Posibilidad de acompañamiento continuo (asistencia en técnicas, acompañamiento en sala de observación)</p>
<p>Otros procesos de la organización</p>
<p>1.- Asistencia rápida, de calidad y revisable</p> <p>2.- Aceptación de la información sobre necesidades del servicio</p> <p>3.- Continuidad con el resto de procesos</p> <p>4.- Solicitud correcta de pruebas complementarias</p> <p>5.- Correcta identificación de muestras</p> <p>6.- Muestras suficientes y adecuadas</p> <p>7.- Adecuada preparación del paciente</p>
<p>Profesionales externos</p>
<p>1.- Asistencia urgente a requerimientos judiciales y de servicios sociales</p> <p>2.- Contacto fluido con atención primaria</p>

Arbol nodal

A0. Atender la solicitud de asistencia urgente

A1. Garantizar la seguridad del paciente

A1.1. Identificar de forma inequívoca

A1.2. Registrar los datos fundamentales

A1.2.1. Gestiona el ingreso informático

A1.2.2. Registrar la prescripción

A1.2.3. Registrar la administración

A1.2.4. Registrar las complicaciones

A1.3. Usar los medicamentos de forma segura

A1.3.1. Prescripción clara

A1.3.2. Comprobar alergias

A1.3.3. Evitar retrasos en la administración

A1.3.4. Contemplar complicaciones y efectos adversos

A1.4. Prevenir situaciones de riesgo

A1.4.1. Prevenir infecciones nosocomiales

A1.4.1.1. Prevenir transmisión y detectar situaciones de aislamiento (aislamiento de la espera del paciente oncológico, aislamiento del paciente con infección transmisible (varicela, sarampión,)

A1.4.1.2. Comunicar situaciones de higienización

A1.4.2. Evitar radiaciones innecesarias

A1.4.3. Manejar situaciones conflictivas

A1.5. Notificar eventos adversos

A2. Recibir al paciente

A2.1. Reunir datos administrativos

A2.1.1. Registrar datos personales actuales

A2.1.2. Asignar número de historia

A2.1.3. Registrar procedencia y derivación

A2.2. Comprobar tarjeta sanitaria

A2.3. Comunicar cobro a terceros

A3. Asegurar una atención ágil y equitativa

A3.1. Valorar gravedad

A3.1.1. Priorizar pacientes por gravedad

A3.1.2. Asignar área asistencial

A3.1.3. Asegurar la continuidad asistencial

A3.2. Asignar facultativo responsable

A3.3. Orientar el diagnóstico

A3.3.1. Historia clínica detallada (anamnesis dirigida, exploración física por aparatos, constantes registradas, resultado de exploraciones complementarias, evolución, tratamiento, recomendaciones)

A3.3.2. Toma de constantes necesarias

A3.3.3. Solicitar pruebas necesarias

A3.3.3.1. Realizar la petición en el sistema informático

A3.3.3.2. Imprimir petición de exploraciones radiológicas

A3.3.3.3. Preparar al paciente

A3.3.3.4. Recoger las muestras

A3.3.3.5. Etiquetar las muestras

A3.3.3.6. Enviar las muestras

A3.3.3.7. Realizar la prueba

A3.3.4. Interpretar resultados

A3.4. Vigilar la evolución

A3.5. Coordinar interconsulta

A4. Aplicar tratamientos y cuidados

A4.1. Prescribir tratamientos

A4.1.1. Decidir la prescripción

A4.1.2. Anotar prescripción en programa de tratamiento en paciente ingresado (Sala de observación o ingreso en Planta) o en observaciones de enfermería en paciente en Sala de Pendiente)

A4.1.3. Priorizar tratamientos

A4.1.4. Evaluar la respuesta del paciente

A4.1.5. Interpretar la respuesta del paciente

A4.1.6. Ajustar tratamiento a la evolución

A4.2. Administrar tratamiento

A4.2.1. Comprobar la prescripción

A4.2.2. Preparar la medicación

A4.2.3. Administrar la medicación

A4.3. Controlar la respuesta del paciente

A4.4. Realizar los cuidados

A4.5. Garantizar la continuidad terapéutica

A5.- Facilitar la transición a otros procesos

A5.1. Decidir el destino del paciente

A5.2. Generar el informe de alta adecuado (informe de alta a hospitalización, informe de alta a domicilio)

A5.3. Gestionar el traslado

A5.3.1. Asignar unidad responsable de ingreso

- A5.3.2. Confirmar disponibilidad de cama
- A5.3.3. Coordinar actuaciones con otros dispositivos en la asistencia urgente
- A5.4. Gestionar cita en consulta
- A5.5. Cerrar el proceso

Procedimientos (ver diagrama de flujo de procedimientos)

<p>URGI01. Recepción de pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> URGI01a. Recepción de paciente no autónomo y solitario <p>URGI02. Clasificación de gravedad de paciente (Triage)</p> <p>URGI03. Atención de pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> URGI03a. Atención a pacientes en Sala de Atención Inmediata URGI03b. Atención a pacientes con nivel de Triage 2 y 3 URGI03c. Atención a pacientes con nivel de Triage 4 y 5 URGI03d. Atención a pacientes en Sala de Observación de Urgencias <p>URGI04. Alta del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> URGI04a. Alta por éxitus URGI04b. Alta a domicilio URGI04c. Alta a Planta de Hospitalización o Cuidados Intensivos URGI04d. Alta a cirugía urgente URGI04e. Gestión de derivación a consulta de alta resolución
<p>URGI01. RECEPCIÓN DE PACIENTES</p>
<p>Objetivo: Recibir al paciente y acompañantes en urgencias infantil, verificando su derecho a asistencia</p> <p>Quién: Celador. Admisión de Urgencias</p> <p>Cuándo: A la llegada de paciente o acompañantes a urgencias infantil</p> <p>Dónde: Hall de entrada. Mostrador de Admisión de Urgencias</p> <p>Cómo:</p> <p>* El celador de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valora la existencia de medios de transporte y comunica si existe algún tipo de deficiencia -Recibe a los pacientes autónomos y acompañantes indicándoles el área de admisión -Valora si el paciente precisa de algún medio de transporte camilla o silla, y lo ubica

en el área de admisión

-Aviso a personal sanitario si la situación del paciente lo considera necesario

URGI01a. Recepción del paciente no autónomo y solitario:

En caso de que el paciente pediátrico acuda no acompañado (remitencia en ambulancia) el celador acompañará a la ambulancia hasta área de reconocimientos y avisará a enfermería de control, este a su vez al coordinador de urgencias para decidir ubicación del paciente y transferencia de información en caso de traslado medicalizado)

Admisión de Urgencias registrará datos solo en el caso de que en el informe de traslado se especifique nombre y apellidos del paciente y este disponga de número de historia clínica en el centro. En caso contrario se esperará a la llegada de acompañante

*Admisión de urgencias:

-Recoge datos de filiación del paciente, registra procedencia y derivación

-Registra el área sanitaria que le corresponde

-Cuando no exista cartilla sanitaria o se trate de accidente laboral o asistencia no cubierta por el sistema sanitario, se comprueba el responsable del pago de la asistencia y se notifican los cobros a terceros

-Comprueba si el paciente posee un número de historia de otras asistencias previas. Si no es así o no se ha podido identificar al paciente, se asigna uno nuevo

-Se abre el proceso de urgencias

- Tramita la documentación relacionada con situaciones judiciales (parte de lesiones)

-Imprime la pulsera identificativa y se entrega al paciente o acompañante, indicando que se la debe poner

-Se indica al paciente y acompañantes que pasan a Sala de Espera principal hasta ser llamados desde Triage

URGI02. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE. TRIAGE

Objetivo: Valorar la gravedad del paciente, aplicar los tratamientos iniciales y decidir nivel de triage asignado

Quién: Enfermería

Cuándo: Tras la apertura del proceso clínico y administrativo

Dónde: Sala de Triage 1 y 2

Cómo: El enfermero, tras comprobar en la pantalla de Selene (TRI1) la llegada de un nuevo paciente, lo llama por megafonía a sala de triage 1. Si el paciente no acude,

avisa a un celador para su búsqueda y llama al siguiente paciente. Una vez en presencia del paciente:

-Confirma la identificación del paciente, comprobando que efectivamente es a quién se ha llamado previamente

-Se presenta al paciente

-Apertura de formulario de triage en historia clínica electrónica del paciente

-Registra motivo de consulta

-Registra constantes necesarias según edad y situación clínica del paciente (peso y T^a en la totalidad de pacientes, FR y SatO₂ en patología respiratoria, TA en cefalea o epistaxis,...)

-Asigna nivel de triage según secuencia de evaluación estructurada:

*Triángulo de evaluación pediátrica

*Motivo de consulta

*Modificadores de triage: dolor, edad, inmunodepresión, patología infecciosa altamente contagiosa)

-Traslada al paciente de sala virtual (de TRI-1 a S2-S5 según nivel de triage 2-5)

-Administra tratamiento o realiza solicitud de exámenes complementarios en casos seleccionados:

*Antitérmicos si fiebre

*Analgésico si dolor moderado-grave según protocolo de tratamiento de la unidad

*Oxigenoterapia si SatO₂ < 90% o insuficiencia respiratoria

*Rx hueso en caso de traumatismo con dolor o inflamación sin deformidad

*Muestra urinaria en cistitis

-Registra tratamiento administrado

-Transfiere al paciente a Sala de Atención Inmediata en situación clínica indicada según protocolo de la unidad

-Indica al paciente y acompañante la ubicación en sala de espera

*Sala de espera principal: pacientes con nivel de triage 4 y 5

*Sala de espera anexa a triage: pacientes con nivel de triage 2 y 3

- Decide apertura de segunda sala de triage

*En caso de tiempo de pretriage (tiempo desde admisión hasta inicio de triage >20 minutos o >10 pacientes en espera de triage

*Aviso a control de enfermería para localizar a enfermero destinado a triage-2

*Paso de pacientes por orden a sala de triage 2

-Decide paciente a ser retriado

*Pacientes con nivel de triage 2 > 20 minutos de espera de asistencia médica

*Pacientes con nivel de triage 3 > 45 minutos de espera de asistencia médica

URGI03. ATENCIÓN A PACIENTES

Objetivo: Orientar y realizar el diagnóstico, tratamiento y cuidados que precisa el paciente en función de su situación

Quién: Médico. Enfermero. Auxiliar

Cuándo: Tras la valoración del paciente en triage

Dónde: Reconocimientos médicos (1-7), Sala de Atención Inmediata, Sala de Observación

URGI03a. ATENCIÓN A PACIENTES EN SALA DE ATENCIÓN INMEDIATA

-Se decidirá asistencia en Sala de Atención Inmediata en caso de:

*Aviso por celador de entrada ante situación crítica del paciente

*Criterio clínico establecido por el enfermero de triage

*Criterio clínico establecido por médico responsable del paciente valorado en reconocimiento

*Criterio del coordinador tras recepción de paciente trasladado en ambulancia medicalizada

-Activación de sistema sonoro de emergencia

-Acude equipo de emergencia de la unidad (2 médicos previamente nominados, 2 enfermeros previamente nominados, 1 auxiliar previamente nominados)

-Actuación del equipo según protocolo de coordinación

-Anotación de identificación del paciente, diagnóstico y tiempos (entrada y salida del paciente de Sala de Atención Inmediata) en libro de registro interno

-Ubicación del paciente

*Sala de Observación

*Planta de Hospitalización

*Cuidados Intensivos

*Quirófano

*Exitus

URGI03b. ATENCIÓN A PACIENTES CON NIVEL DE TRIAGE 2 Y 3

Los pacientes con nivel de triage 2 y 3 serán valorados en los reconocimientos médicos 1-3, el personal facultativo encargado de su valoración serán

*2 residentes de pediatría (no de primer año de especialidad)

*1 pediatra de guardia

URGI03c. ATENCIÓN A PACIENTES CON NIVEL DE TRIAGE 4 Y 5

Los pacientes con nivel de triage 4 y 5 serán valorados en los reconocimientos médicos 5-7, el personal facultativo encargado de su valoración serán

*2 residentes de pediatría o medicina de familia y comunitaria

*1 pediatra de guardia

El pediatra de guardia coordinador y con función de “gestor de colas”, decidirá según demanda asistencial, el paso de personal médico de uno a otro nivel, se utilizará reconocimiento 4 como reconocimiento para el uso de esta demanda

Actuación médico en reconocimientos

- Solicitud por el facultativo de un paciente a control de enfermería
- Llamada por megafonía al paciente según criterio de nivel de triage y tiempo de espera
- Identificación del facultativo como responsable de su asistencia. Si hay estudiantes se le presentarán a paciente y acompañantes y se le pedirá permiso para que permanezcan durante la entrevista clínica
- Identificación de alteración fisiológica según triángulo de evaluación pediátrica
- Traspaso del paciente de Sala por nivel de triage (S2-S5) a Sala de Pedientes (S-PENT)
- Apertura del formulario de urgencias infantil dentro de la historia clínica electrónica del paciente
- Realiza anamnesis dirigida
- Exploración física previa higiene de manos
- Realiza una orientación diagnóstica del proceso
- Solicita y registra en sistema informático las pruebas complementarias y/o tratamiento que considere, se anota actuación para enfermería en pantalla de “estado del paciente” y se avisa telefónicamente a control de enfermería. Imprime solicitud de radiografía si se ha solicitado
- Informa al paciente y acompañantes de su proceso clínico, de las pruebas que se le

van a realizar y como se van a llevar a cabo

-En caso de precisar sedoanalgesia para procedimientos dolorosos o pruebas invasivas (punción lumbar, toracocentesis, artrocentesis) se rellenará consentimiento informado

-En caso de prescribir tratamiento inhalatorio se avisará a control de enfermería que acompañará al paciente a Sala de Terapia Inhalatoria

Actuación de enfermería en reconocimientos

-Abre la carpeta de “estado” dentro de la historia clínica del paciente para ver las tareas que debe realizar

- Se avisará por megafonía al paciente para que acuda a sala de técnicas de enfermería

-Identifica y confirma que el paciente que se presenta es el correcto

-Se presenta al paciente y le explica las tareas que debe realizarle

-Realiza las tareas según las indicaciones médicas y las anota en programa informático

-Administra tratamiento indicado por el médico y lo registra en programa informático.

