



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Memoria de Propuesta Gestión para Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste Caravaca de la Cruz

Presentado por: Daniela Rosillo Castro

Ciudad: Murcia

Fecha: 15/06/2017

Vº Bº: Jose Antonio Ortigueira Espinosa

INDICE

1. Propósito del documento	4
2. Marco general y características del sistema sanitario donde se localiza la unidad de gestión clínica.....	5
3. Análisis estratégico.....	7
A. Análisis externo	
A1) Datos demográficos.....	7
A2) Recursos sanitarios en el Área de Salud IV de la Región de Murcia....	9
A3) Recursos sociales y comunitarios.....	13
A4) Recursos estructurales actuales.....	14
A5) Actividad asistencial en los últimos 5 años del Hospital Comarcal del Noroeste.....	16
A6) Plan estratégico del Área de Salud IV de la Región de Murcia.....	17
A7) Plan de Salud Regional y su relación con el acuerdo de Gestión de Área:.....	19
B. Análisis interno del Servicio de Urgencias del HCN	
B1) Estructura funcional	21
B2) Recursos humanos.....	25
B3) Cartera de servicios.....	29
B4) Datos de funcionamiento del servicio en los últimos 5 años.....	31
B5) Matriz DAFO.....	35

B6) Matriz CAME.....	36
4. Plan de actuación de la unidad de gestión clínica.....	37
4.1 Misión.....	37
4.2 Valores.....	37
4.3 Líneas estratégicas.....	38
4.4 Objetivos asistenciales.....	39
4.5 Mapa de procesos del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste	47
4.6 Calidad y seguridad del paciente.....	48
4.7 Atención centrada en el paciente.....	49
4.8 Guías clínicas y rutas asistenciales.....	49
4.9 Plan de Formación de los Médicos Internos Residentes (MIR).....	50
4.10. Plan de Formación de los profesionales.....	55
4.11 Actividad investigadora.....	55
4.12 Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando.....	56
5. Currículum del candidato/a	
5.1 Perfil profesional del candidato.....	61
6. Funciones del jefe/a clínico.....	66

1. PROPOSITO DEL DOCUMENTO

El objetivo del presente documento es presentar la memoria realizada para concursar a la plaza de jefe/a de Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste (HCN) de Caravaca de la Cruz en la Región de Murcia

En la misma se realizará una descripción del marco general y características del sistema sanitario donde se localiza el Servicio, lo que incluye la legislación actual y las características del Servicio Murciano de Salud al que pertenece nuestro hospital, un análisis estratégico del mismo, así como un plan de actuación para la correcta gestión del mismo y su mejora siempre buscando una asistencia de calidad hacia nuestros pacientes

2. Marco general y características del sistema sanitario

“La Constitución Española” de 1978² establece en sus artículos la cual 41 y 43 la base sobre la que se realizará la Ley General de Sanidad de 1986, estableciendo que sea un régimen público (Con financiación pública), y el derecho a la protección de Salud de los ciudadanos (Universal) , tanto a nivel preventivo como asistencial.

La ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad³ permitió regular los derechos recogidos en la Constitución. Así en el Capítulo III, de esta ley se determina como unidad fundamental del Sistema Nacional de Salud, *“el Área de Salud delimitada por factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como de dotaciones sanitarias del área”*.

El Sistema Nacional de Salud se organizó a su vez en 2 niveles asistenciales:

- **Atención Primaria**, de fácil acceso para los usuarios y que se encargará de las actividades preventivas y de promoción de la salud; está provista de recursos para abordar las patologías de alta prevalencia y la asistencia se llevará a cabo en los Centros de Salud y/o en el domicilio del paciente.
- **Atención Especializada**, la cual posee métodos diagnósticos y terapéuticos más complejos y cuya atención se presta en centros de especialidades y hospitales. Esta atención podrá ser prestada tanto de manera ambulatoria o mediante ingreso en el centro.

En el artículo 65 de esta Ley General de Sanidad establece que *“cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de esta y los problemas de salud”*

En la Constitución de 1978 en su Título VIII se confería a las Comunidades Autónomas (CCAA) amplias competencias en materia de Sanidad, si bien las transferencias en materia de Sanidad se produjeron de manera progresiva a las diferentes CCAA, y no es hasta el año 2001 a raíz del Real Decreto 1474/2001⁴, de 27 de diciembre, cuando se produce el traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, donde se localiza nuestro servicio de urgencias.

La Ley 16/2003, publicada el 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud, establece las diferentes prestaciones, la cartera de servicios, así como la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad necesarias para la puesta en marcha de los centros y servicios sanitarios. El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, define dentro de los diferentes servicios sanitarios a urgencias como: *“una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata”*

En España la Especialidad de Medicina de Urgencias no está reconocida y por tanto no existe una cualificación ni un programa formativo específico del personal que a ella se dedica, sí que se contempla la categoría de Médico de Urgencias Hospitalarias en el Real Decreto 866/2001, de 20 de julio. En el mismo se establecieron las funciones específicas del médico de urgencias hospitalarias, sentando una base para la posible creación de la especialidad.

Por último, en El Real Decreto 1030/2006⁷, de 15 de septiembre se establece la cartera de servicios comunes del sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En su Anexo IV se describe por primera vez la Cartera de Servicios Comunes de prestación de Atención de Urgencia.

3. ANALISIS ESTRATEGICO

A. ANALISIS EXTERNO

A1) Datos demográficos:

El Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia es el hospital de referencia del Área IV (Noroeste) de Salud de la Región de Murcia, se localiza en Caravaca de la Cruz y en él se asienta también la Gerencia del Área. Los municipios a los que presta asistencia son: Caravaca de la Cruz (con 25591 habitantes) Cehegín (15321), Bullas (11714), Calasparra (10268) y Moratalla (8145), estos datos se corresponden a la Estadística del Padrón Continuo a 1 Enero 2016⁸ del instituto Nacional de Estadística,

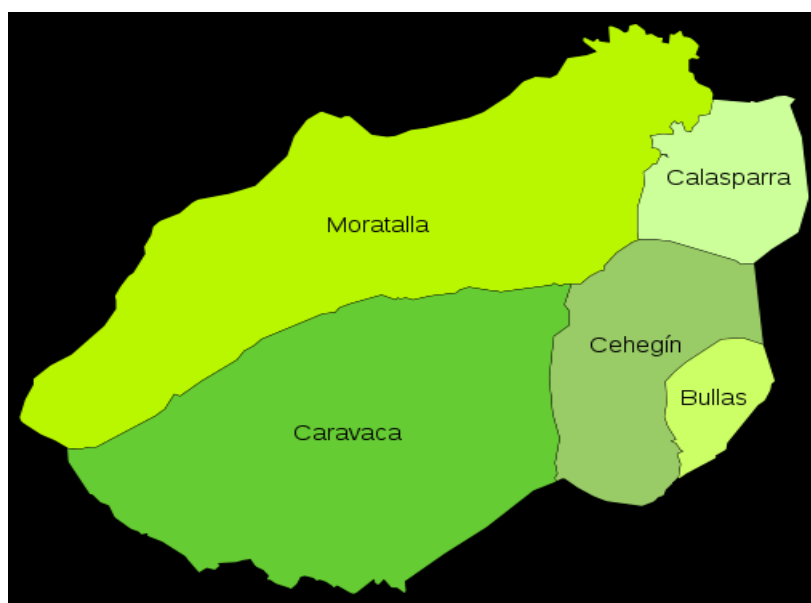


Figura 1: Comarca del Noroeste de la Región de Murcia

Esto hace un total de 71039 habitantes censados en el Área IV de la Región de Murcia.

Además, a estos municipios hay que añadir la asistencia prestada (especialmente en el caso de Urgencias Hospitalarias) a poblaciones de provincias limítrofes que por razones geográficas tienen acceso más rápido a nuestro hospital que al más cercano en su propia provincia. Dentro de estos municipios están Nerpio (1311 habitantes) y Socovos (1819), de la provincia de Albacete; y María (1294) y la aldea de Topares(256), pertenecientes a la provincia de Almería.

Lo que añade 4.680 habitantes más a la población susceptible de demandar asistencia sanitaria en nuestro Centro, elevando la cifra a 75719 personas empadronadas en el área de influencia del Centro.

También debemos tener en cuenta la población no censada constituida por inmigrantes y trabajadores que acuden para los trabajos del campo, así como los aumentos de población que tiene lugar los fines de semana y vacaciones, por el turismo que llega a la zona. Además existen aumentos puntuales de población como los que tiene lugar con motivo de las peregrinaciones al Santuario de la Vera Cruz de Caravaca (este año 2017 se celebra el año Jubilar y se estima que puedan alcanzar los dos millones de visitantes) y fiestas de carácter local, algunas declaradas de interés turístico, como son: los Caballos del Vino de Caravaca de la Cruz y los encierros de Moratalla y Calasparra, que hacen necesario realizar refuerzos asistenciales en el área.

De tal manera que es difícil cada año establecer la población real a la que podemos llegar a prestar asistencia.

A2) Recursos sanitarios en el Área de Salud IV de la Región de Murcia

Nuestro Servicio de Urgencias está en el Hospital Comarcal del Noroeste en Caravaca de La Cruz y atiende a los pacientes del Área de Salud IV, la cual está conformada por los dispositivos que se resumen a continuación.

1) Atención especializada:

Hospital Comarcal del Noroeste, situado en Caravaca de la Cruz, hospital de 1º nivel que presenta las siguientes unidades y/o servicios¹¹:

SERVICIOS MÉDICOS

- Alergología
- Cardiología
- Dermatología
- Digestivo
- Endocrinología y nutrición
- Hematología
- Medicina Interna
- Neumología
- Neurología
- Oncología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

- Cirugía general y del Aparato Digestivo
- Dermatología
- Ginecología y Obstetricia
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología
- Urología

SERVICIOS CENTRALES

- Análisis clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesia y Reanimación
- Bioquímica Clínica
- Farmacia Hospitalaria
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación

En nuestro hospital, hay de guardia de presencia física: 2 médicos de Urgencias Hospitalarias, 1 médico del servicio de Medicina Interna, las especialidades de Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Endocrinología, Geriatria, Neumología, Neurología y Reumatología están incluidas

funcionalmente dentro de dicho servicio y los diferentes especialistas realizan una guardia médica cuando les corresponde dentro del conjunto de guardias de Medicina Interna, 1 ginecólogo y 1 matrona, 1 pediatra, 1 traumatólogo, 1 anestesista y un cirujano general. También suele haber 1 o 2 Médicos Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar que pueden pertenecer a cualquier año de formación y realizan su Guardia en el Servicio de Urgencias. Realizan guardias localizadas: Urología (con sólo 20 guardias localizadas al mes, el resto se debe contactar con el Urólogo del Hospital de referencia de 3º nivel, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), localizado en Murcia capital a unos 80 kilómetros de distancia por autovía, 1 Cirujano, 1 Ginecólogo y 1 facultativo de Análisis clínicos. Oftalmología y Otorrinolaringología, sólo realizan esas guardias localizadas los días que hayan tenido actividad quirúrgica y por tanto pacientes ingresados a su cargo, el resto de los días al igual que ocurre con Urología se debe contactar si es necesario con el especialista de guardia correspondiente del HUVA o en el caso que sean urgencias diferibles se cita al paciente para la mañana del día siguiente en consultas externas, según el acuerdo que tenemos establecido con ellos.

Al tratarse de un hospital de primer nivel carecemos de varias especialidades y por tanto los usuarios que precisen atención urgente por parte de nefrología, medicina intensiva, neurocirugía, medicina nuclear, cirugía plástica (dentro de la cual se engloba también la unidad de quemados de la región), cirugía cardiovascular y cirugía maxilofacial deben ser derivados al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). Esto es muy importante para nuestro servicio ya que nuestra UCI de referencia, así como la posible diálisis urgente, se encuentra a una distancia de 1 hora aproximadamente, con todo lo que ello conlleva para nuestros pacientes, el traslado y la demora en la asistencia más especializada.

El hospital también dispone de Servicio de Fisioterapia, una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospital de Día Médico, que funcionan los días laborables.

Atención primaria:

Esta se divide en 6 zonas básicas de Salud

1) Zona Básica de Salud de Caravaca: que incluye centro de salud de Caravaca de la Cruz

2) Zona Básica de Salud de Caravaca/Barranda: Centro de Salud de Barranda, y los consultorios de la Almudena, Archivel, Benablón, Caneja, el Moral, la Encarnación, los Prados, los Royos, Navares, Pinilla y Singla y el Consultorio de Cañada de la Cruz

3) Zona Básica de Salud de Cehegín: Centro Salud de Cehegín y los Consultorio de Campillo de Los Jiménez, de Canara, de Cañada de Canara y del Chaparral

4) Zona Básica de salud de Calasparra: Centro de Salud de Calasparra y Consultorio de Valentin

5) Zona Básica de Salud de Bullas: Centro de Salud de Bullas y el consultorio de la Copa de Bullas.

6) Zona básica de Salud de Moratalla: Centro de Salud de Moratalla y los consultorios del Benizar y el Sabinar

Por norma general el horario de asistencia en los Centros de Salud es de 8.00h a 15.00h de lunes a sábado, aunque algunos consultorios sólo atienden determinados días de la semana

Urgencias extrahospitalarias:

Se dividen en:

- Los Puntos de especial aislamiento (PEA) son centros específicos de atención 24 horas, que al estar localizados en área de difícil acceso o mal comunicadas, donde se hace difícil llegar para realizar una atención urgente dentro de unos tiempos ideales, son atendidos por el propio equipo de atención primaria que además reside en la zona con una vivienda específica para el equipo.

- Los puntos de atención continuada (PAC) atienden aquellas Zonas Básicas de Salud que no cuentan con un sistema de urgencias extrahospitalario como tal y que para poder atender esta asistencia se cuenta con el mismo Equipo de Atención Primaria que prolonga su jornada, realizando por turnos las guardias en el propio centro de salud: Lo que ocurre en el Centro de Salud de Bullas , Moratalla y Calasparra.

Tanto los PEA, como los PAC, al estar atendidos por los propios equipos de Atención Primaria son dependientes de nuestra gerencia de Area.

- 2 Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SUE), dependientes de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 desde Junio de 2012 (hasta esa fecha dependían de las Gerencias de Área), uno en Caravaca de la Cruz y otro en Cehegín con 1 equipo de Medico, enfermero, conductor y celador; está planificado que antes de que acabe el año sean dos equipos y ya los son los fines de semana. Realiza atención tanto en el Centro Base como en domicilios y su actividad está coordinada por el O61

- 1 Unidad Móvil de Emergencias (UME), con base en Caravaca de la Cruz. La cual es una unidad de soporte vital avanzado, destinados tanto a la atención de pacientes críticos en el punto donde se demanda la asistencia, como al transporte interhospitalario. Al igual que los SUAP, dependen de la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061. No realiza asistencia en su base física y sólo realiza avisos por orden del Centro de Coordinación de Emergencias del 061. Dicha unidad es reclamada desde nuestro Servicio de Urgencias para el traslado de Paciente críticos a nuestro hospital de 3º nivel de referencia, aunque en ocasiones si está ocupada o la patología del paciente no es tiempo-dependiente puede realizar el traslado las UMEs pertenecientes al área de Jumilla o Alhama de Murcia con el retraso en el traslado que genera esto. El personal del que está compuesta la unidad es conductor, medico, enfermero y técnico de urgencias.

Los PAC, los PEA y los SUE, prestan asistencia de 15.00h a 8.00h, de lunes a sábado y permanecen abiertos 24 horas los domingos y festivos. Además, los SUE y los PAC (el médico del equipo que este de guardia ese día), en horario de 8:00 a 15:00 realizan también asistencia a domicilio por orden del Centro de Coordinación de Emergencias-061.

En Nuestra Área disponemos también de otras unidades y/o servicios como:

- Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos, que tiene la base en el Hospital
- Unidad de Ginecología de Apoyo en Caravaca y Cehegín
- Centro de Salud Mental de Caravaca, aunque las urgencias son derivadas al Hospital Psiquiátrico Román Alberca para valoración por

su psiquiatra de guardia, localizado a unos 80 kilómetros de nuestro centro y donde quedaran ingresados si fuera necesario. El traslado se realiza desde nuestro servicio de urgencias por lo que todo paciente psiquiátrico que requiera atención o valoración en el mismo debe pasar antes por nuestro servicio previo al traslado.

- Centro de Atención a Drogodependencias (CAD), que depende del Centro de Salud Mental.
- Un Centro de hemodiálisis, que se encuentra en Caravaca de la Cruz, cerca de nuestro hospital que sólo atiende a pacientes ambulatorios, de tal modo que todo paciente en diálisis que requiera ingreso debe ser trasladado al Hospital Virgen de la Arrixaca.

-

Con respecto a los servicios sanitarios de índole privado presentes en nuestra área tenemos:

- Clínica del Dr. Bernal, situada en Caravaca de la Cruz, de carácter privado no benéfico, que ofrece 39 camas
- Fundación Hospital Real Piedad, situada en Cehegín, de carácter privado-benéfico, que ofrece 80 camas

En este momento ambas tienen concierto con el Servicio Murciano de Salud para el ingreso de pacientes que precisen cuidados medios

- El transporte sanitario no asistencial del área es realizado por la empresa Martines-Robles que tiene un contrato con el Servicio Murciano de Salud.
- Asambleas locales de Cruz Roja y servicios municipales de Protección Civil, las cuales realizan de manera esporádica asistencia sanitaria extrahospitalaria.

A3) Recursos sociales y comunitarios

La Mancomunidad de Servicios Sociales de la Comarca del Noroeste engloba una serie de Servicio de atención a los ciudadanos como son:

- Equipo de trabajadores sociales distribuidos en las diferentes poblaciones del área y una que se encarga en exclusiva del Hospital.
- Programa de Servicio de ayuda a domicilio (SAD), el cual tiene programa semanal y de fines de semana tanto para la ayuda de las tareas del

hogar como para colaborar en la atención higienico-sanitaria del sujeto, y asistencia a los familiares en aquellas tareas que no pueden realizar por si solos.

- Programa “Respiro Familiar”: que ofrece apoyo a los cuidadores principales, a los que periódicamente ayuda para conceder un “momento de descarga” de la labor que realizan para que dispongan de tiempo para sí mismos.

- Teleasistencia domiciliaria 24 horas, para que personas mayores y/o discapacitadas tengan a donde llamar en caso de necesidad para una respuesta rápida.

- Comidas a domicilio: Para aquellas personas mayores y/o discapacitadas que residen solas, aportan una pequeña cantidad, pero se les suministra una dieta equilibrada y ajustada a sus problemas de salud.

- Proyecto de atención al inmigrante.

- Plan de prevención de droga

Existen a su vez una serie de Asociaciones de Familiares de Pacientes, con sede en la Comarca del Noroeste como son:

- Asociación de Familias de personas con discapacidad intelectual del Noroeste, que presta apoyo y asesoramiento a los familiares. Existen también una serie de residencias, domicilios tutelados y centros de día para estos pacientes.

- Asociación de familiares y personas con enfermedad mental del Noroeste., que forma parte de la Federación Murciana

- Asociación Parkinson Muralla Comarcas.