-Informa al paciente y acompañantes sobre qué procedimientos le esperan y lo que tiene que hacer. Se le indica que se dirija a la sala de espera donde se había ubicado tras valoración en triage hasta que le llame el médico que tiene asignado.

-Si hay extracción de muestras (sangre, orina, secreciones nasales) las registra y codifica en sistema informático

URGI03d. ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS (SOU)

El paciente ingresará en SOU desde Sala de Atención Inmediata o Sala de reconocimiento médico según criterios de la Unidad. La asistencia médica en SOU dependerá de un médico (pediatra de guardia con función coordinadora), un enfermero y un auxiliar

Actuación del médico en SOU

-Se identifica como responsable de la asistencia

-Comprueba historia del paciente y completa información necesaria no recogida en formulario realizado en reconocimiento

-Realiza exploración física del paciente tras higiene de manos

-Informa al paciente y acompañante del proceso clínico, la orientación diagnóstica

inicial y sobre las condiciones para alta a domicilio

-Realiza indicaciones médicas en programa informático de tratamiento hospitalario (Silicom)

-Comenta verbalmente y enseña informe de tratamiento al enfermero de SOU

-Realiza nota clínica de evolución por turno

-Informa al paciente y acompañante de recepción de exploraciones complementarias y situación clínica

-Vela por la seguridad del paciente, indicando y tomando las medidas de aislamiento y de prevención del contagio de infecciones que procedan

Actuaciones del enfermero en SOU

-Se identifica y explica al paciente las actuaciones que vaya a realizar

-Realiza toma de constantes iniciales

-Realiza protocolo de acogida al paciente

-Explica a familiares las normas, derechos y deberes del paciente en SOU. Da informe por escrito de normas y horario de cambio de acompañantes

-En caso de exploraciones complementarias se realizarán las mismas indicaciones detalladas en actuación de enfermería en reconocimientos

-Anota medicación y horario de administración en programa informático de tratamiento (Silicom)

-Anota constantes en formulario de enfermería de historia clínica electrónica

-Anota complicaciones o reacciones adversas detectadas

Actuación del auxiliar de enfermería en SOU:

-Realiza petición de dietas al Servicio de Cocina o de alimentación especial a Dietética

-Reparte las comidas y ayuda al paciente siempre que sea necesario

-Colabora en la higiene de pacientes no autónomos

-Limpia botellas y cuñas siempre que sean utilizados

-Limpia el material instrumental utilizado

-Mantiene el orden y las condiciones de los diferentes espacios y avisa al servicio de limpieza siempre que sea necesario

-Registra todos los movimientos de entrada y salida del paciente

-Envía las muestras al laboratorio mediante el tubo neumático o personalmente si no pueden ser enviadas por esta vía

URGI04. ALTA DEL PACIENTE

Objetivo: facilitar el traslado del paciente a otro proceso

Quién: Médico. Enfermero. Auxiliar enfermería. Celador. Servicio de admisión

Cuándo: cuando el médico responsable considere que la situación clínica del paciente es adecuada y el proceso receptor esté preparado para su recepción

Dónde: en el lugar de la atención al paciente

Cómo: El médico asigna destino al paciente

URGI04a. ALTA POR EXITUS

-El médico informa a los acompañantes y les acompaña con el paciente.

-Ofrecimiento de apoyo psicológico

-El médico rellena el informe de éxitus.

-El enfermero y el auxiliar amortajan al paciente y preparan el traslado al mortuario

-El celador traslada el cadáver

-El servicio de admisión gestiona el alta

URGI04b. ALTA A DOMICILIO

-El médico cumplimenta el informe de alta, lo imprime y entrega al paciente

-Realiza lectura de tratamiento y recomendaciones al paciente, resolviendo las dudas que pudiera plantearle

-Se entrega hoja informativa a familiares (según registro de Hojas Informativas a familiares por patología de SEUP)

-El enfermero registra en programa informático la hora de salida

-El servicio de admisión gestiona el alta

URGI04c. ALTA A PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN O CUIDADOS INTENSIVOS

-El médico solicita el ingreso, el cargo a la unidad oportuna y la necesidad de aislamiento hospitalario

-El médico realiza informe de ingreso. En caso de realizarlo por residente, uno de los pediatras de guardia supervisa dicho informe

-El médico realiza indicaciones de tratamiento en programa informático de tratamiento (Silicom). En caso de realizarlo por residente, uno de los pediatras de guardia

supervisa dicho informe

-El médico contacta telefónicamente con el pediatra de planta para indicarle el ingreso hospitalario

-El enfermero revisa y fija las vías y sondajes que pueda portar el paciente para evitar extravasaciones y/o pérdidas. En caso de precisar bomba de infusión, la deja hasta la llegada a la unidad de destino

-En enfermero comprueba que la historia esté completa con los registros pertinentes, informe de ingreso e informe de tratamiento

-El enfermero registra en la historia clínica las pruebas solicitadas y el estado de las mismas

-El enfermero registra en la historia clínica la hora de salida del paciente de urgencias

-El auxiliar avisa a celador y se pone en contacto con unidad de destino para confirmar adecuación de traslado

-El celador colabora en el traslado del paciente realizando el cambio de cama y devolviendo la cama, bombas de perfusión y sistemas de monitorización a urgencias

-El enfermero es acompañado a la unidad de destino por :

*Celador si no porta vía periférica

*Celador y enfermero si porta vía periférica

*Celador, enfermero y pediatra de guardia si ingreso en Cuidados Intensivos

-El servicio de admisión gestiona el alta

*Cuando la cama está disponible, saca la carpeta clínico-estadística junto con la pulsera identificativa y etiquetas, al control de enfermería

*Si no hay cama de hospitalización libre:

-En caso de inestabilidad clínica, que precise monitorización continua u oxigenoterapia se pasaría al paciente a Sala de Observación

-En los demás casos se informa al paciente y familiares de la situación y se pasan a sala de espera de pacientes pendiente de ingreso

URGI04d. ALTA A CIRUGÍA URGENTE

-El médico realiza el informe de ingreso

-El enfermero y auxiliar preparan al paciente para la intervención

-El enfermero es acompañado a quirófano por:

*Celador y enfermero si estabilidad del paciente

*Celador, enfermero y pediatra de guardia si inestabilidad del paciente

URGI04e. GESTIÓN DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

La consulta de alta resolución de urgencias recibirá derivaciones de pacientes de alta a domicilio desde reconomientos o desde SOU

-Al alta se especificará en informe médico el día de consulta

-El servicio de admisión citará, en cualquier momento del día, la citación a consulta

-En caso de > 6 pacientes citados se citará para el siguiente día laborable

Imagen 16. Indicadores tiempos de respuesta en urgencias

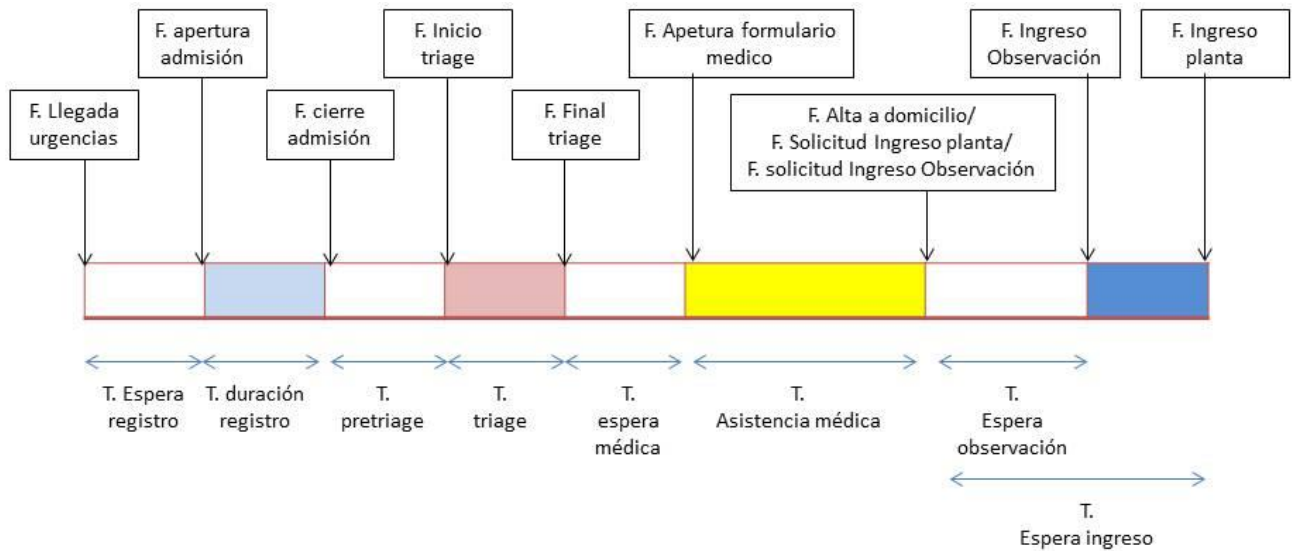
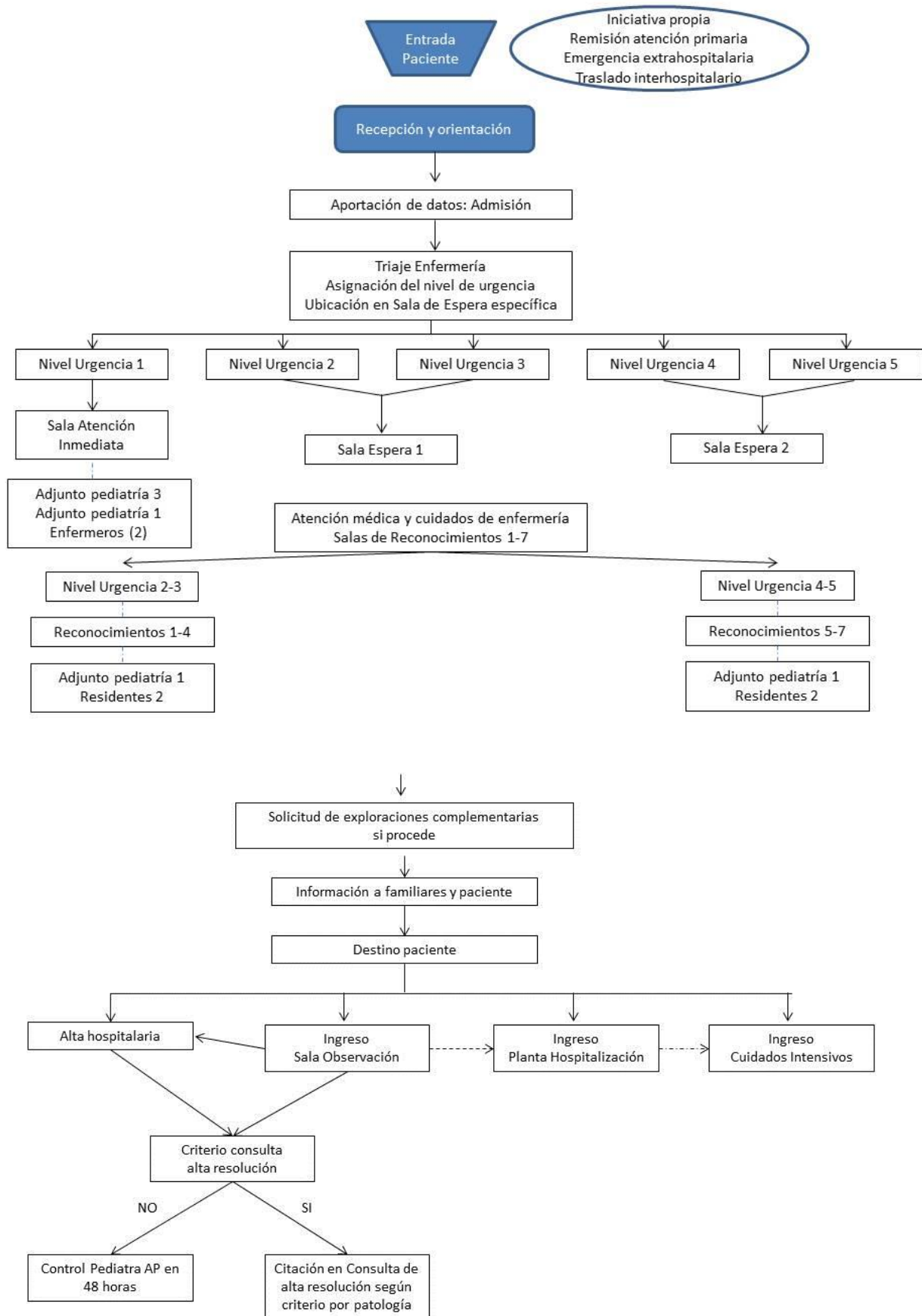