- Asociación de Sordos comarcal del Noroeste

A4) Recursos estructurales actuales

El edificio del Hospital Comarcal del Noroeste fue construido en 1986 con una extensión de 19.023 m², con una reforma en el año 2006, Está situado en el área más noroccidental de la población de Caravaca de la Cruz.

El conjunto arquitectónico, está compuesto por un edificio principal el cual acoge a todos los servicios asistenciales y administrativos. Existen otros edificios de menor superficie, dedicados a albergar la central de climatización general del centro, mantenimiento, y almacén general. El edificio principal, de base cuadrada, alberga en su interior cuatro espacios libres a modo de patios. Se estructura en dos plantas cada una de ellas con cuatro alas (norte, sur, este y oeste). La planta baja, dedicada básicamente a servicios centrales (laboratorio, radiología, farmacia y anatomía patológica), urgencias, consultas externas, sede de la UME, archivos y área administrativa; en la primera planta se localiza consultas externas, el despacho de la trabajado social del Hospital, el área de hospitalización de los pacientes quirúrgicos, quirófanos, maternidad y reanimación; la segunda para hospitalización de los pacientes de Medicina Interna, área de dirección, y el despacho de La Unidad de Paliativos. Mantiene dos entradas para público diferenciadas, la de urgencias en el lateral derecho y la principal con el resto de dependencias citadas por su lado oeste, siendo el resto de las existentes de uso interno.

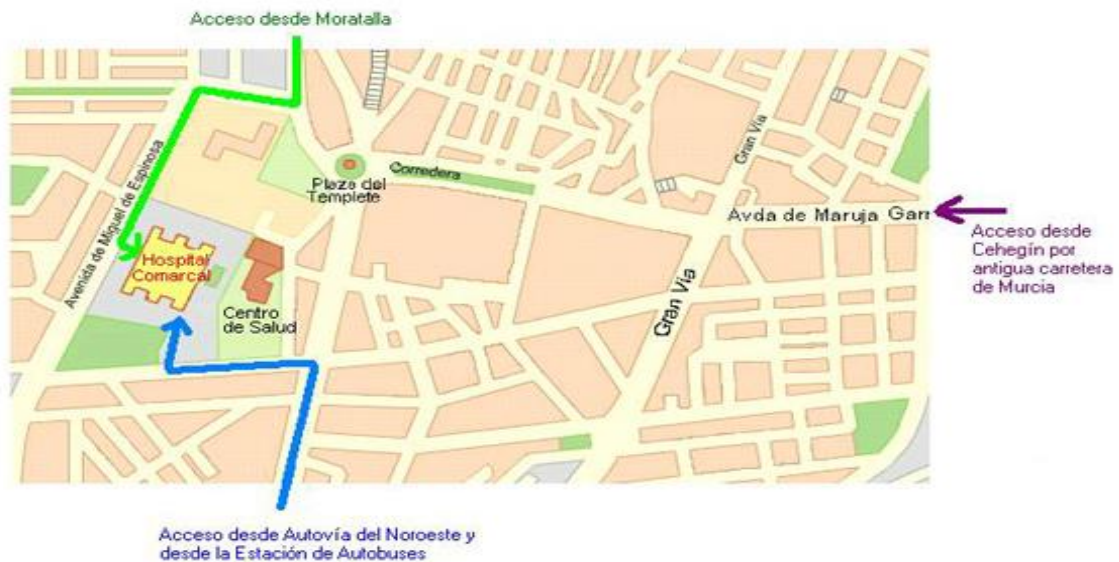


Figura 2.- Mapa de Localización del Hospital Comarcal del Noroeste¹⁴

En cuanto a recursos estructurales¹⁵, el hospital cuenta con:

Camas: 105 (de las cuales 15 son de pediatría, 20 de maternidad, y las 70 camas restantes se distribuyen entre Cirugía y Medicina Interna); Quirófanos instalados en el hospital, Zona de consultas externas, Hospital de día médico

En cuanto a equipamiento tecnológico¹⁵ el hospital cuenta con: 2 Ecógrafos situados en el Servicio de Radiología y 5 Ecógrafos (Repartidos en diferentes servicios: (Ginecología y Obstetricia, Anestesiología, Cardiología y Urgencias) 1 TC convencional; 1, Mamógrafos: 1, Salas de Rx: 3, Telemandos Rx: 1, Arco quirúrgico: 1

Las pruebas de resonancia magnética son derivadas al hospital privado Clínica Bernal o al Hospital de Cieza. El resto de pruebas de imagen (medicina nuclear, gammagrafía ósea...) junto con los procedimientos y técnicas de las que no disponemos como coronariografía, estudios electrofisiológicos o implantación de marcapasos son derivados al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

A5) Actividad asistencial en los últimos 5 años en el Hospital Comarcal del Noroeste

Los datos han sido facilitados desde la Subdirección de Gestión de la Gerencia única del área IV del Servicio Murciano de Salud, estos datos no están publicados.

Datos de hospitalización

Año	Altas	Estancia Media
2012	4.579	5,84
2013	4.616	5,60
2014	4.800	5,61
2015	4.680	5,82
2016	4.640	5.81

Datos de Consultas Externas

Año	Primeras visitas	Total consultas
2012	54.408	139.519
2013	52.505	138.327
2014	48.375	135.381
2015	49.941	136.380
2016	51.728	137.380

Datos del Área Quirúrgica:

Año	Cirugía programada con hospitalización	Cirugía urgente
2012	945	511
2013	1073	251
2014	1053	158
2015	1063	505
2016	1084	515

A6) Plan estratégico del Hospital Comarcal del Noroeste

El Acuerdo de Gestión disponible de forma pública en la intranet de nuestra Área de Salud es el acuerdo de gestión 2013-2015¹⁵:

- 1. Avanzar hacia la excelencia en la gestión en el marco de referencia del modelo EFQM.** *Implica desarrollar actividades de mejora enfocadas a lograr la excelencia en la satisfacción de pacientes y profesionales, el impacto en la sociedad y en los resultados en salud, bajo un marco conceptual de calidad total y de desarrollo sostenible. Para avanzar en el modelo, la gerencia del Área IV realizará una evaluación bianual utilizando la herramienta PERFIL®.*
- 2. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales para garantizar su competencia, mejorar la calidad de los servicios y satisfacer las necesidades formativas del área.** *La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, así como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continuada acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. Además, según el Real Decreto 183/2008, es responsabilidad de las Comunidades Autónomas el seguimiento de la calidad de la formación especializada.*

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

el SMS despliega estrategias y acciones dirigidas a controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

8. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

A.7 Plan de Salud Regional y su relación con el acuerdo de Gestión del Área:

El último Plan de Salud publicado en la Región de Murcia¹⁶ es el correspondiente al periodo 2010-2015 (hasta la fecha no se ha publicado otro actualizado, el previo corresponde a los años 2003-2007), en el cual figuran algunos objetivos que atañen directamente a la actividad del Servicio de Urgencias Hospitalario, dentro de las estrategias de intervención sobre enfermedades relevantes,

- **Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares:** que proponen “Actuar sobre el diagnóstico precoz, tratamientos, prevención, secundaria y rehabilitación de los pacientes con patologías cardiovasculares. Reducir la mortalidad y morbilidad de los pacientes con patología, cardiovascular. Asegurar los estándares de calidad y la equidad en el acceso a los tratamientos de la patología cardiovascular. Asegurar la adecuación de los tiempos de atención”. Para ello proponen: Reducir la demora de tiempo de atención en la fase aguda de cardiopatía isquémica e ictus, mediante la elaboración de protocolos de actuación común en toda la red asistencial urgente, EAP, SUE, UME y servicios hospitalarios. Diseñar un sistema de monitorización de calidad en el manejo de la cardiopatía isquémica que incluya la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y el tiempo hasta la revascularización (con fibrinolíticos o angioplastia primaria). Elaboración de protocolos de atención a los pacientes con ictus, según las recomendaciones de las guías clínicas

Enfermedad Respiratoria Crónica: Desarrollar la coordinación de la asistencia sociosanitaria del paciente con EPOC en estadios evolucionados de

la enfermedad.: Diseño e implantación de protocolos y vías clínicas para el abordaje del EPOC y asma de una forma integral que garantice la continuidad de cuidados.

Dirigido a las Urgencias Hospitalarias en concreto hablan de: Reducir la frecuentación de Urgencias a menos de 500/1000 habitantes, ya que en según datos del 2006 mantenía una tendencia ascendente con una tasa de 600 visitas/1.000 habitantes en, un valor un 20% superior a la media del Sistema Nacional de Salud.

Algunos de estos puntos quedan reflejados dentro del Acuerdo de Gestión de Área IV, dentro del apartado Anexo I.04.04 correspondiente a los procesos asistenciales (documento presente en la intranet del Área), donde se hace referencia a una serie de indicadores importantes para el Servicio de Urgencias:

Programa de Atención al Ictus:

- Tiempo Puerta-aguja en pacientes con ictus isquémico
- Mortalidad por accidente cerebrovascular agudo

Programa de Atención a la cardiopatía:

- Terapia fibrinolítica dentro de los 30 minutos de la llegada a urgencias
- Angioplastia primaria dentro de los 90 minutos de su llegada al hospital
- Reperusión de Pacientes Con Infarto agudo de Miocardio
- Mortalidad por Infarto agudo de Miocardio
- Mortalidad por Insuficiencia cardiaca

Programa de Atención a Enfermedades Respiratorias

- Mortalidad por Neumonía

B. ANALISIS INTERNO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCN

B1.- Estructura funcional

Nuestro Servicio de Urgencias está situado en la planta baja de dicho Centro (al igual que otros Servicios como Radiología, Farmacia Laboratorio y Rehabilitación). Se sitúa en la zona derecha del centro con entrada por el lateral con una puerta que da acceso a la sala de espera donde está ubicada la zona de admisión de pacientes que acuden por sus propios medios, y una puerta de acceso para pacientes que acuden en transporte sanitario. Así mismo también se puede entrar desde el hall principal del hospital por una puerta que necesita código de acceso para su entrada y desde el Servicio de Radiología. Entre estas dos puertas del acceso principal a nuestro servicio se localiza el cuarto de celadores, que cuenta con cristalerías que dan a la calle y les permite para controlar la llegada de vehículos de transporte sanitario y particulares y que son los responsables de permitir el acceso de los pacientes desde la sala de espera cuando son llamados al área de urgencias, por un sistema de apertura automático de la puerta cuyo interruptor está en sus dependencias y en las del personal administrativo. En la sala de Espera por donde entran los pacientes se sitúa la zona de admisión de Urgencias, zona cerrada por cristalería de seguridad y que cuenta con ventanilla para dar los datos para solicitar la atención en nuestro servicio.