Diagrama de flujos proceso de urgencias



V.d.- CUADRO DE MANDOS

EJE ESTRATÉGICO		LINEA ESTRATEGICA		
1.- LIDERAZGO		1.1. Potenciar la especialización de urgencias de pediatría dentro del Servicio de Pediatría y a nivel hospitalario		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma	
1.1.a. Establecer una cartera de servicios de Urgencias de Pediatría	*Coordinador/Jefe sección Urgencias Pediatría *Supervisor Enfermería	*Existencia manual de actividades	Anual 4º Trimestre 2017	
1.1.b.- Elevar a la Jefatura de Servicio de Pediatría y la Dirección del HCUVA el documento resultante buscando el reconocimiento institucional	*Coordinador/Jefe sección Urgencias *Jefe Servicio Pediatría	*Existencia de documento firmado por Jefatura de Servicio de Pediatría y Dirección Gerente HCUVA	Unico 1º Trimestre 2018	
		*Exposición del documento en publicación de la cartera de servicios hospitalaria	Unico 1º Trimestre 2018	

EJE ESTRATÉGICO		LINEA ESTRATEGICA		
1.- LIDERAZGO		1.2.- Establecer el perfil de competencias para el pediatra de urgencias		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma	
1.2.a.- Identificar las competencias del pediatra de urgencias	*Coordinador/Jefe sección Urgencias *Supervisor de Enfermería *Jefe Servicio Pediatría	*Currículum profesional de los sanitarios de la sección	A la incorporación de nuevo personal	
1.2.b.- Desarrollo de un plan formativo para la adquisición de competencias al pediatra de urgencias y al pediatra que realiza guardias en urgencias	*Coordinador de docencia de la sección *Responsable de calidad e innovación de la sección *Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Pediatría	*Existencia de documentos acreditativos de solicitud de cursos a Formación Continuada de Area 1, Comisión de Estudios de la Unidad Docente de Pediatría o Colegio Oficial de Médicos de Murcia	Anual 1ª Trimestre 2018-2021	
		*Nº horas formación/persona	Bianual 3º Trimestre 2018 y 2020	

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
1.- LIDERAZGO	1.3.- Establecer líneas de liderazgo por procesos dentro de urgencias		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
1.3.a.- Nominar líderes por procesos de urgencias	*Coordinador/Jefe sección Urgencias *Supervisor de Enfermería	*Curriculum de los seleccionados	1° Trimestre 2018
1.3.b.- Establecer reuniones periódicas con responsables de procesos	*Coordinador/Jefe sección Urgencias *Supervisor de Enfermería	*Ficha de objetivos por procesos	1° y 3° Trimestre 2018-2021
		*Número de reuniones con responsables	Semestral 1° y 3° Trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
2.- ESTRATEGIA	2.1.- Mejorar la comunicación con grupos de interés		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
2.1.a.- Fijar objetivos anuales con la Dirección Médica y Jefatura de Servicio de Pediatría	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Jefe Servicio Pediatría *Director Gestión HCUVA *Director Médico HCUVA	*Indicadores asistencial pactados (ver ficha de indicadores) - % altas con ingreso en hospitalización - % altas desde Sala de Observación de Urgencias - Tiempo de espera de la primera consulta facultativa según niveles de triaje - Tiempos medios de permanencia en urgencias - Mortalidad en servicio de urgencias	Anual 4° Trimestre 2018-2021
		*Indicadores financieros pactados - Desviación gasto < 1% de presupuesto *Indicadores sostenibilidad - Disminución gasto anual en exploraciones complementarias solicitadas desde urgencias	Anual 4° Trimestre 2018-2021
2.1.b.- Elaborar un plan de comunicación interna de la unidad	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias	*N° asambleas informativas con personal de urgencias	1° Trimestre 2018-2021
2.1.c.- Crear grupos de trabajo con hospitalización, cuidados intensivos y consultas	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Jefe Sección Hospitalización *Jefe Sección Cuidados Intensivos *Jefe Servicio Pediatría	*N ^a reuniones de los grupos de trabajo	Anual 4° Trimestre 2018-2021
2.1.d.- Desarrollar una página web de urgencias de pediatría	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*Existencia de dominio de página web	Unico 4° Trimestre 2018
		*N° de entradas a página web	Anual 4° Trimestre

			2018-2021
--	--	--	-----------

EJE ESTRATÉGICO		LINEA ESTRATEGICA	
2.- ESTRATEGIA		2.2.- Desarrollar indicadores clave	
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
2.2.a.- Definir indicadores clave	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*Existencia de indicadores clave en ficha de indicadores	Unico 4° Trimestre 2017
2.2.b.- Orientar la gestión a la evaluación y mejora de indicadores clave	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*% cumplimiento de estándares de indicadores operativos o clave (ver ficha de indicadores)	Anual 4 ° trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
2.- ESTRATEGIA	2.3.- Mejorar en calidad y seguridad del paciente		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
2.3.a.- Instaurar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de urgencias	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*% respuestas a encuesta de la versión Española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)	Bianual 4º Trimestre 2017 y 2019
		*Existencia de sistema de clasificación o triaje	Anual 4º Trimestre 2017-2021
		*% días con pase de guardia	Trimestral
		*% pacientes ingresados con informe de tratamiento en programa informático (SILICON)	Trimestral
		*% personal sanitario que ha realizado curso de formación en notificación de errores	Bianual 3º Trimestre 2018 y 2020
		*Existencia de responsable de seguridad en la sección	Anual 4º Trimestre 2018-2021
2.3.b.- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*Existencia de protocolos clínicos	Anual (1º trimestre 2018-2021)
		*Existencia de protocolos de riesgo vital	Anual (1º trimestre 2018-2021)
		*Existencia calendario de formación continuada de la sección	Anual (1º trimestre 2018-2021)

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
2.- ESTRATEGIA	2.4.- Orientar la atención hacia el usuario		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
2.4.a.- Fomentar el acompañamiento de los familiares en todo el proceso asistencial del niño	*Supervisor de Enfermería *Unidad de Calidad Asistencial	*Encuesta de satisfacción de usuario	1° Trimestre 2018 y 2020
2.4.b.- Mejorar el confort	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*Encuesta de satisfacción de usuario	1° Trimestre 2018 y 2020
2.4.c.- Mejorar la participación de familiares en el proceso asistencial	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*Encuesta de satisfacción de usuario	Bianual (1° Trimestre 2018 y 2020)
		*% consentimiento informado en pacientes sometidos a procedimientos de riesgo	Anual (3° Trimestre 2018-2021)

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
2.- ESTRATEGIA	2.5.- Asegurar la sostenibilidad		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
2.5.a.- Mejorar la continuidad asistencial entre urgencias y atención primaria	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Coordinador Regional de Pediatría	*N° de pediatras de Atención Primaria de Areas 1,6 y 7 con acceso a Selene de Area 1	Bianual 2° Trimestre 2018 y 2020
		*Cumplimentación de rutas asistenciales creadas	Bianual 2° Trimestre 2018 y 2020
2.5.b.- Racionalizar la prescripción de medicamentos	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Responsables calidad	*% pacientes con diagnóstico de amigdalitis realizado test streptococo pyogenes en faringe	Bianual 1° Trimestre 2018 y 2020

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
3.- PERSONAS	3.1.- Aumentar la motivación de los profesionales		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
3.1.a.- Conocer el grado de satisfacción y expectativas de los profesionales de urgencias	*Responsables de calidad	*% personal que realiza encuesta de satisfacción	Bianual 2° Trimestre 2018 y 2020
3.1.b.- Consensuar con los trabajadores y la Dirección Médica recompensas según objetivos	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Dirección Médica HCUVA		Anual 1° Trimestre 2018-2021
EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
3.- PERSONAS	3.2.- Desarrollar sistemas de trabajo en base a competencias y necesidades asistenciales		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
3.2.a.- Adecuar el trabajo según competencias.	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias		
3.2.b.- Adecuar el trabajo según necesidades asistenciales	*Coordinador/Jefe Sección Urgencias *Dirección Médica HCUVA	*N° pacientes asistidos/día	Mensual
		*N° pacientes asistidos/turno	Mensual

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
3.- PERSONAS	3.3.- Desarrollar el plan de formación continuada de la unidad		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
3.3.a.- Desarrollar la Formación del residente de Pediatría por Urgencias	*Responsables docencia	*Nº horas sesiones/mes	Anual 4º Trimestre 2018-2021
		*Nº horas simulación/residente/año	Anual 4º Trimestre 2018-2021
3.3.b.- Consensuar programa formativo para la especialización en urgencias de pediatría	*Responsables docencia	*Existe programa formativo aprobado en la sección	Unico 4º Trimestre 2017
	*Responsables docencia	*Acreditación del programa formativo por SEUP	Bianual 1º Trimestre 2018 y 2020
3.3.c.- Desarrollar un Plan de Formación continuada de Urgencias	*Responsables docencia	*Memoria de cursos de formación continuada	Anual 4º Trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
3.- PERSONAS	3.4.- Fomentar la identidad de la sección		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
3.4.a.- Plan de acogida al residente de la unidad	*Tutor residentes d *Jefe Estudios Unidad Docente	*Existe plan de acogida al residente	Unico 4º Trimestre 2017
3.4.b.- Plan acogida al enfermero de urgencias	*Supervisor de enfermería	*Existe plan de acogida al enfermero	Unico 4º Trimestre 2017

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
3.- PERSONAS	3.5.- Desarrollar un modelo de prevención y seguridad del trabajador enmarcado dentro del plan hospitalario		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
3.5.a.- Crear el responsable de prevención de la sección	*Coordinador/Jefe de Sección *Supervisor de enfermería	*Existe responsable de prevención	Unico 4º Trimestre 2017
3.5.b.- Promover acciones formativas en materia de prevención	*Responsable de prevención	*Nº horas curso de prevención/persona/año	Bianual 2º Trimestre 2019 y 2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
4.- ALIANZAS Y RECURSOS	4.1.- Aumentar vínculos con la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
4.1.a.- Solicitar la adscripción como profesor colaborador de los pediatras adscritos a urgencias de pediatría, así como motivar en la consecución de profesor asociado	*Coordinador/Jefe de Sección *Responsables de docencia	*Nº de pediatras de urgencias designados profesores asociados o colaboradores de la Universidad de Murcia	Unico 4º Trimestre 2017
4.1.b.- Reorientar el programa formativo de pregrado en urgencias de pediatría	*Responsables de docencia	*Existen objetivos docentes para el estudiante de medicina	Unico 1º Trimestre 2019

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
4.- ALIANZAS Y RECURSOS	4.2.- Fomentar la investigación		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
4.2.a.- Crear líneas de investigación en urgencias vinculadas a necesidades de la sección o estudios nacionales	*Coordinador/Jefe de Sección *Responsables de calidad e investigación	*Nº de publicaciones científicas	Anual 4º Trimestre 2018-2021
4.2.b.- Aumentar la participación en la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)	*Coordinador/Jefe de Sección *Responsables de calidad e investigación	*Nº de pediatras de urgencias en grupos de trabajo de SEUP	Anual 4º Trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
4.- ALIANZAS Y RECURSOS	4.3.- Impulsar el compromiso social		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
4.3.a.- Charlas educativas a colegios del Area	*Coordinador/Jefe de Sección	*Nº de charlas en colegios	Bianual 2º Trimestre 2019-2021
4.3.b.- Charlas educativas a padres de niños con necesidades especiales	*Coordinador/Jefe de Sección	*Nº de charlas en colegios	Bianual 2º Trimestre 2019-2021