Desde aquí se accede a un pasillo donde se encuentran los siguientes boxes:

- Sala de Triage, con acceso desde la sala de espera de pacientes y desde el pasillo de Urgencias. Y que es la primera toma de contacto del paciente con el personal sanitario. Este sistema es de reciente instauración y los pacientes aún no están acostumbrados al mismo. Los pacientes en función del grado de gravedad y el número de facultativos trabajando en ese momento en el servicio pueden ser triados como: Rojo 1 (es el paciente más grave, necesita atención inmediata y se realizará la siguiente valoración en el box de hemodinámica); Amarillo 4,5 y 6: Son los considerados como urgentes y emergente, incluyen a los naranjas (tiempo de valoración de 10-15 minutos de espera) y amarillo (tiempo de espera para valoración médica no superior a 60 minutos); y verdes 1 y 2: engloban

a la patología más banal, clasificada como verde (su tiempo de espera para valoración puede ser de 2-4 horas) y a los azules (de 4-6 horas)

- Box de Pediatría donde se atendían a la mayoría de los pacientes en Edad Pediátrica que acudían a nuestro servicio, ahora con la reestructuración del servicio tras el inicio del triaje su uso ha descendido desde que cada médico tiene un box asignado según el grado de prioridad asignado a los pacientes
- Box de Ginecología, usado fundamentalmente para las pacientes de Ginecología y Obstetricia, cuenta con mesa de exploración ginecológica y donde esta situado el ecógrafo que tenemos en el servicio.
- Box de Traumatología, utilizado actualmente indistintamente por los médicos asignados como Verde 1 y Verde 2. Actualmente también se lleva a cabo en el mismo el triaje de los pacientes que acuden en Ambulancia el cual es realizado por el Médico asignado al busca de recepción de ambulancias, que suelen ser el Verde 1 o el verde 2
- Sala de yesos, comunicado con box de Traumatología y que cuenta con una mesa de Traumatología y material para vendajes y escayolas. Tiene estanterías que se usan como zona de almacén de parte del material necesario en el Servicio, utilizado actualmente también indistintamente por los médicos asignados como Verde 1 y Verde 2.
- Sala de curas, que cuenta con materiales para intervenciones de cirugía menor y curas, cuenta con una mesa para tal fin, lámpara de múltiples focos, lupa portátil, mesa de mayo, baqueta regulable en altura. Asignado a la enfermería que se encarga de la realización de tareas de los verdes
- Boxes de reconocimiento, de diferentes tamaños y sólo en el 1 y 2 pueden entrar pacientes en camillas por sus dimensiones; El 1 Asignado a enfermería para la realización de sus tareas con los pacientes considerados como Amarillos 2, 3, 4 asignados respectivamente a los médicos Amarillo 4. Amarillo 5 y Amarillo 6

Todos los boxes anteriormente citados cuentan de camillas de exploración, ordenador e impresora, pila de lavado de manos, banco de trabajo con estanterías para medicación y cajones para diferentes materiales, tomas de oxígeno, aire medicinal y vacío

- Sala de hemodinámica con dos puestos de reanimación (2 camillas móviles) que cuenta con 2 monitores desfibriladores, 3 respiradores que se pueden utilizar para transportar a los pacientes de un lugar a otro del hospital, material para manejo avanzado de vía aérea, canalización de accesos venosos centrales, canalización de acceso vascular intraosea, tubos de tórax, enfermeras automáticas para monitorización de los pacientes, aspiradores y bombas de infusión de fármacos. Hay una estantería con la medicación básica de Emergencias, material para obtención de muestras, dos pilas de lavado y un ordenador con impresora en uno de los bancos de trabajo.

En esta sala es donde se reciben a los pacientes traídos en camilla calificados según nuestro sistema de triaje como Rojo 1

- Control de Enfermería, donde se ubica la documentación clínica de los pacientes dispone de dos ordenadores (uno de ellos usado para identificación de muestras) y 2 impresoras laser (a las que se puede acceder desde cualquier otro ordenador del Servicio). Desde aquí se accede a la zona de almacén de medicamentos (que cuenta con un frigorífico para la medicación que precise de frío para su conservación) y almacén de materia. También se accede desde aquí a la zona de sucio y esterilización, donde hay 2 autoclaves para esterilizar el material de cirugía menor no desechable usado en el Servicio.
- Área de Observación de pacientes ambulatorios, (llamada de manera coloquial por el personal como “cortinas”), cercana al control de enfermería donde se ubica a los pacientes con administración de tratamientos, pacientes en camillas y pacientes que no precisan observación monitorizada. No cuenta con puestos definidos de Observación pero si dispone de tomas de oxígeno en algunos puestos. En aquellas ocasiones en las que por la sobrecarga del

servicio falta espacio en la área de observación de camas, puede ser una extensión está zona.

Para toda la zona externa que conforman todos los boxes relacionados con anterioridad se dispone de 2 monitores de constantes vitales móviles, que se usan de forma indistinta en los diferentes boxes y un electrocardiógrafo.

- Unidad de Observación de camas: 10 camas de Observación, 9 de ellas en una sala común separadas por cortinas y una de ellas en una habitación separada por una puerta y pared acristalada para aislamiento (pero que no cuenta con sistema independiente de aireación). Todas las camas cuentan con tomas de oxígeno y aire medicinal, así como dispositivo de vacío para aspiración salvo la cama numerada como 10 en la que el aporte de oxígeno se realiza con botella portátil (está cama se añadió sobre el diseño original del Servicio, ante el aumento progresivo de la demanda). Cuentan con 2 sistemas de monitorización de pacientes adyacentes a 2 de las camas sin transmisión de la información a un control central, 1 electrocardiógrafo, 4 monitores-desfibriladores, 2 monitores de constantes móviles, bombas de perfusión de fármacos, respirador de ventilación mecánica no invasiva y respirador de ventilación invasiva que puede hacer funciones de ventilación no invasiva. Esta zona cuenta con un control central que es la zona de trabajo del personal sanitario donde hay 4 ordenadores (1 de ellos de uso exclusivo de enfermería) y una impresora compartida. Dispone de banco de trabajo con estanterías con todo el material necesario para obtención de muestras, preparación de medicación y administración de la misma. Se dispone de un otoscopio y oftalmoscopio portátil.
- Lencería.
- Despacho de supervisor de enfermería.
- Despacho de médicos que cuenta con mesa central y sillas, armario biblioteca, 3 ordenadores con una impresora compartida, un scanner de documentos y proyector, donde se realizan las sesiones clínicas y se da el pase de guardia
- Despacho de Jefe de Servicio, anexo al despacho médico

- Sala de estar de enfermería.
- Aseos para el público (masculino y femenino).
- Aseos para el personal sanitario (masculino y femenino).
- Dada la falta de espacio actual en nuestro servicio, y la proximidad al servicio de rayos, Se ha habilitado en la sala de espera de pacientes de radiología de Urgencias un área para colocar 3 camas sobreañadidas a la capacidad del Servicio, que disponen de tomas de oxígeno, pero no disponen de ninguna monitorización ni vigilancia activa por el personal del Servicio. Si existe un intercomunicador con el área de urgencias para avisar si necesitan asistencia.
- El Hospital de Día Médico el cual se encuentra dentro de nuestro espacio físico, entre la unidad de admisión y la sala de observación, también puede ser utilizado desde las 3 de la tarde y hasta las 8 de la mañana, en función de la demanda que tengamos para la administración de medicación de los pacientes atendidos en boxes, en situaciones de sobrecarga asistencial.
- El conjunto del Servicio está diseñado en torno a un pasillo en L que comunica el acceso desde urgencias con el acceso al Servicio de Radiología desde el propio Servicio de Urgencias y con el acceso al pasillo principal del Hospital (desde donde se accede a Laboratorio). A partir de las 22:00 horas se cierra la puerta principal del Hospital y es este el pasillo de acceso a las dependencias hospitalarias tanto para enfermos como para familiares y acompañantes de pacientes ingresados.
-

B2) Recursos humanos

- Facultativos: Actualmente trabajan en el servicio 15 facultativos, más el Jefe de Servicio, que realiza también actividad asistencial, y si bien tiene la plaza en propiedad en el servicio en estos momentos ocupa la de jefe de servicio. De todos estos facultativos en el momento actual 6 son propietarios de plaza de funcionario en el Servicio Murciano de Salud (5 son titulares de la plaza en el Hospital, y 1 que se halla en situación de

promoción interna temporal procedente de un servicio de urgencias extrahospitalario). Hay un titular más, que se encuentra en comisión de Servicios en otro centro hospitalario, estando cubierta su plaza por un contrato de larga duración; existen otros dos contratos de larga duración los cuales cubren la plaza de una liberación sindical y el otro la plaza de la que es titular el jefe de Servicio actual. Hay un total de 4 médicos interinos en el Servicio y 2 que firman acumulaciones de tareas repetidas con una frecuencia semestral. Otro facultativo eventual que cubre con un solo contrato; los turnos de guardia de uno de los facultativos titulares, que está exento de guardias y turnos nocturnos por ser mayor de 55 años y una reducción de un tercio de la jornada de otro facultativo por conciliación de vida familiar y que firma también un contrato semestral. Además, hay facultativos externos al servicio que acuden de manera puntual a cubrir algún turno de guardia.