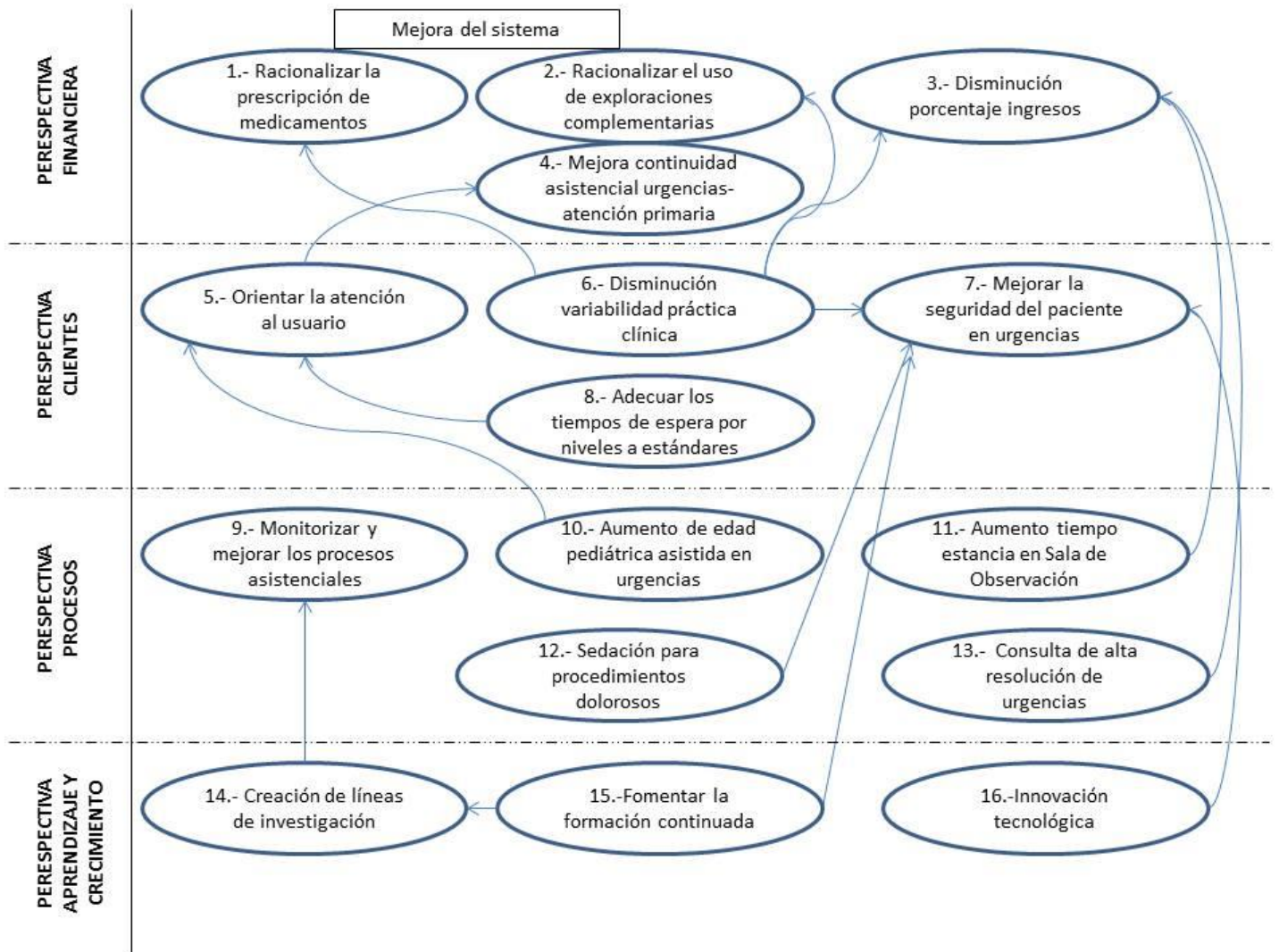
EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
4.- ALIANZAS Y RECURSOS	4.4.- Incrementar la eficiencia de resultados		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
4.4.a.- Desarrollar un plan de necesidad de incorporación de nuevas tecnologías para los próximos años	*Coordinador/Jefe de Sección *Director Gestión HCUVA		Cuatrienal 1° Trimestre 2019
4.4.b.- Ordenar el criterio de ingreso y el uso de exploraciones complementarias por patología	*Coordinador/Jefe de Sección *Unidad Calidad Asistencial	*% ingresos inadecuados	Anual 2° Trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
5.- PROCESOS	5.1.- Desarrollo de procesos organizativos		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
5.1.a.- Implantar y desplegar la totalidad de los procesos organizativos	*Coordinador/Jefe de Sección	*Existe identificado responsable médico y de enfermería de cada proceso	Unico 4º Trimestre 2017
	*Responsables de triaje	*Existe manual de funcionamiento de triaje	Unico 4º Trimestre 2017
	*Responsables de triaje	*Nº de enfermeros con curso de triaje	Bianual 3º Trimestre 2018 y 2020
	*Responsables sala de estabilización	*Libro de check-list de revisión de material y aparatos sala de Estabilización	Mensual
	*Responsable sala de estabilización	*Nº de pediatras y enfermeros que tienen curso de simulación en emergencia y curso RCP	Bianual 3º Trimestre 2018 y 2020
	*Responsable Sala de Observación	*Existe manual con criterios de ingreso y alta en Sala de Observación y monitorización por patología	Unico 4º Trimestre 2017
	*Responsable de Area de Diagnóstico y Tratamiento	*Existe protocolo de catástrofe	Unico 4º Trimestre 2018
	*Responsable de Area de Diagnóstico y Tratamiento	*Existen algoritmos actualizados expuestos en reconocimientos	Anual 1º Trimestre 2018-2021
	*Responsable de docencia	*Existe calendario de plan de formación continuada de la unidad	Anual 1º Trimestre 2018-2021
5.1.b.- Aumentar la oferta de servicios	*Coordinador/Jefe Sección	*Nº pacientes > 11 años atendidos	Anual 4º Trimestre 2018-2021
	*Coordinador/Jefe Sección	*Nº primeras visitas en consulta de alta resolución	Anual 4º Trimestre 2018-2021
	*Coordinador/Jefe de Sección	*Utilización de sedoanalgesia en procedimientos	Anual 4º Trimestre 2018-2021

EJE ESTRATÉGICO	LINEA ESTRATEGICA		
5.- PROCESOS	5.2.- Monitorizar y mejorar los procesos asistenciales		
OBJETIVO OPERATIVO	Responsable	Elementos de evaluación (Indicadores)	Cronograma
5.2.a.- Introducir, al menos, un indicador de calidad asistencial para la monitorización de los procesos asistenciales de mayor prevalencia en urgencias	*Coordinador/Jefe de Sección *Responsables de calidad	*Indicadores asistenciales (ver ficha de indicadores)	Anual 1º Trimestre 2019-2021
5.2.b.- Realizar una revisión y adaptación a nuevas evidencias de los protocolos de la unidad de forma bianual	*Coordinador/Jefe Sección	*Nº pacientes > 11 años atendidos	Anual 4º Trimestre 2018-2021

V.e. MAPA ESTRATÉGICO

Imagen 16. Mapa estratégico



V.f. FICHA DE INDICADORES

URGI.01. Población de referencia	
Dimensión	Actividad
Justificación	Conocer la población asignada al hospital
Fórmula	Población asignada al hospital para prestar la asistencia
Fuente datos	Servicio de evaluación hospitalaria
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	
Comentarios	

URGI.02. Asistencias	
Dimensión	Actividad
Justificación	Conocer la actividad desarrollada en urgencias
Fórmula	Número de asistencias o demandas urgentes realizadas
Fuente datos	Servicio de evaluación hospitalaria
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	
Comentarios	Incluye a todos los pacientes que hayan sido admitidos administrativamente, aunque hayan abandonado el Servicio sin ser clasificados o atendidos por el médico

URGI.03. Promedio de urgencias atendidas	
Dimensión	Actividad
Justificación	Conocer la actividad temporal desarrollada en urgencias
Fórmula	Número de asistencias/días naturales
Fuente datos	Servicio de evaluación hospitalaria
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	
Comentarios	Incluye a todos los pacientes que hayan sido admitidos administrativamente, aunque hayan abandonado el Servicio sin ser clasificados o atendidos por el médico

URGI.04. Frecuentación	
Dimensión	Actividad
Justificación	Conocer la actividad desarrollada en el área de referencia
Fórmula	Número de asistencias/1.000 niños menores de 14 años de referencia

Fuente datos	Servicio de evaluación hospitalaria
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	
Comentarios	Incluye a todos los pacientes que hayan sido admitidos administrativamente, aunque hayan abandonado el Servicio sin ser clasificados o atendidos por el médico

URGI.05. Tasa de hospitalización global	
Dimensión	Actividad-Eficiencia
Justificación	La capacidad de un servicio de urgencias pediátrico de resolver los problemas, utilizando eficientemente todos los recursos hospitalarios, se refleja de forma muy clara en su tasa de hospitalización global.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que consultan y son hospitalizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que consultan}} \times 100$
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Diaria
Estándar	< 5%
Comentarios	No se consideran hospitalizaciones, las estancias de menos de 24 horas en la observación de urgencias o unidades de estancia corta.

URGI.06. Pacientes en Observación de Urgencias	
Dimensión	Actividad
Justificación	La Sala de Observación de Urgencias es una sala destinada a la valoración y tratamiento durante un tiempo máximo de 24 horas lo que implica disminuir la tasa de hospitalización
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que consultan y son ingresados en Sala de Observación}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que consultan}} \times 100$
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No conocido
Comentarios	Se introducirá como pacientes ingresados en observación aquellos cuya duración sobrepase las 24 horas pero queden ingresados en dicha Sala

URGI.07. Altas de Sala de Observación	
Dimensión	Actividad-Eficiencia
Justificación	La patología pediátrica suele ser aguda por lo que es susceptible de un manejo intensivo y alta precoz
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que son altas a domicilio desde Sala}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que son altas desde Sala}} \times 100$

	de Observación/ N° total de pacientes ingresados en Sala de Observación x 100
Fuente datos	Documentación clínica. Servicio de admisión urgencias
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No estándar definido en población pediátrica
Comentarios	Se introducirá como pacientes ingresados en observación aquellos cuya duración sobrepase las 24 horas pero queden ingresados en dicha Sala

URGI.08. Pretriaje	
Dimensión	Demanda-Eficiencia
Justificación	La necesidad de conocer una valoración precoz del paciente y clasificarlo por gravedad
Fórmula	N° de pacientes que consultan en urgencias y son triados en < 15 minutos / N° de pacientes que consultan en urgencias
Fuente datos	Documentación clínica. Servicio de Admisión de Urgencias
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No hay estándar definido en población pediátrica
Comentarios	No se consideran incluidos aquellos pacientes que tras solicitar asistencia en admisión no acuden a triaje.

URGI.09. Asistencias por nivel de prioridad	
Dimensión	Actividad
Justificación	Control de la clasificación por urgencia o necesidad de valoración
Fórmula	*N° de pacientes al que se le asigna nivel de triaje 1 / N° total de pacientes asistidos en urgencias x 100 *N° de pacientes al que se le asigna nivel de triaje 2 / N° total de pacientes asistidos en urgencias x 100 *N° de pacientes al que se le asigna nivel de triaje 3 / N° total de pacientes asistidos en urgencias x 100 *N° de pacientes al que se le asigna nivel de triaje 4 / N° total de pacientes asistidos en urgencias x 100 *N° de pacientes al que se le asigna nivel de triaje 5 / N° total de pacientes asistidos en urgencias x 100
Fuente datos	Documentación clínica. Registro de formulario de triaje de historia clínica electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No hay estándar definido en población pediátrica
Comentarios	

URGI.10. Tiempo de asistencia médica de pacientes con nivel de triaje 2	
Dimensión	Demanda. (Accesibilidad). Calidad. (Satisfacción)
Justificación	Necesidad de valoración médica por criterios de urgencia
Fórmula	Nº de pacientes con nivel de triaje 2 con valoración médica < 15 minutos / Nº total de pacientes con nivel de triaje 2
Fuente datos	Documentación clínica. Registro de formulario de triaje y formulario médico de historia clínica electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	90%
Comentarios	Se considera el tiempo desde cierre de formulario de triaje hasta apertura del formulario médico. Se excluirán pacientes que hayan sido fugas previamente a la valoración médica

URGI.11. Tiempo de asistencia médica de pacientes con nivel de triaje 3	
Dimensión	Demanda. (Accesibilidad). Calidad. (Satisfacción)
Justificación	Necesidad de valoración médica por criterios de urgencia
Fórmula	Nº de pacientes con nivel de triaje 3 con valoración médica < 30 minutos / Nº total de pacientes con nivel de triaje 3
Fuente datos	Documentación clínica. Registro de formulario de triaje y formulario médico de historia clínica electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	85%
Comentarios	Se considera el tiempo desde cierre de formulario de triaje hasta apertura del formulario médico. Se excluirán pacientes que hayan sido fugas previamente a la valoración médica

URGI.12. Tiempo de asistencia médica de pacientes con nivel de triaje 4	
Dimensión	Demanda. (Accesibilidad). Calidad. (Satisfacción)
Justificación	Necesidad de valoración médica por criterios de urgencia
Fórmula	Nº de pacientes con nivel de triaje 4 con valoración médica < 60 minutos / Nº total de pacientes con nivel de triaje 4
Fuente datos	Documentación clínica. Registro de formulario de triaje y formulario médico de historia clínica

	electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	80%
Comentarios	Se considera el tiempo desde cierre de formulario de triaje hasta apertura del formulario médico. Se excluirán pacientes que hayan sido fugas previamente a la valoración médica

URGI.13. Tiempo de asistencia médica de pacientes con nivel de triaje 5	
Dimensión	Demanda. (Accesibilidad). Calidad. (Satisfacción)
Justificación	Necesidad de valoración médica por criterios de urgencia
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con nivel de triaje 5 con valoración médica} < 120 \text{ minutos} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes con nivel de triaje 5}$
Fuente datos	Documentación clínica. Registro de formulario de triaje y formulario médico de historia clínica electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	80%
Comentarios	Se considera el tiempo desde cierre de formulario de triaje hasta apertura del formulario médico. Se excluirán pacientes que hayan sido fugas previamente a la valoración médica

URGI.14. Tiempo de respuesta de consultores	
Dimensión	Demanda. (Accesibilidad). Calidad
Justificación	La rapidez con la que los consultores visitan al paciente una vez avisados tiene repercusión en la dinámica del servicio, tiempo de espera, ubicación del paciente, su seguridad y su satisfacción
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de consultas atendidas con un tiempo de respuesta superior a 30 minutos} / \text{N}^\circ \text{ de consultas pedidas} \times 100$
Fuente datos	Documentación clínica. Respuesta de interconsulta desde urgencias en historia clínica electrónica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	<5%
Comentarios	Consulta: La realizada a los facultativos del cuadro de guardia, tanto de presencia como localizable. - La realizada en los servicios de referencia durante la jornada laboral. • 30 minutos: intervalo de tiempo entre la emisión del aviso ya sea por busca o por contacto directo telefónico y el inicio de la visita por parte del

	<p>consultor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la visita: cuando se inicia la anamnesis y/o exploración del paciente o bien cuando se indica a distancia la pauta a seguir (si se acuerda que no es necesaria su presencia inmediata).
--	---

URGI.15. Tiempo de demora de ingreso hospitalario	
Dimensión	Demanda. Eficiencia
Justificación	Una vez finalizada la asistencia en urgencias, el tiempo que se tarda en hacer el ingreso, puede incidir en la agilidad o el colapso del resto de visitas del servicio de urgencias.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con indicación de ingreso hospitalario ingresado en } > 60 \text{ minutos} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de ingreso hospitalario} \times 100$
Explicación términos	• Demora: intervalo de tiempo comprendido entre la hora en que se solicita el ingreso hasta su salida de urgencias
Fuente datos	Documentación clínica. Registro interno de ingresos. Formulario de enfermería de la historia clínica electrónica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	< 20%
Comentarios	Indicador importante para la unidad de urgencias, a pesar de no depender exclusivamente de este servicio.