En el momento actual los días laborales hay 1 facultativo que hace turno de mañana, 2 turno de mañana y tarde de manera continua, 1 facultativo que hace turno de mañana y refuerzo extra (cobrado como horas de guardia de presencia física) desde las 15:00 horas hasta la 1:00 horas del día siguiente, y 2 facultativos que hacen turno de mañana y guardia de presencia física de 15:00 horas a 8:00 horas del día siguiente. Los Sábados hay 1 facultativo que realiza turno de mañana y turno de tarde extra de 15:00 horas a 22:00 horas (cobrado como horas de guardia de presencia física) , 1 facultativo que hace turno de mañana y refuerzo extra (cobrado como horas de guardia de presencia física) desde las 15:00 horas hasta la 1:00 horas del día siguiente, y 2 facultativos que hacen turno de mañana y guardia de presencia física de 15:00 horas a 8:00 horas del día siguiente). Los Domingos y festivos trabajan en el Servicio 1 medico de 8:00 horas a 22:00 horas, un médico de 8:00 horas a 01:00 horas del día siguiente y 2 médicos de guardia de 24 horas (todas las horas se cobra como horas de guardia de presencia física). En fechas determinadas, tales como las fiestas de Caravaca y ocasionalmente en la epidemia de gripe existe un facultativo más como turno extra en horario de 8:00 a 22 horas los fines de semana, dichos contratos deben ser aprobados por la dirección del centro.

No existe ningún facultativo de urgencias localizado por lo cual cualquier incidencia en la cobertura de turnos se hace de manera arbitraria en función de la disponibilidad de los adjuntos de servicio los sábados, domingos y festivos. Para los días laborales existe un protocolo de cobertura de turnos los días laborales pudiendo quedar el Servicio en algún tramo con algún médico menos de los especificados anteriormente (que habitualmente se corresponde con un facultativo menos de mañana).

- Médicos internos residentes: En el Servicio hacen guardias residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, pertenecientes a la Unidad Docente Caravaca de la Cruz y están asignados a los Centros de Salud con acreditación docente de nuestro Área que son Calasparra y Caravaca de la Cruz. En el momento actual (aunque se ofertan 5 plazas cada año para el Área) se cuenta con 4 residentes de cuarto año, los cuales solo realizan dos guardias en nuestro servicio al mes y opcionalmente pueden realizar una tercera de camas de observación, en estos momentos sólo 2 de estos residentes la realiza; 4 residentes de tercer año (2 guardias) , 4 residentes de segundo año (3 guardias) y 5 residentes de primer año (4 guardias), que realizan éstas de presencia física en el Servicio de Urgencias, en función de la distribución de guardias que les permite su plan docente (ya que deben hacer guardias en otros dispositivos asistenciales como Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria-061, así como guardias específicas de determinadas especialidades como Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría). Esto hace que no estén cubiertos todos los días del año con la presencia de guardia de algún residente y que parte de los días del año el único residente en el Servicio de Urgencias sea un residente de primer año que no debe tener carga asistencial y no puede firmar las altas de los pacientes solos y que debe ser esta refrendada por un adjunto del servicio.
- Enfermería: Actualmente el Servicio cuenta con 22 enfermeros, 9 de los cuales son propietarios de la plaza. Su jornada laboral se distribuye de la siguiente forma todos los días del año (salvo refuerzos puntuales): 4 enfermeros en turno de 8 horas a 22 horas, 1 enfermero en turno de 11 horas a 01:00 horas del día siguiente y 3 enfermeros en turno de 22 horas a 8 horas del día siguiente. Además, el Servicio cuenta con un Supervisor de

Enfermería, aunque el momento actual al estar de baja la supervisora ha asumido su cargo el responsable de enfermería del área sanitaria con el conflicto de interés que esto puede suponer

También hace guardias de presencia física (solo los días que le son asignados) dos EIR de la especialidad de Enfermería de Familia (1 por año de formación)

- Auxiliares de enfermería: Actualmente el Servicio cuenta con 14 auxiliares de enfermería 8 de los cuales son titulares de plaza en el Servicio Murciano de Salud. Sus turnos de trabajo se distribuyen de la siguiente forma todos los días del año: 3 auxiliares en turno de 8:00 a 22:00 horas y 2 auxiliares en turno de 22:00 horas a 8:00 horas del día siguiente. Dependen funcionalmente de la Supervisión de Enfermería.
- Celadores: No existe un número concreto de celadores adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital, desarrollan su labor en el Servicio de forma habitual 3 celadores por turno (de 8:00 a 15:00 horas, de 15:00 horas a 22:00 horas) y de 22:00 horas a 08:00 horas del día siguiente quedan 4 celadores para cubrir todo el Hospital. A partir de las 22:00 horas además de las funciones propias de su puesto de trabajo deben asumir la centralita telefónica del Hospital. Dependen funcionalmente del Jefe de personal subalterno del Hospital.
- Administrativos: De forma habitual hay un administrativo en la ventanilla de admisión de Urgencias (salvo ocasiones puntuales en que se dobla el personal), que al igual que los celadores tienen turnos de mañana, tarde y noche. Además de sus funciones de admisión de pacientes deben de asumir por las noches y los días festivos y fines de semana (cuando no hay personal de Archivos trabajando) la localización de Historias Clínicas de pacientes demandadas por los facultativos del Servicio de Urgencias, dejando descubierta la zona de admisión. Dependen funcionalmente de un jefe de personal de Admisión.
- Seguridad y control de accesos: Hay un único trabajador de Seguridad y control de accesos para todo el Hospital y es un servicio externalizado. Realizan turnos de 12 horas. No tiene su ubicación específica en nuestro servicio y acude si es llamado.

- Limpieza: La limpieza del Servicio también es un servicio externalizado junto a la limpieza del resto de instalaciones del Hospital. Dicho personal realiza una limpieza a fondo a las 8:00 del servicio, una revisión a las 14:00 y las 22:00 y acude si son llamadas por lo que llevan un busca para su localización.

B3) Cartera de servicios

En función de los medios tanto materiales, logísticos y de personal podemos decir que nuestra cartera de Servicios consta de:

- **Sistema de triaje**; el cual se encarga de priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, tanto en tiempo como en recursos, a la urgencia en cualquiera de sus niveles. Para ello tenemos un sistema de triaje homologado, el cual es realizado por personal de enfermería, exceptuando 2 horas diarias donde es realizado por los facultativos adjuntos del servicio por disponer de menor número de enfermeros. Esta clasificación permite priorizar la asistencia y distribuir por niveles acorde a la gravedad del proceso. Este sistema lleva en marcha desde enero 2017

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

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

- Cánulas de Guedell
- Ventilación manual con bolsa y mascarilla.
- Pulsioximetría.
- Oxigenoterapia.
- Intubación traqueal.
- Cricotiroidotomía.
- Ventilación mecánica no invasiva e invasiva.

2. Control cardiocirculatorio:

- Monitorización electrocardiográfica
- Desfibrilación eléctrica y Cardioversión sincronizada
- Marcapasos externo.

- Monitorización no invasiva de la presión arterial
- Monitorización de la presión venosa central.

3. Atención al Politraumatizado:

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

• Circuitos especiales para patologías tiempo-dependientes:

- 1) Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST.
- 2) Código ictus: Activación del mismo según el plan regional de Murcia

• Realización de diagnóstico y tratamiento inicial o definitivo de:

1. Urgencias cardiovasculares
2. Urgencias respiratorias
3. Urgencias digestivas
4. Urgencias neurológicas
5. Urgencias endocrinometabólicas
6. Urgencias infecciosas
7. Urgencias nefrourológicas
8. Urgencias reumatológicas
9. Urgencias oncológicas
10. Urgencias ORL
11. Urgencias oftalmológicas
12. Intoxicaciones agudas y envenenamientos
13. Urgencias por agentes físicos

14. Urgencias traumatológicas.

- **Apoyo clínico-terapéutico puntual**, mediante interconsulta a los especialistas de guardia presencial: cirugía general, traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia o los de guardia localizada: radiología y urología; así como en los casos en los que la cartera de Servicios de Nuestro Hospital no presente ciertas especialidades se contactará con los facultativos de guardia situados en nuestro Hospital de Referencia, el HUVA: Cardiología, Hematología, Oncología, Nefrología, Neurocirugía, Unidad de Quemados, y Medicina Intensiva.