URGI.16.- Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias	
Dimensión	Riesgo. Calidad
Justificación	La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez, aquellos casos críticos, ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos que son éxitos} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos} \times 100$
Fuente datos	Documentación clínica. Registro interno de éxitos.
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Anual
Estándar	No hay estándar definido en población pediátrica
Comentarios	Se excluyen los ingresados cadáveres

URGI.17.- Readmisión a las 72 horas	
Dimensión	Efectividad.
Justificación	Posibilidad de detectar los pacientes en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado

	complicaciones
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas desde el alta de urgencias} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos} \times 100$
Explicación términos	Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas.
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	< 7%
Comentarios	Al incluir todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.) el indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento, indique una mala praxis en todos los casos. Resultados superiores al estándar deben servir para revisar las causas de los retornos

URGI.18.- Readmisión con ingreso	
Dimensión	Efectividad. Calidad
Justificación	El ingreso de pacientes readmitidos en urgencias es un suceso frecuente debido a la evolución de la enfermedad o a la aparición de complicaciones. Pero en ocasiones puede deberse a no haber realizado una valoración y/o tratamiento adecuados
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de readmisiones ingresadas} / \text{N}^\circ \text{ de readmisiones} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas. • Readmisión ingresada: Paciente readmitido en urgencias que requiere ingreso. Incluye también las derivaciones de ingreso a otros centros
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	< 15%
Comentarios	El indicador no detecta a los pacientes que acuden a otro centro.

URGI.19.- Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria	
Dimensión	Efectividad.
Justificación	Un error en el diagnóstico puede comportar consecuencias graves para el enfermo, siendo necesario que el diagnóstico en el alta de urgencias sea lo más preciso posible.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con un mismo diagnóstico en el}$

	ingreso y en el alta de hospitalización/ N° de pacientes ingresados por urgencias x 100
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico en el ingreso: diagnóstico inicial hecho en urgencias y motivo por el cual se ingresa al paciente. • Diagnóstico en el alta: diagnósticos definitivos del motivo que comportó la consulta en urgencias, excluyendo complicaciones posteriores.
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No hay estándar definido en población pediátrica
Comentarios	Se debe tener en cuenta que este indicador no valora la correlación diagnóstica de los pacientes dados de alta en domicilio desde urgencias

URGI.20.- Promedio de consultas de alta resolución en urgencias de pediatría	
Dimensión	Actividad
Justificación	La Consulta de Alta resolución de urgencias tiene como finalidad el seguimiento de una patología subaguda con dificultad de asistencia ambulatoria en atención primaria o el seguimiento precoz de pacientes con alta desde urgencias que precisen resultado de pruebas diagnósticas o valoración clínica
Fórmula	N° de consultas / Días naturales
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de alta resolución de urgencias: consulta dependiente de la unidad de urgencias de pediatría que presta asistencia a altas de urgencias o sala de observación de urgencias • Días naturales: días en los que la consulta está abierta
Fuente datos	Documentación clínica. Citas a consulta de alta resolución de urgencias (consulta iurg.01)
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	No hay estándar definido en población pediátrica
Comentarios	

URGI.21.- Codificación de diagnóstico	
Dimensión	Adecuación
Justificación	La codificación de los diagnósticos en urgencias es un índice de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, la labor docente y científica de todos los integrantes del mismo y permite un feedback a los profesionales
Fórmula	N° de altas con diagnóstico codificado / N° de altas

	x100
Explicación términos	• Codificación: ICD-10 a partir de enero de 2016
Fuente datos	Registro de codificaciones, hoja de informe asistencial
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	100%
Comentarios	En pediatría debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP.

URGI.22.- Protocolos de riesgo vital	
Dimensión	Adecuación. Calidad
Justificación	La buena práctica clínica, se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos se deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada a cada centro, y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones
Fórmula	Existencia de los protocolos del listado
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo: debe contemplar como mínimo valoración, diagnóstico, tratamiento, normas de evaluación del personal de enfermería y circuitos asistenciales utilizados. • Protocolos básicos: se considera que todo servicio de urgencias ha de disponer de los protocolos de: - Tratamiento del TCE. - Atención inicial al politraumatismo. - RCP básica y avanzada (tanto de población adulta como pediátrica). - Shock. En el ámbito pediátrico añadir: - Coma - Insuficiencia respiratoria • Actualización: referido al periodo de vigencia establecido que obliga a la su revisión, si no se ha hecho antes por cambios en la evidencia científica o otros problemas. En general se recomienda un periodo de 3 a 5 años.
Fuente datos	Listado de protocolos de la unidad
Tipo	Estructura
Frecuencia medición	Anual
Estándar	100% o sí
Comentarios	El estándar sólo se considerara conseguido cuando se disponga de los 6 protocolos referidos y con las características de contenido y actualización que se describen en la explicación de términos. Además de estos protocolos básicos, se recomienda protocolizar todas aquellas situaciones clínicas que por la

	variabilidad en la práctica médica habitual sean aconsejables
URGI.23.- Protocolos clínicos	
Dimensión	Adecuación. Calidad
Justificación	La buena práctica clínica, se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada al centro, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
Fórmula	Existencia de protocolos clínicos de las patologías más frecuentes
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos: la relación de protocolos tiene que incluir como mínimo los correspondientes a las patologías más frecuentes de cada servicio. Esto corresponde a los diagnósticos que de forma conjunta suman el 80 % de la actividad del servicio. • Contenidos mínimos de todo protocolo: métodos diagnósticos, terapéuticos y ayuda a la toma de decisiones que son imprescindibles para un protocolo de urgencias.
Fuente datos	Listado de protocolos de la unidad
Tipo	Estructura
Frecuencia medición	Anual
Estándar	80%
Comentarios	Cada centro debe tener sus propios protocolos o bien adaptar los protocolos hechos por otros centros a las realidades del propio hospital. En pediatría el porcentaje es superior por una mayor variabilidad en los diagnósticos. Además de los protocolos clínicos se recomiendan otros protocolos como el de catástrofes externas

URGI.24.- Existencia de plan estratégico de la unidad	
Dimensión	Adecuación
Justificación	El diseño del funcionamiento de trabajo, así como los objetivos, metas e indicadores con periodos de validez mejora la calidad asistencial de las unidades de trabajo.
Fórmula	Existencia de plan estratégico de la unidad de urgencias validado por la Jefatura de Servicio de Pediatría y Dirección Médica del Hospital
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico: documento donde se especifique misión, visión y valores de la unidad, así como líneas

	estratégicas de trabajo con objetivos y metas, así como indicadores clave para su monitorización
Fuente datos	Documentación clave de la unidad
Tipo	Estructura
Frecuencia medición	Cuatrienal
Estándar	Sí
Comentarios	

URGI.25.- Existencia de responsables por áreas de trabajo

Dimensión	Adecuación
Justificación	El establecimiento de responsables de medicina y enfermería por áreas de trabajo aumenta la motivación del personal y aumenta la posibilidad de establecer ciclos de mejora
Fórmula	Existencia de responsable por áreas de trabajo
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Areas de trabajo: se consideran áreas de trabajo clave: -Sala de Atención Inmediata/Sala de Emergencia -Triage -Sala de Observación de Urgencias -Salas de técnicas -Consulta de alta resolución -Docencia e investigación
Fuente datos	Documentación clave de la unidad
Tipo	Estructura
Frecuencia medición	Bianual
Estándar	Sí
Comentarios	El estándar se cumple ante la existencia de responsable en las 6 áreas de trabajo

URGI.26.- Sesiones clínicas en la unidad

Dimensión	Docencia. Adecuación
Justificación	La unidad de urgencias debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención urgente, independientemente de otras actividades que cada especialidad realice (a las cuales es conveniente que los médicos de urgencias también asistan).
Fórmula	Nº de horas mensuales
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Se consideran sesiones específicas aquellas dedicadas a temas específicos de la atención urgente (revisión, protocolos, temas de organización, etc). • Se excluyen las sesiones de cambios de guardia y/o las propias de los servicios especialistas.
Fuente datos	Memoria de la actividad docente de la unidad
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	8 horas/mes

Comentarios	Las sesiones pueden tener contenidos diversos (protocolos, casos, etc), y se deben hacer en horario laboral.
-------------	--

URGI.27.- Formación continuada	
Dimensión	Docencia. Adecuación
Justificación	La participación y/o asistencia a actividades formativas en otros lugares o instituciones es interesante por el hecho de adquirir nuevos conocimientos, ver otras formas de "hacer" y crear vínculos profesionales e institucionales. Todo esto mejora la calidad global del servicio.
Fórmula	Nº de horas/año de formación externa/ persona
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> Formación Continuada: Actividad formativa que dispone de la acreditación adecuada, y realizada fuera del servicio de urgencias. Personal: Personal asistencial del Servicio de urgencias: Staff facultativo y enfermería.
Fuente datos	Memoria de la actividad docente de la unidad
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	40 horas/persona/año
Comentarios	Se excluyen los congresos y las actividades promocionales de la "Industria Farmacéutica"

URGI.28.- Revisión del material y aparatos de la sala de atención inmediata y carros de parada	
Dimensión	Riesgo.
Justificación	Dada la actividad que se realiza en la sala de reanimación es necesario disponer de un utillaje y una medicación concreta de forma inmediata. Lo mismo es válido para aquellos lugares donde se utiliza un carro con todo el material necesario para la reanimación.
Fórmula	Nº revisiones realizadas / Nº revisiones previstas
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> Revisión realizada: Control y reposición de la medicación y material de los cuales se debe disponer y del correcto funcionamiento de los aparatos. Debe constar fecha, hora y persona que realiza la revisión. Revisiones previstas: cada hospital establecerá la frecuencia que crea adecuada, aunque a nivel internacional se recomienda que se haga en cada cambio de turno y después de utilizar la sala.
Fuente datos	Libro de registros específico
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Mensual
Estándar	100%
Comentarios	

URGI.29.- Información a pacientes	
Dimensión	Satisfacción
Justificación	El derecho a la información está reconocido en la ley de Sanidad, siendo por tanto un imperativo legal. La información sobre el proceso asistencial da la autonomía necesaria al paciente para participar de las decisiones que le afectan. El hecho que el paciente no sea informado de su proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) es una circunstancia inadmisibles.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ pacientes informados} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes dados de alta en urgencias} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente informado: pacientes que responden "sí" a las preguntas de la encuesta de satisfacción referidos a la información. • Si la encuesta tiene más de una pregunta referida a la información, se considerará informado cuando la respuesta sea "sí" a todas. • Cuando las preguntas de la encuesta tienen una escala de medida ordinal, se acepta como "si" el conjunto de respuestas positivas
Fuente datos	Encuesta satisfacción
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Anual
Estándar	>90%
Comentarios	Es recomendable la existencia de una normativa de servicio referente a la información y la disponibilidad de folletos informativos.

URGI.30.- Encuesta de satisfacción al usuario	
Dimensión	Satisfacción. Eficacia
Justificación	Aunque la satisfacción del usuario puede no estar asociada a la calidad técnica si lo está a la llamada calidad percibida que es de vital importancia ya que permite conocer aquellos aspectos mejorables y en consecuencia incrementar la calidad asistencial.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ pacientes satisfechos} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos} \times 100$
Explicación términos	Se define como satisfacción del paciente aquella situación en la que se consigue igualar o superar sus expectativas con relación a su cuidado y tratamiento
Fuente datos	Encuesta de satisfacción
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Anual
Estándar	En una escala de valoración de 1 a 10 (1=peor; 10=mejor) debe obtenerse un valor promedio de 8.
Comentarios	Las encuestas deben incluir información sobre los principales elementos que constituyen el circuito

	asistencial tanto estructural como la actuación de los diversos estamentos (administrativos, sanitarios..) que participan en el mismo. La encuesta puede utilizar cualquiera de los diversos métodos descritos en la literatura (vía telefónica, correo ordinario, encuesta “in situ”) Debe realizarse como mínimo una vez al año
--	---

URGI.31.- Consentimiento informado	
Dimensión	Satisfacción
Justificación	La información sobre el proceso asistencial, a través de Documento de Consentimiento Informado (DCI), además de ser un requisito legal, constituye un elemento de participación de los pacientes / padres en las decisiones relacionadas con su proceso, y fomenta la autonomía. Se entiende por consentimiento informado, la aceptación libre por parte de un paciente (padres o tutores) de un acto diagnóstico o terapéutico después de haber sido adecuadamente informado al respecto. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Queda constancia de que se ha producido el consentimiento informado mediante la firma de un DCI, que conlleva el deber previo de informar correctamente.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo que tienen DCI adecuadamente cumplimentado}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo}} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> •Adecuadamente cumplimentado: cuando el documento está firmado y con todos los datos debidamente anotados. • Procedimientos de riesgo: - Procedimientos con anestesia general o regional. - Radiología con contraste intravascular, intervencionista o con anestesia - Endoscopia terapéutica - Transfusiones. - Sedoanalgesia. • DCI adecuadamente cumplimentado en el que deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible: a) Datos personales del paciente. b) Nombre y apellidos del médico que informa. c) Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. d) Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia. e) Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. f) Descripción de los riesgos personalizados. g) A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del

	procedimiento y sus consecuencias. h) Declaración del paciente/ padres de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente/ padres participen, si así lo desean, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias. i) Manifestación del paciente / padres (tutores) acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento. j) Fecha y firmas del médico que informa y del paciente. l) Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento
Fuente datos	Documentación clínica.
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	100%
Comentarios	

URGI.32.- Uso de rehidratación endovenosa en pacientes deshidratados con gastroenteritis aguda	
Dimensión	Efectividad. Calidad
Justificación	La rehidratación oral es la terapia de elección para las deshidrataciones que se asocian a la gastroenteritis aguda (GEA). La rehidratación endovenosa (REV) es una técnica menos fisiológica, más agresiva y costosa sin aportar ventajas.
Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por GEA con REV} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por GEA} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • GEA: eliminación de heces líquidas o semilíquidas en n° de 3 o más en 12 horas. • REV: reposición de líquidos electrolíticos por vía endovenosa. Exclusión: <ul style="list-style-type: none"> - shock - íleo paralítico. - obnubilación. - acidosis metabólica grave.
Fuente datos	Documentación clínica.
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	<5%
Comentarios	

URGI.33.- Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral	
Dimensión	Efectividad. Eficiencia
Justificación	En los síndromes febriles agudos sin foco y en las infecciones respiratorias agudas (IRA) de probable etiología vírica la prescripción de antibióticos no varía el curso de la enfermedad, dificulta estudios posteriores y facilita la aparición de resistencias y de costes.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de S. Febril sin foco o de IRA no complicada a los que se prescribe tratamiento antibiótico}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes diagnosticados de S. Febril. Sin focos o de IRA no complicada}} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre sin foco: ausencia de focos aparente de la fiebre después de la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios cuando proceda. • Se incluyen como IRA de etiología vírica: <ul style="list-style-type: none"> - infección aguda vías respiratorias superiores -- - Laringitis - Bronquiolitis - Bronquitis - Faringoamigdalitis en < 2 años. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre sin foco en pacientes < 3 meses. - Inmunosupresión. - Paciente con enfermedad crónica debilitante
Fuente datos	Documentación clínica.
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	<5%
Comentarios	Se seleccionan los 5 síndromes referidos por su prevalencia y por la facilidad de medida pues, se pueden identificar claramente por diagnóstico de salida

URGI.34.- Determinación de tensión arterial (TA) en cefalea	
Dimensión	Efectividad. Calidad
Justificación	La cefalea puede ser el primer síntoma de una patología grave, como la hipertensión arterial maligna. La determinación sistemática de la tensión arterial en todos los pacientes con cefalea evitaría la posibilidad de no identificar una patología de esta gravedad.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con cefalea y determinación de TA}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de cefalea al alta}} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de TA: registro de la TA como mínimo una vez, en el registro de enfermería.
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Proceso

Frecuencia medición	Anual
Estándar	100%
Comentarios	

URGI.35.- Determinación de la SatO2 (SO) y Frecuencia respiratoria (FR) en pacientes con dificultad respiratoria	
Dimensión	Eficacia. Calidad
Justificación	La determinación de la saturación de oxígeno (SO) y de la frecuencia respiratoria son dos parámetros de importancia en la evaluación del paciente con dificultad respiratoria. Conocer la SO es útil para valorar la gravedad de un cuadro de dificultad respiratoria, la necesidad de oxígeno del paciente y la respuesta al tratamiento planteado. La determinación de la SO es objetiva y se puede obtener en niños de cualquier edad. La frecuencia respiratoria está claramente relacionada con el grado de dificultad respiratoria.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con dificultad respiratoria en los que se determina la SO y la frecuencia respiratoria}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con dificultad respiratoria}} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria: signos y/o síntomas que reflejan el fracaso en la función de satisfacer la demanda metabólica de oxígeno o la incapacidad de eliminar el dióxido de carbono. • Pulsioximetría: técnica que mide el pulso y la SO captando, mediante una célula fotoeléctrica, las diferentes longitudes de onda de la hemoglobina. • Frecuencia respiratoria: número de respiraciones por minuto. Debe adaptarse a la edad del paciente
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Anual
Estándar	100%
Comentarios	La lectura de la saturación de oxígeno debe hacerse meticulosamente y es preferible utilizar los pulsioxímetros que presentan, además de los dígitos con la SO y la frecuencia cardíaca, la onda del pulso. De esta forma sabremos, con bastante seguridad, que la lectura de la SO es correcta.

URGI.36.- Utilización del TAC en el TCE	
Dimensión	Adecuación. Calidad
Justificación	La TAC es la técnica de exploración radiológica fundamental para la detección de lesiones intracraneales (LIC) después de un traumatismo craneoencefálico (TCE), con una sensibilidad y

	especificidad de prácticamente el 100%.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por TCE y criterios de TAC, en los que se ha realizado}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por TCE con criterios TAC}} \times 100$
Explicación términos	<p>Criterios para realizar tac en TCE:</p> <p>Niños menores de 1 año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de conciencia > de 1 minuto. - Sintomáticos (irritable, vómitos). - Fontanela abombada. - Exploración neurológica anómala. - Rx de cráneo con fractura. <p>Niños mayores de 1 año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inicial < 14. - Glasgow 14 mantenido. - Déficit neurológico. - Convulsiones. - Fractura deprimida. - Signos de fractura de base de cráneo. - Heridas penetrantes. <p>Considerar TAC SÍ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hª de pérdida de conciencia. - Vómitos repetidos. - Cefalea mantenida. - Irritabilidad. - Mecanismo de producción muy violento
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	100%
Comentarios	

URGI.37.- Peticiones de radiología	
Dimensión	Eficiencia. Riesgo
Justificación	La petición de radiografías innecesarias puede comportar iatrogenia, demoras, encarecimiento y empeoramiento de la calidad asistencial
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes dados de alta en domicilio con realización de exploración radiológica}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes dados de alta en domicilio}} \times 100$
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración radiológica: realización de cualquier exploración mediante aparatos de radiodiagnóstico, independientemente del número de placas.
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Anual
Estándar	30%
Comentarios	

URGI.38.- Hemocultivos contaminados	
Dimensión	Efectividad. Calidad
Justificación	La obtención de muestras sanguíneas por la práctica de hemocultivo debe seguir un procedimiento riguroso, para evitar la contaminación de las muestras
Fórmula	N° de hemocultivos contaminados / N° total de hemocultivos x100
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Hemocultivo contaminado: informado como tal por microbiología
Fuente datos	Documentación clínica
Tipo	Resultado
Frecuencia medición	Semestral
Estándar	<5%
Comentarios	La cifra se incrementa claramente cuando se evalúan hemocultivos de pacientes por debajo del año ya que la extracción es mucho más compleja.

URGI.39.- Utilización de sedoanalgesia en procedimientos	
Dimensión	Adecuación. Calidad
Justificación	El manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en el Servicio de Urgencias, han de ser contemplados como una parte de la estrategia integral de atención a los pacientes
Fórmula	N° de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo / N° de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia x100
Explicación términos	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación/Analgesia: “ Estado que permite a los pacientes tolerar procedimientos que generan gran dolor o ansiedad, mientras se mantiene la capacidad de respuesta a estímulos táctiles o verbales. Los pacientes que solo responden con respuestas de retirada a estímulos dolorosos, están sedados en mayor grado de lo que incluye la sedación / analgesia. American Society of Anesthesiologist. • Procedimientos subsidiarios de Sedoanalgesia: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de catéteres centrales. - Sutura de heridas importantes. - Reducción de dislocaciones y fracturas. -Desbridamiento de quemaduras. -Drenaje de abscesos. -Determinados exámenes ginecológicos. - Toracocentesis. -En general, procedimientos que no son particularmente dolorosos, pero que requieren que el niño no se mueva.
Fuente datos	Documentación clínica

Tipo	Proceso
Frecuencia medición	Semestral
Estándar	90%
Comentarios	En todos los casos el procedimiento se llevará a cabo siguiendo las guías publicadas por al Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Americana de Anestesiología y El Colegio Americano de Médicos de Emergencias.

VI.- CALCULO DE NECESIDADES DE PERSONAL

Recomendaciones Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Urgencias (SEMES)⁽³³⁾

La SEMES propone calcular las necesidades de facultativos sobre la carga de trabajo y los tiempos medios de atención por nivel de prioridad propuestos por diversos organismos como la Joint Commission on Accreditation of Hospitals Organization, American Academy of Emergency Medicine, Australasian College of Emergency Medicine. Se calculan sobre el nivel de gravedad de los pacientes que acuden a la Unidad de Urgencia Hospitalaria (UUH), estableciendo un tiempo medio de atención médica por nivel. Una fórmula genérica para calcular la plantilla de facultativos es:

[0,37 x nº de asistencias año / nº de horas anuales contratadas por facultativo] Teniendo en cuenta los cálculos realizados anteriormente, en consultas, aproximadamente hace falta un equivalente de médico adjunto a tiempo completo por cada 4.000 pacientes asistidos y año. 0,37 se supone que es la media de porcentaje horario que consume un paciente en urgencias.

Sin embargo, esta carga que varía en función de la prioridad y el mix de pacientes atendidos puede variar de forma importante, por lo que se recomienda que la necesidad de recursos se calcule, por turno, sobre el mix histórico de pacientes atendidos.

$$F = [\sum NI-V * TI-V] (Hd * DA * 60 * RA)$$

Donde: F es el número necesario de facultativos especialistas adscritos a la UUH. NI-V es el número de casos por cada nivel de gravedad. TI-V es el tiempo medio estimado por nivel de gravedad expresado en minutos de atención. HD es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista. DA es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista. RA es el rendimiento asistencial de los facultativos expresado en porcentaje. Para atender a este criterio se puede estimar, para los médicos especialistas de plantilla de la UUH que se multiplique por un factor de 80% para atender a otras actividades (formación continuada -incluidos congresos, reuniones-, investigación y docencia), y por un factor entre 50% al 70% para el responsable de la UUH.

Las fórmulas anteriormente citadas para el cálculo de la dotación de médicos son orientativas. El número de facultativos asignados a la urgencia debe incrementarse si esta unidad debe atender a los pacientes que permanecen en

unidades de observación específicas durante más de 12 horas o a los enfermos pendientes de ingreso. Esta última circunstancia sucede con relativa frecuencia en la mayoría de las urgencias hospitalarias y supone una importante sobrecarga asistencial tanto para médicos como para el resto del personal sanitario de urgencias. La recomendación de SEMES para la sala de observación de urgencias es de un facultativo por cada 8 pacientes, por turno. Debe, en relación con la dotación de médicos en la sala de observación, alertarse sobre la necesidad de adecuar los recursos humanos a la carga de trabajo real existente en la UUH. Existen notables diferencias dependiendo del tipo de hospital y UUH y, por tanto, del volumen de pacientes atendidos y su complejidad. Asimismo la organización de la UUH y su relación con el hospital tiene una incidencia directa sobre las necesidades de recursos humanos. Los requerimientos para una sala de observación de menos de veinticuatro horas son distintos que si ésta se utiliza como un sustituto de la hospitalización convencional (por ejemplo, por falta de disponibilidad de camas en las unidades de enfermería de hospitalización polivalente). La organización y gestión de los recursos humanos (turnos, sustituciones, etc.) tiene una incidencia directa en el dimensionado de las plantillas. Es relevante que el patrón de dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, se adecue a las posibles variaciones, por turno, así como en días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra generalmente entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas

La recomendación de la SEMES es que el personal de enfermería en consultas/boxes de exploración debe estar en número no inferior a una enfermera por cada 4.000 asistencias/año o bien determinarlo en función a la fórmula: $[0,37 \times \text{n}^\circ \text{ de asistencias año} / \text{n}^\circ \text{ de horas anuales contratadas por enfermera}]$ Los ratios de enfermeras han de estar basados en problemas y necesidades de los pacientes, dependencias y cargas de trabajo derivadas. Al número de enfermeras asistenciales calculado hay que sumarle el derivado de la cobertura de 24 horas de los puestos de clasificación (si lo realiza una enfermera) y, si existe, de control de procesos. En la sala de observación el número de enfermeras debe estar en relación con la necesidad de cuidados de los pacientes ingresados. En el documento: “Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones” se señalan las dificultades de los métodos de

cálculo de necesidad de recursos humanos, refiriéndose a las orientaciones propuestas por el Colegio de Enfermería de Cataluña. La California Nurses Association y la SEEUE, recomiendan una relación de 1 enfermera por cada cuatro pacientes. El informe del CEM The way ahead(2005), señala que el modelo tradicional de desplazamiento de personal al box de paradas en caso necesario paraliza otras zonas de la UUH. Para evitar este problema, el mencionado informe sugiere que las zonas de reanimación tienen que dotarse de personal de enfermería clínica con habilidades y experiencia avanzada en reanimación. Mientras no se necesiten en la sala de reanimación, este personal puede prestar servicio en otras partes de la UUH. Utilizando datos históricos, el promedio de ocupación de la sala de reanimación, por turno, se puede estimar la necesidad de este personal, con el criterio de una enfermera por paciente.