B4) Datos de funcionamiento en los últimos 5 años

Hasta el inicio del año 2017, nuestro servicio de urgencias se caracterizaba por la ausencia de triaje, de tal manera que los pacientes al dar sus datos al administrativo eran clasificados según la causa de la demanda asistencial, así como la edad de paciente como Urgencias generales, Traumatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Oftalmología y Otorrinolaringología (fundamentalmente), dicha clasificación variaba a posteriori en numerosas ocasiones, porque el paciente luego refería otra clínica o porque no quería decir que le pasaba al personal de administración. Estos pacientes eran clasificados aparte de cómo URG, TRA, PED, OBS, GIN, OFT, OTL, con un número en función de los facultativos presentes según la franja horaria del servicio. Así según esta clasificación se han obtenido los siguientes datos que nos han sido suministrados desde la Subdirección de Gestión de la Gerencia única del área IV del Servicio Murciano de Salud

Clasificación inicial de pacientes según patología

	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Urgencia</i>	52,38	50.82	49.7	51.51	50.93
<i>Traumatología</i>	24.67	25.04	25.61	23.59	24.72
<i>Pediatría</i>	9.95	11.02	11.34	12.49	11.08
<i>Obstetricia</i>	5.2	5.22	5.38	4.8	5.12
<i>Oftalmología</i>	3.91	4.55	4.39	4.45	4.34
<i>Ginecología</i>	2.27	2.01	2.23	2,0.6	2.15
<i>Otorrinolaringología</i>	0.46	0.48	0.65	0.67	0.57
<i>Otros</i>	1.17	0.87	0.7	0.48	1.09

Aproximadamente la mitad de la demanda asistencial se corresponde a las denominada como Urgencias generales que pueden incluir tanto patología médica como quirúrgica, la cuarta parte suele corresponder a urgencias traumatológicas, 1 de cada 10 se corresponden con pacientes pediátricos con edades comprendidas entre neonatos y 11 años. Aproximadamente un 5% de la demanda es obstetrica la cual será atendida por el Ginecologo de guardia, mientras que el 2% correspondiente a la patología ginecologica suele ser atendida en primera instancia por los facultativos del servicio. Las urgencias oftalmológicas son atendidas en horario mañana en Consultas externas de Oftalmología y el resto por los facultativos de nuestro servicio, lo mismo ocurre con las de otorrinolaringología. En el apartado de otros se incluye las urgencias, urológicas, y las especificadas a la toma de datos como cirugía y dermatología.

Destino al alta de los pacientes (Porcentajes):

	2012	2013	2014	2015	2016
Domicilio	88.02	87.89	87.08	87.05	87.24
Ingreso	8.69	8.45	8.67	8.05	8.44
Traslado	0.91	0.89	1.08	1.11	0.96
Exitus	0.13	0.12	0.09	0.14	0.12
Fuga	0.19	0.16	0.36	0.51	0.3
Alta voluntaria	0.04	0.04	0.1	0.07	0.06
Otros	3.02	2.46	2.62	3.04	2.99

De este cuadro se puede destacar la alta resolución que tenemos en Nuestro servicio de urgencias, ya que casi el 90% son dados de alta desde el mismo. El porcentaje de ingresos se sitúa en aproximadamente el 8.5% Tenemos una mortalidad baja del 0.1% aproximadamente. La necesidad de traslado a otros hospitales por necesidades diagnósticas y/o terapéuticas se sitúa en torno al 1%

Facultativo responsable del destino al alta (Porcentajes)

	2012	2013	2014	2015	2016
Urgencias	80.05	80.34	78.98	77.85	78.9
Medic. Interna	3.59	3.67	3.78	3.6	3.63
Ginecología	5.08	4.41	5.11	4.85	4.95
Pediatría	2.21	2.48	2.72	3.25	2.64
Traumatología	1.9	1.7	1.77	1.74	1.83
Cirugía	1.41	1.46	1.38	1.2	1.38
Otros	7.88	5.78	4.05	7.50	6.67

Antes de explicar este cuadro hay que aclarar que hasta 15 mayo de 2017 los ingresos en el hospital a cargo de las diferentes especialidades médicas eran realizadas por los facultativo de guardia del área de medicina interna, desde esa fecha son realizados por los facultativos de nuestro servicio. Desde el servicio de Urgencias son dados de alta por nuestros facultativos 8 de cada 10 pacientes aproximadamente a domicilio Si bien la patología traumatologica constituye un 25% de la demanda asistencial, sólo un 2% de nuestros

pacientes son ingresados o dados de alta por el traumatólogo (el 8% del total de pacientes que consultan por causa traumática), de modo que el resto de la patología es resuelta por los facultativos de nuestro servicio. Lo mismo pasa con pediatría que valoraran sólo a una cuarta parte de los pacientes pediátricos que consultan.

Datos de frecuentación

Analizando el número de pacientes que han necesitado atención en nuestro servicio observamos un aumento progresivo de la demanda de hasta un 9.48% en los últimos 5 años. Suponiendo un aumento del número de pacientes día en torno a 12.

Año	Total de Urgencias	Urgencia media día
2012	42389	115.81
2013	42458	116.32
2014	43855	120.15
2015	45659	125.09
2016	46829	127.94

Según la tasa de frecuentación por cada 1000 habitantes de nuestra area alcanzó la cifra de 649.45, superando con creces la tasa de 500 urgencias por mil habitantes y años fijada en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, y también la tasa del servicio murciano 532.1

Analizando de la misma manera según meses del año nos encontramos que si bien existe un pico asistencial en los meses de Enero-Febrero (que coinciden normalmente con la epidemia de gripe, no hay un descenso muy significativo en la media de pacientes atendidos en el resto del años, siendo los meses de Septiembre y Octubre donde menos pacientes del media al día se atienden aproximadamente un 10% menos que los meses de máxima demanda. Curiosamente el mes de agosto que cabría pensar un descenso de

la demanda mayor por ser periodo vacacional supone un 6% menos que los meses de Enero y Febrero y alcanza niveles similares a la media diaria anual. Con respecto a los días de la semana son los lunes los días que presentan mayor frecuentación con un 16.53% en los últimos 5 años, mientras que los días de menor demanda corresponden a sabados y domingos con un 12% aproximadamente. Con respecto a las horas el pico máximo se distribuye entre las 10-14 horas, con un pico de densidad de pacientes en ese tramo horario en torno a 35. con una frecuentación nocturna baja,

Dada la ausencia de triaje en los años previos no podemos hacer una valoración real de nuestros pacientes al desconocer el grado de complejidad real de los mismos, lo que esperamos se puede hacer en los proximos años con la implantación del mismo.

B5) Matriz DAFO

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> . Poca experiencia con el triaje . Ausencia de protocolos. . Ausencia plan docente estructurado . Compartimentación del Servicio. . “Miedo a los cambios” Escasez de recursos Falta de trabajo en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> . Carencia de recursos . Dispersión geográfica de la población. . Mal uso del servicio por los usuarios . Envejecimiento poblacional Burnout en los profesionales
Fortalezas	Oportunidades.
<ul style="list-style-type: none"> . Personal altamente cualificado . Alta capacidad resolutive de la demanda. . Bajo número de ingresos hospitalarios. Deseo de mejora del servicio por el personal 	<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo de la población que conoce la carencia de recursos Renovación de los profesionales . Posibilidad de coordinación con otros niveles asistenciales. . Posibilidad de coordinación con recursos sociosanitarios.

B6) MATRIZ CAME

Corregir	Afrontar
<ul style="list-style-type: none"> . La falta de protocolos de actuación . Solicitar el aparataje de monitorización de los pacientes - La falta de implicación de los profesionales en la investigación 	<ul style="list-style-type: none"> . Consolidación del triaje . Coordinación con dispositivos de urgencias extrahospitalarios y de otros centros. - Consolidar plan formativo para residentes.
Mantener	Explotar
<ul style="list-style-type: none"> . Implicados a los profesionales en la gestión del servicio . La capacidad de resolución del servicio . 	<ul style="list-style-type: none"> . Las “ganas” de generar un cambio en el servicio por los nuevos profesionales . Protocolos de coordinación con urgencias extrahospitalarias y trabajador social.

4. PLAN DE ACTUACION PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HCN

4.1. Misión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia como: “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”, también la define como: “la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores” Mientras que la emergencia la define como: “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital” o que en una emergencia, “ la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora”

Por ello podemos decir que la misión de nuestro servicio de urgencias hospitalaria es prestar al paciente, en aquellos casos en que su situación clínica lo necesita, una atención sanitaria inmediata, los cuidados y atenciones tanto médica como de enfermería, que requieren el problema de salud por el que acuden, priorizando la atención de los usuarios según la gravedad del problema y aportándoles en todo el proceso la información sobre el mismo al paciente y/o sus familiares. Esta asistencia se prestará durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

4.2 Valores

Los valores del Servicio Murciano de Salud son: La cobertura universal, la equidad en el acceso, eficacia en términos de salud y eficiencia en la utilización de los recursos. Al formar parte del mismo debemos asumirlos como propios, buscando una mejora en el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

Los principios de actuación de nuestro servicio deberían ser;

1. Respeto a los valores esenciales de todas las personas, incluyendo esto tanto a los usuarios como a los profesionales que forman parte o interactúan con el mismo.
2. Universalidad.
3. Equidad.
4. Gestión eficiente.
5. Apuesta por la innovación y el cambio para mejorar sus resultados.
6. Trabajo en equipo.

4.3 Líneas estratégicas

Nuestra misión como nivel asistencial de referencia en nuestra área debe ser poder dar una respuesta efectiva a la atención urgente, para ello debemos marcar unas líneas estratégicas cuya finalidad sea mejorar la adecuación de los servicios que prestamos para dar esta respuesta de la manera lo más correcta posible a la demanda que se nos presente.

Las líneas propuestas son:

- 1) Consolidación del sistema de triaje
- 2) Mejorar la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales de Urgencias
- 3) Aumentar la satisfacción de los usuarios del servicio
- 4) Promover la Cultura de Seguridad del Paciente.
- 5) Instaurar un Protocolo ante riesgo social
- 6) Implantar un sistema de información continua a los pacientes y familiares sobre la situación del paciente en la unidad
- 7) Concienciar a los usuarios del correcto uso de las Urgencias Hospitalarias.
- 8) Plan de formación continua y capacitación del personal de urgencias.
- 9) Mejorar la comunicación entre distintas especialidades.
- 10) Implicar a los profesionales en la gestión del servicio
- 11) Plan de Docencia dirigido de los Médicos Internos Residentes
- 12) Instauración de prácticas seguras en el uso de medicamentos

4.4 Objetivos asistenciales

4.4.1) Consolidación del sistema de triaje

El triaje de urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según al grado de gravedad del proceso por el que consultan y nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes y priorizar la asistencia de los mismos garantizando que los valorados como más urgentes sean vistos de manera preferente.