Normas y estándares de acreditación para los servicios de urgencias pediátricas. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) ⁽¹⁾

Debe existir un Responsable del Servicio que reúna las siguientes características: ser médico y tener una experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias de pediatría de, al menos 5 años, y además ejercer la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros departamentos, cuando realicen actividad en él.

Debe disponer de personal médico suficiente para garantizar la adecuada asistencia a todos los pacientes que recibe y trata. El número va a depender tanto del volumen de pacientes atendidos, como de la estructura del servicio. No precisará la misma dotación unas urgencias pediátricas si dispone, o no, de una Unidad de Observación o de corta estancia, que va a necesitar un facultativo específico según su volumen. Ni tampoco un hospital docente, con residentes que necesitan supervisión, que otros que no los dispongan. Consideramos que sería recomendable que hubiera 1 pediatra de urgencias por cada 30-40 visitas diarias. En el caso de los hospitales docentes se recomendaría 1 pediatra de urgencias y 1 residente por cada 40-50 visitas diarias. El 50% de este personal facultativo debería disponer de experiencia documentada en medicina de urgencias de pediatría superior a 3 años, debiendo contar con documentos acreditativos que avalen esta formación. En el supuesto de que el triage sea

responsabilidad exclusivamente facultativa debe haber, como mínimo, un médico por turno destinado específicamente a este fin.

Debe disponer de un Enfermero Responsable de la gestión de todo el proceso de enfermería, así como del personal de servicios generales en contacto con el paciente (celador, técnicos, pinches...). Además debe disponer de personal de enfermería y auxiliar de enfermería, en número necesario para asegurar la calidad asistencial, dependiendo dicho número también tanto del volumen de pacientes atendidos como de la estructura de la unidad, especialmente a lo que se refiere a existencia de Unidad de Observación y estructura del sistema de triaje. Sería recomendable que dicho número, por turno de trabajo, no fuera inferior a un/a enfermero/a por cada 30-40 visitas diarias, y un/a auxiliar por cada 40-50 visitas diarias. El 50% del personal de enfermería debería disponer de experiencia documentada en medicina de urgencias de pediatría superior a 2 años, debiendo contar con documentos acreditativos que avalen esta formación. En el supuesto de que el triaje sea responsabilidad del personal de enfermería, debe haber, como mínimo, una enfermera por turno destinada específicamente a este fin.

Los criterios para el diseño del número de sanitarios de la unidad se basan en las recomendaciones anteriormente expuestas así como en la necesidad de cobertura y especialización en determinadas áreas de trabajo

1.- Jefe Sección/Coordinador urgencias

Funciones establecidas en las recomendaciones para acreditación de SEUP

2.- Pediatras adscritos a la unidad de urgencias (7)

Funciones:

- Cobertura de turnicidad de tarde de lunes a viernes (1)
- Funciones en horario de mañana
 - a. Asistencia en reconocimientos (2)
 - b. Asistencia en Sala de Observación de Urgencias (1)
 - c. Asistencia a técnicas (1)
 - d. Asistencia a Consulta de alta resolución (1)

A los pediatras adscritos a la unidad de urgencias se le exigirá unos conocimientos específicos reflejados en las recomendaciones para acreditación de SEUP

Se asignará responsabilidad por áreas de trabajo diferenciadas:

- a. Triage
- b. Sala de atención inmediata
- c. Sala de técnicas (traumatología y cirugía)
- d. Sala de observación de urgencias
- e. Docencia e investigación
- f. Calidad y seguridad

Se asignará a cada pediatra a una línea de investigación de la unidad

3. Distribución de pediatras durante la guardia médica

Todos los días de guardia existirá un pediatra de la unidad de urgencias. Los días de lunes a viernes existirá además un pediatra externo a la unidad y un pediatra en turnicidad de tarde perteneciente a la unidad.

Los fines de semana y festivos además de un pediatra de la unidad existirá un pediatra externo a la unidad y otro del pool total de pediatras de guardia

A los pediatras externos a la unidad que realicen guardias se les motivará en la adquisición de competencias a través de cursos realizados a través de formación continuada de la unidad

El trabajo asistencial y responsabilidades durante la guardia quedará definido

- Distribución durante la semana (lunes-viernes)
 - a. Pediatra de guardia perteneciente a urgencias de pediatría: asistencia en sala de observación de urgencias, líder de actuación en sala de atención inmediata, técnicas de sedoanalgesia, gestor de espera
 - b. Pediatra de la unidad de urgencias con turnicidad de tarde: responsable asistencial de pacientes con nivel de triaje 2 y 3, médico 2 de pacientes en sala de atención inmediata
 - c. Pediatra de guardia externo a la unidad: responsable asistencial de pacientes con nivel de triaje 4 y 5

d. 4 residentes: 3 residentes de pediatría de los que al menos 1 sea residente de segundo año o mayor, 1 residente de medicina de familia y comunitaria

- Distribución durante fines de semana y festivos

a. Pediatra de guardia perteneciente a urgencias de pediatría: asistencia en sala de observación de urgencias, líder de actuación en sala de atención inmediata, técnicas de sedoanalgesia, gestor de espera

b. Pediatra de guardia externo a la unidad: responsable asistencial de pacientes con nivel de triaje 2 y 3

c. Pediatra de guardia del pool de guardia de urgencias: responsable asistencial de pacientes con nivel de triaje 4 y 5

d. 4 residentes: 3 residentes de pediatría de los que al menos 1 sea residente de segundo año o mayor, 1 residente de medicina de familia y comunitaria

4.- Supervisor de enfermería (81)

5.- Enfermeros (27)

Distribución por turnicidad con 5 enfermeros por turno:

a. Enfermero de triaje

b. Enfermero de Sala de Observación de urgencias

c. Enfermero de técnicas y apoyo a Sala de Observación de urgencias si > 7 pacientes ingresados

d. Enfermeros (2) en reconocimientos y sala de técnicas de enfermería

Todas las mañanas de diario estaría una enfermera con función de “enfermera clínica” cuya finalidad es el de monitorizar ciclos y sistemas de mejora.

6.- Auxiliares de enfermería (17)

Distribución por turnicidad con 3 auxiliares por turno:

a. Auxiliar para Sala de Observación de Urgencias

b. Auxiliares para reconocimientos y sala de técnicas de enfermería

VII.- CURRICULUM VITAE

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: Carlos Pérez Cánovas

Fecha nacimiento: 25 de abril 1976. Madrid

Dirección: C/Mozart nº 4, 4ºD. CP 30002. Murcia

Tfno: 669216083

Mail: cpcanovas76@hotmail.com

Profesión: Médico

Especialidad: Pediatría

2.- FORMACIÓN ACADÉMICA

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. Año 2000
- Doctorado por el departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Universidad de Murcia. Año 2005
- Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Año 2005

3.- FORMACIÓN CLÍNICO-ASISTENCIAL

- Médico interno residente de Pediatría en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. 2001-2005
- Médico adjunto Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. 2005-2007. Realización de guardias de presencia física hasta el año 2011 (60 guardias anuales)
- Médico adjunto Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde 2007 hasta la actualidad.

4.- FORMACIÓN DOCENTE

- Profesor asociado del Departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia
- Instructor nacional de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal
- Miembro del grupo murciano de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal
- Impartición de cursos como Instructor de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal 2-3 cursos anuales
- Instructor en Simulación Pediátrica Robótica Avanzada por la SEUP

- Coordinador de curso anual de Simulación Pediátrica Avanzada para profesionales de Urgencias de Pediatría avalado por Formación Continuada del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia
- Curso APLS (American Pediatric Life Support) de la Academia Americana de Pediatría
- Miembro del Grupo Murciano de Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico (AITP)
- Instructor de Seguridad del Paciente Pediátrico en Urgencias de Pediatría
- Tutor de prácticas extracurriculares de los alumnos de la titulación de Licenciado en Medicina de la Universidad de Murcia durante curso académico 2008/2009; 364 horas (15 créditos)
- Impartición de cursos como ponente en temas relacionados con urgencias pediátricas a nivel regional y nacional

5.- FORMACIÓN INVESTIGADORA

Publicaciones

- Dolor de espalda. J. Rodríguez Caamaño, C. Pérez Cánovas. Tratado de Urgencias de Pediatría. 2ª Edición. Pag. 691-699
- Anemia grave en el paciente de raza negra. M. Plaza Fornieles, J. Enjuanes Llovet, C. Pérez Canovas, C. Solano Navarro, M. Bermúdez Cortés, M. Berenguer Piqueras. Urgencias en Pediatría. Vol 14, nº1, febrero 2017
- Enterovirus reverse transcriptase polymerase chain reaction assay in cerebrospinal fluid: an essential tool in meningitis management in childhood. Menasalvas-Ruiz AI, Salvador-García C, Moreno-Docon A, Alfayate-Miguel S; Pérez-Cánovas C, Sánchez-Solis M. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013 Feb; 31(2):71-5
- Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. R. Piñero Pérez, F. Hijano Bandera, F. Alvez González, A. Fernández Landaluce, C. Pérez Cánovas, C. Calvo Rey y M.J. Cilleruelo Ortega. Anales Pediatría. 2011; 75(5):342.e1-342.e13
- Grupo de Investigación Hermes: evaluación de la exposición dietética a metilmercurio en poblaciones vulnerables de la Región de Murcia (España). Anales de Pediatría. 2007; 66(4): 417-28

Ponencias / Comunicaciones a congresos

Congresos Internacionales

- Sharp decline of invasive pneumococcal disease after heptavalent pneumococcal conjugate vaccine licensure in Murcia. 25th Annual Meeting of The European Society for Paediatric Infectious Diseases. 2007

Congresos Nacionales:

- Episodio aparentemente letal. ¿Somos agresivos en la actuación?. 22 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2017

- Torsión ovárica. ¿Estamos todavía ante un desafío diagnóstico y terapéutico?. Revisión de causuística. 22 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2017

- Consulta de alta resolución en urgencias pediátricas. Búsqueda de mejoras en la calidad asistencial. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- La sala de atención inmediata como soporte en la estabilización del paciente pediátrico en urgencias. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Soporte de sedoanalgesia ante procedimientos dolorosos en urgencias. ¿Cuál es nuestra actuación?. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Nuevos indicadores de calidad en intoxicaciones pediátricas. ¿Cumplimos las expectativas?. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Mejora en el manejo hospitalario de bronquiolitis aguda tras instauración de vía clínica. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Fracturas que precisan reducción cerrada altamente dolorosa. Compromiso del pediatra de urgencias. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Actuación frente al traumatismo craneoencefálico leve en urgencia hospitalaria y su adecuación a las guías de práctica clínica. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Simulación en emergencia pediátrica con grupos mixtos pediatra-enfermero. Un paso más en la formación sanitaria. 21 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016

- Ventilación no invasiva en la insuficiencia respiratoria aguda pediátrica. Factores predictores de fracaso. 26 Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2011
- Tiroiditis supurada de repetición por fístula de seno piriforme. 14 Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2009
- Alteraciones radiológicas torácicas como errores de interpretación. XIV Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2009
- Estudio del rendimiento de nuestra unidad de observación de urgencias. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Enfermedad de Lyme como causa de parálisis facial periférica. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Fiebre sin foco en lactantes menores de 6 meses. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Afectación psiquiátrica como manifestación de debut de diabetes mellitus. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Retinoblastoma vía leucocoria. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Hipercalcemia como causa de iatrogenia por vitamina D. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- Intoxicación grave por organofosforados. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2007
- Abscesos cerebrales en pediatría. Revisión de 5 casos. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2007
- Ventilación no invasiva en UCIP. Nuestra experiencia. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2007
- Diagnóstico de muerte encefálica y donación en población pediátrica. XX Reunión Nacional de coordinadores de transplantes. 2005
- Ingresos por complicaciones de varicela en unidad de cuidados intensivos. 54 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2005
- Encefalopatía epiléptica catastrófica idiopática. A propósito de un caso. 54 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2005
- Peritonitis espontánea neumocócica secundaria a otomastoiditis. 54 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2005

- Síndrome de Reye Like recurrente. 54 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2005
- Experiencia durante tres años del uso de palivizumab en nuestro hospital. 53 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2004
- Seguimiento de la prevención en la transmisión vertical del hijos de madre VIH en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. 52 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2003

Congresos Regionales

- Sospecha de enfermedad metabólica ante un niño con vómitos recurrentes. XXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2002
- Antibióticos en Urgencias: Estrategia para optimizar su indicación. XXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2002
- Errores en Urgencias: A propósito de dos casos. XXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2002
- Valoración en Urgencias de la infección urinaria del lactante. XXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2002
- Estudio prospectivo de morbimortalidad de los recién nacidos menores de 1500 gramos durante el año 2002 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. XXX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2003
- Índice CRIB como predictor de mortalidad y morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso. Estudio comparativo frente al peso al nacimiento y edad gestacional. XXX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2003
- Estudio epidemiológico y de patologías más comunes en neonatos de embarazos múltiples. XXX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2003
- Mortalidad neonatal y perinatal en la Región de Murcia. Año 2002. XXX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2003
- Estudio descriptivo de meningitis neumocócica en edad pediátrica. XXXI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2004
- Patología cardíaca en el dolor torácico aislado. XXXI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2004
- Estudio descriptivo de infección nosocomial en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos. XXXI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2004
- Rendimiento del Servicio de Observación de Urgencias de Pediatría del HUCA. XXXIV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2007