En nuestro servicio su implantación, en enero de 2017, supuso una revolución tanto para el personal como para los usuarios y se buscaba con ello proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos. El sistema implantado fue el Sistema Español de Triage, que nos clasifica a los pacientes en:

I Azul Reanimación:	Asistencia Inmediata
II Rojo Emergencia	Tiempo de asistencia <7 minutos
III Naranja Urgente:	Tiempo de 1º asistencia 30 minutos
IV Verde Menos urgente	Tiempo 1º asistencia 45 minutos
V Negro No urgente	Tiempo 1º asistencia 60 minutos

Es realizado por enfermería en horario de 11:00 a 9:00 y en horario de 9:00 a 11:00 es realizado por los facultativos adjuntos del servicio ya que el número de personal de enfermería en dicho tramo horario es menor al habitual.

Si bien la percepción general de los miembros del equipo es que ha sido beneficioso, porque el trabajo está más estructurado, sigue teniendo sus detractores tanto dentro del personal como de los usuarios. En estos momentos se están generando los primeros datos del mismo y aún no están

disponibles para poder monitorizar como ha sido el proceso de implantación y poder realizar así los ciclos de mejora del mismo que sean necesarios.

4.4.2 Mejorar la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales de Urgencias

Nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarios es el Centro de Referencia de una serie de dispositivos de Urgencias Extrahospitalarias. Desde estos puntos asistenciales nos son derivados múltiples pacientes, bien por sus propios medios, o en ambulancias asistenciales o no asistenciales. Ante todo, paciente que acude en Ambulancia existe un Médico responsable para su recepción (lleva busca y está localizado permanentemente), que se encarga de que se pueda establecer una correcta transferencia del paciente en el caso en que el traslado sea con personal sanitario (hecho fundamental para la seguridad del paciente), así como del triaje del paciente, de solicitar las primeras pruebas diagnósticas si son necesarias y de realizar la primera atención; el cual luego transmite toda la información al médico asignado por el sistema informático.

Si bien está parte de la transferencia la tenemos bastante estructurada, considero de importancia la mayor comunicación desde estos dispositivos asistenciales y nuestro SUH, por diferentes motivos:

- El desconocimiento de algunos de los profesionales de estos servicios de las especialidades de guardia en Nuestro hospital, así como de los medios de los que disponemos. Por ejemplo: Las derivaciones para valoración por Oftalmología de pacientes cuando carecemos de oftalmólogo de Guardia y nuestro Hospital de Referencia en esos casos es el Hospital Virgen de la Arrixaca. Si bien hay urgencias que podemos resolver en nuestro servicio, Las urgencias que son demorables o que no podemos resolver son valoradas en horario de mañana por los oftalmólogos en Consulta. Por ello sería importante que tuvieran conocimiento de este hecho para que no ocurran esas derivaciones en determinadas franjas horarias y si es precisa esa valoración de urgencias deriven al paciente al Hospital correspondiente. Lo mismo ocurre con otras especialidades, con derivaciones tipo; “remito para valoración por

Neurólogo”, en nuestro hospital no hay Neurólogo de guardia, lo que supone explicar al paciente que dicha valoración no se va a producir con el consiguiente “disgusto” en ocasiones por los usuarios.

- El avisar desde estas unidades cuando acuden con un paciente que requiere una atención inmediata de su posible llegada y tiempo estimado. Si bien algunas unidades nos avisan, como en el caso de la UME (ocurrió hace unos meses con unos heridos de bala), otros dispositivos no avisan.

Ante esto creo que es importante; establecer una serie de reuniones con estos dispositivos, para que nos conozcan mejor y nosotros a ellos, para poder explicarles los medios de los que disponemos, y ellos a nosotros los suyos, y así poder prestar una mejor atención conjunta a nuestros pacientes. Además, aquellos que lo deseen, hacer “rotaciones” en el servicio tanto para ver el funcionamiento del mismo más directamente como para “reciclarse” si lo estiman necesario.

4.4.3 Aumentar la satisfacción de los ciudadanos que hacen uso del Servicio

La atención que se presta en los Servicios de Urgencias está continuamente sometida a la evaluación y críticas, tanto por los usuarios como por parte de los médicos que realizarán el seguimiento del paciente, una vez éste ha recibido la primera asistencia en el servicio de urgencias. Es importante hacernos una idea de la percepción que nuestros pacientes tienen de nuestro servicio (calidad percibida), para así poder instaurar los ciclos de mejora necesarios

Existen una serie de dimensiones a medir, las cuales vienen determinadas por la experiencia del paciente, como pueden ser: accesibilidad, tiempo de espera, competencia profesional, aspectos relacionados con las instalaciones y equipamientos, la información (cantidad y cualidad) que reciben, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Para poder monitorizar la calidad percibida de los usuarios una de las herramientas más utilizadas son los cuestionarios, por diferentes factores, tales como que son fáciles de realizar, permiten conocer la opinión de un gran número de pacientes, su realización no es muy costosa y su interpretación suele requerir menos tiempo y recursos que otros métodos. En nuestro caso se podría utilizar como base el cuestionario desarrollado por el Servicio Murciano de Salud, para el ámbito de las Urgencias hospitalarias, dentro del programa EMCA. Esta encuesta de satisfacción entre los usuarios de los servicios de Urgencias hospitalarias, fue realizada por última vez en 2013, está fue realizada mediante la misma metodología utilizada en 2008 y 2009 a partir de unas encuestas.

Los objetivos fueron:

- *Medir la calidad percibida y la valoración global de la satisfacción con la atención recibida.*
- *Identificar oportunidades de mejora*

Dicha encuesta se realizó a pacientes atendidos en todos los servicios de urgencias de la región, de los datos correspondientes a nuestro servicio de urgencias me gustaría destacar:

- Tiempo que pasó hasta primer contacto con personal sanitario desde su llegada a urgencias (Medico y/o enfermero): <15 minutos: 45.3%, el cual está por debajo de la media del servicio murciano de salud que se sitúa en 57.6%, siendo el peor de los servicios.
- Tiempo media de espera hasta primer contacto con personal sanitario desde su llegada a urgencias (Medico y/o enfermero): 25.85 minutos también muy por encima de la media del SMS que es de 17.9 minutos.
- Respecto al trato recibido por el personal médico: Muy bueno el 91.6%
- Profesionalidad del personal médico: Muy buena 89.5%, la más baja de la región, donde la media se sitúa en 93.4%.

- Satisfacción de los usuarios en general del 1 al 10: se sitúa en 8.63, (La media del SMS 8.65)

Desde entonces han pasado ya 4 años, por lo que sería interesante volver a realizar la misma en nuestro servicio dados los numerosos cambios que han acontecido en él desde entonces: renovación del 50% de los facultativos, la instauración del triaje y la reorganización del servicio tras su implantación; para así poder conocer la situación actual y establecer medidas para mejorar.

4.4.4 Protocolo ante riesgo social

Elaborar un protocolo de actuación para garantizar que los usuarios que no tienen la capacidad necesaria para seguir las indicaciones terapéuticas o que no cuentan con un cuidador, o carezcan de los medios económicos para seguir correctamente el tratamiento pautado, cuenten con los recursos sociales más adecuados, de tal modo que se establezcan unos criterios de activación de los diferentes recursos del área en función de los diferentes niveles de necesidad socio-sanitaria. Dicho protocolo deberíamos realizarlo conjuntamente con la trabajadora social de nuestro hospital.

4.4.5 Implantar un sistema de información continua a los pacientes y familiares sobre la situación del paciente en la unidad.

El estar enfermo o tener un familiar enfermo genera una ansiedad tanto en el paciente y el familiar por lo que en ocasiones la demanda de información continua genera un entorpecimiento en la continuidad asistencial, así mismo en ocasiones la gran demanda impide a los profesionales poder ir dando dicha información en tiempos adecuados para la tranquilidad del paciente y familiares. La idea de implantar este sistema busca cubrir carencias en este proceso. Dicho sistema variara en función de si el paciente es atendido en boxes o en camas de observación.

Al paciente asistido en boxes de urgencias se le deberá dar información mínima cada dos horas, para ello se potenciará el uso una pestaña existente en el programa informático que se usa en la asistencia (Selene), dicha pestaña es la de información a los familiares y en ella se pueden señalar varios ítems

como información dada, y a quien se ha facilitado dicha información según grado de relación con el paciente. Si bien dicha pestaña ya está habilitada los profesionales desconocen la mayoría su existencia y uso. Con respecto a los pacientes localizados en el área de observación, dicha información será transmitida en los horarios de visita (desayuno, comida, cena), a la entrada del paciente a esta área, al alta del servicio y si los resultados de alguna prueba o la evolución del proceso suponen un cambio significativo en el mismo.

4.4.6 Concienciar a los usuarios del correcto uso de las Urgencias Hospitalarias.

Nuestro Servicio de Urgencias supone la puerta de entrada al hospital y por consiguiente a la atención especializada a “criterio del usuario”; y en ocasiones ante la valoración médica son relativamente frecuentes frases como “no puedo ir a mi médico porque tengo que trabajar” o “no me dan cita para el especialista hasta dentro de 3 meses y no puedo esperar” o “vengo a urgencias porque aquí me lo hacéis todo y vais más rápido” sin que presenten una patología urgente que justifique dicha demanda, por lo que es esencial ordenar y planificar de forma adecuada el flujo de esta demanda. Para evitar la sobrecarga de trabajo de SUH, se crearán carteles informativos así como trípticos que se entregaran al paciente tras pasar por triaje; con información sobre su prioridad de asistencia, así como el tiempo de espera estimable, intentando buscar la concienciación al usuario de las patologías que podrían ser atendidas en Atención Primaria y solidaridad con los pacientes que requieran asistencia más inmediata.

4.4.7 Instauración de prácticas seguras en el uso de medicamentos

Dentro de este apartado cabe resaltar varias cosas:

1) Cuidado en las alergias medicamentosas: No sólo aquellas ya conocidas de las que suele haber datos en el sistema o el paciente ya las conoce, sino también aquellas, que se desconocen y que pueden ser, en ocasiones, más peligrosas. Es necesario crear un sistema de alerta ante aquellos nuevos eventos que se produzcan, de tal modo, que además de dejarlo reflejado en la

historia clínica, se cree una alerta en el sistema (el profesional que atiende al paciente debe poder activarla, en la actualidad no es posible) y se pueda realizar un seguimiento posterior, bien desde su Médico de Atención primaria o con una derivación al Servicio de Alergia para su estudio.

2) Uso de fármacos que pueden suponer un riesgo en algunos pacientes (insuficiencia renal, insuficiencia hepática): es necesario en estos pacientes realizar ajuste de los medicamentos en función de su metabolización y/o excreción, por los efectos secundarios que se puedan producir. Por lo que al igual que hay alertas en el sistema de alergias medicamentosas deberíamos crear alertas de estas patologías para que el profesional sea consciente de las mismas, así como tener en cada ordenador una aplicación para calcular el aclaramiento renal de los pacientes con insuficiencia renal. Sería además aconsejable la creación de una guía de manejo fácil de ajuste de los principales fármacos de usos hospitalario en el paciente con insuficiencia renal, guía que se podría realizar de manera conjunta con el servicio de farmacia y medicina interna (ya que en nuestro hospital carecemos de servicio de Nefrología)

3) Énfasis en pacientes polimedicados y ancianos: Los pacientes polimedicados y ancianos suponen un problema por el riesgo de interacciones farmacológicas que se pueden producir. También es relativamente frecuente que muchos de estos pacientes desconozcan la medicación que toman. Por ello se deberían establecer ciertas medidas con estos pacientes tales como:

a) En el ítem: Medicación actual en la Historia Clínica que realizamos en nuestro sistema informático SELENE: realizar revisión de la misma cuando el paciente acude a urgencias por el motivo que sea poniendo fecha de actualización de la ésta para que podamos los profesionales del servicio acceder a la información lo más actualizada posible.

b) Ya que podemos consultar desde el sistema Agora: los fármacos prescritos a los pacientes, tanto los más recientes como los incluidos en la receta electrónica, sería también interesante en reuniones con los compañeros de atención primaria que estos realicen actualizaciones periódicas de los fármacos

que consumen los pacientes, pues en ocasiones está es la única fuente de información que poseemos.

4.4.7 Mejorar la comunicación con las distintas especialidades.

Los servicios de Urgencia si bien resuelven la mayor parte de su demanda, deben también realizar interconsultas a diferentes especialistas que deben ser atendidas en el momento de la demanda asistencial o en un plazo temporal breve, y no de forma diferida como ocurre entre otras especialidades. El objetivo de estas interconsultas es la participación diagnóstica y/o terapéutica de otros especialistas donde los conocimientos y competencias del personal de Urgencias no pueden desempeñar. Un ejemplo por ejemplo sería la interconsulta a cirugía ante una apendicitis o al radiólogo para la realización de un TAC.

En estos momentos las interconsultas en nuestro servicio no están regladas y no existe un formulario específico para las mismas, si bien en la mayoría de los casos no existe problema, en ocasiones dependemos de la “buena fé” del especialista y la sensación de actuar como meras “secretarias” con algunos supone una “incomodidad” y una pérdida de efectividad para los profesionales de nuestro servicio

Por ello es importante para poder prestar una mejor atención a nuestros pacientes la creación de las interconsultas electrónicas que faciliten y “obliguen” a que esta comunicación sea correcta entre los profesionales y lo más beneficiosa posible para el paciente.

4.4.8) Implicar a los profesionales en la gestión del servicio

Nuestro sistema organizativo actual hace que en nuestro servicio tengamos un jefe/a de servicio y un/a supervisora de enfermería, si bien dado el número de profesionales podríamos solicitar un jefe de sección desde dirección médica hasta ahora se nos ha denegado.

Implicar a los trabajadores en el funcionamiento de una empresa hace que estos adquieran un mayor compromiso y se traduce en una mejora de los

resultados de la misma. Llevado esto al servicio de urgencias lo que buscamos es la intervención activa de nuestro personal a la hora de identificar, analizar y buscar soluciones a los diferentes problemas presentes en nuestra unidad para poder alcanzar así una mayor eficacia y calidad de la práctica clínica. Esta medida no se debe limitar al personal facultativo si no que se debe incluir al resto de los profesionales. Para ello se propone la puesta en marcha de una serie de Grupos de Trabajo dentro del servicio tales como 1) Grupo de mejora del triaje 2) Grupo de Formación, Docencia e investigación 3) Grupo de Protocolos y vías clínicas. 4) Grupo de Seguridad del Paciente. Además de estos se pueden iniciar otros a petición del personal. Para la instauración de los mismos es bueno proponer su creación y que sean los propios profesionales que se ofrezcan a integrarlos dentro de sus preferencias e intereses

4.5 Mapa de procesos del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste



4.6 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos es considerada como una dimensión de la calidad imprescindible en los servicios de urgencias. La incidencia de aparición de eventos adversos en los mismos se estima entre un 1,6 y un 14% según diferentes estudios. En nuestro servicio es muy importante implantar una cultura y una política de seguridad del paciente ya que carecemos de ella. Si bien con la implantación del triaje hemos hecho un pequeño avance aún nos quedan mucho camino que recorrer. Esta implantación debe ser progresiva y debe implicar a los profesionales del servicio para asegurarnos que se llevará acabo. Para ello se creará un comité de calidad dentro del servicio que incluya a profesionales de las diferentes categorías profesionales. Es importante realizar un estudio preliminar de las carencias actuales en seguridad, así como el inicio de un registro de eventos adversos de los que podamos aprender y realizar autocrítica.

Realizando un pequeño análisis preliminar podemos decir que algunas de las causas de eventos adversos son:

- **Error en la identificación del paciente**, es necesario el uso de las pulseras de identificación (se le entregan al paciente a su llegada y en múltiples ocasiones no se las pone, se debe decir al paciente o colocársela desde triaje) y certificar que las muestras, pruebas y tratamiento se realizan al paciente correcto.
- **Errores en la transferencia en el cambio de turno**: momento crítico en el que se pasa información del paciente; es importante que dicha información sea transmitida correctamente por los profesionales entrantes y salientes y por tanto los encargados de transmitirla y recibirla. Una opción sería la transmisión de dicha información tanto verbal como por escrito, así como promover entre los profesionales el transcribir en el proceso una correcta evolución del paciente con datos relevantes para la asistencia del mismo.
- **Órdenes médicas manuscritas o verbales**: La inadecuada comprensión de las mismas, por motivo varios (mala letra, uso de abreviaturas no estandarizadas, no apuntar la hora en que se pauta); así como órdenes verbales mal entendidas o mal explicadas. Esto se puede evitar con la prescripción electrónica.

- **Inadecuada comunicación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso asistencial del paciente:** Resaltando de nuevo, la necesidad de la creación de un sistema de interconsultas electrónicas con los profesionales especialistas de guardia en el hospital.
- **Riesgo de caídas o incorrecta movilización de los pacientes:** Es importante establecer protocolos de movilización de determinados pacientes, tales como pacientes politraumatizados o pacientes con fracturas para evitar los riesgos que conlleva una inadecuada movilización.
- **Relacionadas con los fármacos administrados al paciente:** Alergias medicamentosas, interacciones farmacológicas, riesgo de sobredosis

4.7 Atención centrada en el paciente

Con la entrada de este término en la asistencia sanitaria y junto con la ley de Autonomía del paciente nos encontramos con nuevos cambios en la atención al paciente, ahora debemos plantearnos que debemos organizar la atención pensando más en lo que quiere o espera el paciente y no en lo que nosotros como profesionales de la salud pensamos que es mejor para él.

Estos cambios suponen que debemos integrar al paciente y a sus familiares en la toma de decisiones y en partes de la asistencia que hasta ahora eran exclusivas del médico, haciendo que el paciente forme parte de su proceso diagnóstico y terapéutico. Es importante que los profesionales de la salud adquieran habilidades de comunicación y sean capaces de poder facilitar el apoyo psicológico que el paciente necesita ante determinadas fases del proceso asistencial.

4.8 Guías clínicas y rutas asistenciales

Nuestro Servicio de Urgencias carece en este momento de guías clínicas, protocolos o rutas asistenciales, por lo que es necesaria la creación de las mismas para una mejor calidad en la asistencia de nuestros pacientes y para intentar disminuir la gran variabilidad clínica existente entre el estadio médico.

En estos momentos consideramos importante iniciar el proceso de creación de 4 guías:

- Guía de manejo del Síndrome Coronario Agudo

- Guía de Atención al Ictus- Código Ictus.
- Protocolo de Asistencia al Paciente Politraumatizado
- Guía de manejo de la Sepsis-Código Sepsis

Para la creación de estas guías se deberán realizar grupos de trabajo, marcando con ellos un calendario para poder establecer fechas para su instauración para que no se demoré. En dichos grupos deben incluirse tanto a personal del servicio como a aquellos de otros servicios que pueden estar involucrados en el proceso: Ejemplo Radiología para establecer las indicaciones de Tac y/o Eco en el paciente politraumatizado.

4.9 Plan de Formación de los Médicos Internos Residentes (MIR)

Los médicos internos residentes (MIR), que realizan las guardias en nuestro servicio son residentes de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, tenemos 5 residentes asignados por año. Durante el tiempo que pasan en nuestro servicio es