- Triage pediátrico en nuestro hospital: Análisis de datos. XXXIV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2007
- Intoxicación por Paraquat: Presentación de 2 casos. XXXIV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2007
- Agresiones a animales: Tratamientos. Mesa Redonda “Cosas de Urgencias de Pediatría”. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Presión asistencial en Urgencias: Datos distributivos. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Demanda asistencial por intoxicaciones. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Leishmania: Hallazgo casual en estudio de fiebre de origen desconocido. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Valor pronóstico de la proteína S-100 B en el traumatismo craneoencefálico leve. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Trombopenia neonatal fulminante. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Ingresos hospitalarios. Influencia de diferentes actividades de Urgencias. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Seguimiento del lactante pequeño con fiebre sin foco. XXXV Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2008
- Manejo del lactante con fiebre sin foco aparente y buen estado general. XXXVI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2009
- Estudio comparativo preliminar del lactante pequeño con síndrome febril. XXXVI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2009
- Estudio de pacientes ingresados por bronquiolitis. Análisis del humo de tabaco como factor agravante. XXXVII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2010
- Observatorio de la afluencia de la afluencia en Urgencias de Pediatría de la nueva gripe A. XXXVII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2010
- Intoxicaciones en Urgencias de Pediatría. Evaluación del manejo antes de la puesta en marcha de protocolo de actuación. XXXVII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2010
- Asistencia a neonatos en Urgencias de Pediatría. XXXVII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2010

- Manejo inicial en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un caso de diabetes insípida nefrogénica en un lactante de 3 meses. XXXVII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2010
- Evolución de las intoxicaciones pediátricas en nuestro hospital. XXXVIII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2011
- Vicisitudes de la demanda asistencial en Urgencias de Pediatría. XXXVIII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2011
- Edema agudo de pulmón no cardiogénico por presión negativa. XXXVIII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2011
- Tricobezoar gástrico como causa de obstrucción digestiva alta. XXXVIII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2011
- Seguimiento ambulatorio del paciente pediátrico con diagnóstico de pielonefritis aguda. XXXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2012
- Ingresos por infección urinaria. ¿Ha cambiado su manejo?. XXXIX Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2012
- Valor de parámetros analíticos en la diferenciación de infección bacteriana grave. XL Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2013
- Asistencia al neonato en un Servicio de Urgencias. Plan de mejora. XL Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2013
- Traumatismo craneoencefálico leve y minor en Urgencias de Pediatría. XL Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2013
- Evaluación del paciente pediátrico con pielonefritis aguda. XL Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2013
- Disminución del nivel de conciencia neonatal. ¿Cuál es su diagnóstico?. XL Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2013
- Enfermedad de Kawasaki: nuestra situación epidemiológica y clínica y su asociación a complicaciones. Revisión de 5 años. XLI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2014
- Manejo de pacientes con diagnóstico de laringitis en un Servicio de Urgencias. Revisión de 5 años. XLI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2014
- Laringitis aguda: Experiencia en Urgencias de un hospital de tercer nivel. XLI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2014

- Manejo de la patología pediátrica en Sala de Observación de Urgencias: Gestión para disminuir el ingreso hospitalario. XLI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2014
- Observación clínica y manejo del traumatismo craneoencefálico en pediatría. XLI Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2014

Cursos

- Advanced Pediatric Life Support. Curso de Urgencias de Pediatría de la Academia Americana de Pediatría. 2010
- Curso de Instructor en Seguridad del Paciente en Urgencias de Pediatría. 2013.
- XII Curso de Instructores en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. 2006 (30 horas)
- Conceptos básicos de bioestadística para el médico. Conocimientos matemáticos. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2012 (25 horas)
- I Programa de Formación Continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. 2008 (7,9 créditos)
- II Programa de Formación Continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. 2010 (11,2 créditos)
- Taller de electrocardiografía para pediatras. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2007 (2,4 créditos)
- I Curso de Atención Inicial al Trauma Pediatrico. 2012
- Taller de Técnicas de Oxigenoterapia. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2013
- Curso de Reanimación Cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2004 (25 horas)
- Curso Dermatología Infantil. Formación Continuada HCUVA. 2003 (9 horas)
- Curso de Gastroenterología Infantil. Formación Continuada HCUVA. 2003 (32 horas)
- Hipertensión arterial pulmonar. Actualización y manejo diagnóstico. 2008 (3,5 horas lectivas)
- Actualización en Cardiología Pediátrica. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2006 (3,8 créditos)
- Emergencias Pediátricas. Formación Continuada HCUVA. 2005 (20 horas)
- Lactancia Materna para profesionales. Formación Continuada HCUVA. 2005 (15 horas)
- Dermopediatrics V. 2008. (0,8 créditos)

- Curso de Urgencias para Residentes de primer año. Formación Continuada HCUVA. 2001 (13 horas)
- Curso de Gastroenterología Pediátrica. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2007 (15 horas)
- Curso Monográfico sobre Nutrición Clínica. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. 2003. (40 horas)
- Actualización en Cardiología Pediátrica. Formación Continuada HCUVA. 2004 (15 horas)
- V Curso de Formación Continuada para ediatras sobre actualización en Cardiología Pediátrica. 2003 (10 horas)
- VI Curso de Formación Continuada para pediatras sobre actualización en Neuropediatría. 2003 (10 horas)
- Diarrea Infantil, una urgencia muy prevalente. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2002
- I Curso Interactivo de Emergencias Pediátricas. 2004 (6 horas) - 8ª Reunión del Mediterráneo de Ventilación no Invasiva. 2004
- XXIV Nestlé Infant Nutrition Workshop. 2004 (14 horas)
- Aplicación práctica de la nutrición enteral pediátrica. 2005

Congresos Nacionales / Internacionales

- 25th Annual Meeting of de European Society for Paediatric Infectious Diseases. ESPID. 2007
- 13ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2008
- 14ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2009
- 16ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2011
- 18ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2013
- 19ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2014
- 21ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2016
- 22ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2017
- 53 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2004
- 54 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2005
- 55 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2006
- 57 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. 2008

Actuación como ponente en cursos/congresos

- Emergencias Pediátricas. Formación Continuada HCUVA. 2004 (20 horas lectivas)

- Taller de Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2006 (2,78 créditos)
- Aproximación al traumatismo craneoencefálico grave. Colegio Oficial Médicos Murcia. 2007 (0,32 créditos)
- Manejo de procesos patológico en Urgencias Pediátricas. Formación continuada HCUVA. 2007. (30 horas lectivas)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2007 (4,356 créditos)
- Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en Pediatría. 1ª Edición. Formación Continuada HCUVA. 2008. (25 horas lectivas)
- Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en Pediatría. 2ª Edición. Formación Continuada HCUVA. 2008. (25 horas lectivas)
- Actualización ante patología pediátrica crónica frecuente. Colegio Oficial Médicos Murcia. 2008 (0,27 credits)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2008 (3,56 créditos)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2009 (3,56 créditos)
- Curso de Introducción a Urgencias de Pediatría para residentes. Formación continuada HCUVA. 2010 (20 horas)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2010 (4,356 créditos)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2011 (4,356 créditos)
- Curso de Introducción a Urgencias de Pediatría para residentes. Formación continuada HCUVA. 2011 (20 horas)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2012 (3,56 créditos)
- Actualización en emergencias y urgencias de pediatría. Formación Continuada Gerencia 061. 2012 (20 horas)
- Curso de Introducción a Urgencias de Pediatría para residentes. Formación continuada HCUVA. 2012 (20 horas)
- Reanimación cardiopulmonar en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2013 (4,356 créditos)

- Curso de Introducción a Urgencias de Pediatría para residentes. Formación continuada HCUVA. 2013 (20 horas)
- I Curso de Emergencias Pediátricas con simulación de casos clínicos. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2013 (15 horas)
- Curso de Simulación Avanzada en patología aguda grave en pediatría. Colegio Oficial Médicos Murcia. 2013 (10 horas)
- III Curso de Atención Inicial al Trauma Pediátrico. 2014 (25 horas)
- Manejo inicial de la cetoacidosis diabética. VII Curso del Foro Pediátrico de Cartagena. 2014 (2 horas)
- II Curso de Emergencias Pediátricas con simulación de casos clínicos. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2014 (15 horas)
- Curso de Simulación Avanzada en patología aguda grave en pediatría. Colegio Oficial Médicos Murcia. 2014 (10 horas)
- Curso Básico Intensivo en Formación en Urgencias de Pediatría. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. 2014 (20 horas)
- Abordaje práctico de trastornos funcionales digestivos en mayores de 4 años. 19º Congreso de Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2014
- Curso Simulación Robótica en Emergencia Pediátrica. Formación continuada HCUVA. 2015 (40 horas).
- Curso Simulación Robótica en Emergencia Pediátrica. Formación continuada HCUVA. 2016 (40 horas).

6.- OTROS DATOS DE INTERÉS

- Jefe de Residentes del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. 2005-2006
- Tutor de Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. 2006-2011 y 2014 hasta la actualidad
- Secretario General de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 2009-2017
- Vocal de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2017-momento actual
- Socio numerario de la Asociación Española de Pediatría
- Socio numerario de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría
- Socio numerario de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España
- Socio de Honor de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España

- Socio numerario de la Sociedad Española de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente

VII.- BIBLIOGRAFIA

1. Normas y estándares de acreditación para Servicios de Urgencias Pediátricas y Centros de Instrucción de Medicina de Urgencias Pediátrica. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Recuperado de http://www.seup.org/pdf_public/gt/mejora_acred_seup.pdf
2. Funciones de los profesionales médicos. Plan de Calidad. Servicio de Pediatría. HGUA. Recuperado de (<http://www.serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2015/01/FUNCIONES-PROFESIONALES-m%C3%A9dicos-S.-Pediatr%C3%ADa.pdf>)
3. IV Plan de Salud para la Región de Murcia 2010-2015. Recuperado de https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf
4. Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad y Política Social. Recuperado de <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/255748-estrategia2015murciasalud.pdf>
5. Acuerdo de Gestión. Gerencia del Area de Salud 1. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.
6. Plan Estratégico 2014-2015 Area 1. Murcia-Oeste
7. Plan Estratégico 2010-2013. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Gerencia de Area 1 Murcia-Oeste.
8. Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia. PAMSP2012. Recuperado de <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/247037-PAMSP.pdf>
9. Población según zonas de salud y edad, por sexo. Padrón municipal. Portal estadístico de la Región de Murcia. Recuperado de (http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p16/sec25_sec25.html)
10. Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal. Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177011&menu=resultados&idp=1254734710990
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE num. 102, de 29 de abril de 1986)
12. Ley 4/94, de 26 de Julio, de Salud de la Región de Murcia (BORM num. 176, de 4 de agosto de 1994)
13. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013. Región de Murcia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/.../pdf/.../Informeannual2013/Murcia>

14. Cartera de Servicios. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Recuperado de (http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/108008-31_Pediatria.pdf)
15. Memoria del Servicio de Pediatría 2001-2015
16. Natalidad de las Comunidades Autónomas. Murcia. Expansión. Recuperado de (<http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/espana-comunidades-autonomas/murcia>)
17. Evolución de los recién nacidos según municipio de residencia. Portal Estadístico de la Región de Murcia. Recuperado de http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_nacimientos/series/sec3.html
18. La inmigración en España. Análisis por Comunidades Autónomas. La inmigración en Murcia: pag 124-125. Recupera de <http://www.camaragranada.org/descargas/la-inmigracion-en-espana-154doc.pdf>
19. II Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia 2013-2016. Recuperado de http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf
20. Financiación y eficiencia del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. Recuperado de (<https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/0/Financiaci%C3%B3n+y+eficiencia+SSP+Murcia.pdf/08fffb74-0f0b-4c29-967f-2d327694cdd3>)
21. Encuesta de calidad percibida Urgencias 2015. Unidad de Calidad Asistencial. Area 1 Murcia-Oeste.
22. Informe de resultados de la encuesta de satisfacción a profesionales 2014. Unidad de Calidad Asistencial. Area 1 Murcia-Oeste. Recuperado de http://arrinet0.huva.sms.carm.es/ficherosE/calidad/Encuestas/Profesionales/ENCUESTA_TELEFÓNICA_PROFESIONALES_2014.pdf
23. Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas. Urgencias Pediátricas, 204-208. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_especialidades.pdf
24. Osakidetza (2014). Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión. Como mejorar la unidad. Vitoria: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud
25. Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. Recuperad de <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=725195>
26. Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Recuperado de http://www.seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf
27. Nuevo sistema de triaje en la unidad de urgencias de pediatría del Hospital de Cruces. Recuperado de <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fextranet.h>

- hospitalcruces.com%2Fdoc%2Fadjuntos%2FDOCUMENTO%2520PR%C3%81CTICO.doc
28. [Gestión de la atención de pacientes en urgencias. Osakidetza](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_urgencias_calidad/eu_hgal/adjuntos/PRURGENCIAS2011.pdf) Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_urgencias_calidad/eu_hgal/adjuntos/PRURGENCIAS2011.pdf
 29. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Recuperado de <https://www.seguriddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
 30. Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados (Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986). Recuperado de http://www.aprem-e.org/images/stories/documentos/Carta_Europea_Derechos_Ninos_Hospitalizados.pdf
 31. Hojas informativas para padres SEUP. Recuperado de <http://www.seup.org/publicaciones/publicacionesgt/hojaspadres.html>
 32. The European Syllabus for Paediatrics Emergency Medicine. European Boards of Paediatrics. European Boards of Emergency Medicine. Recuperado de <http://www.simeup.com/doc/syllabus.pdf>
 33. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf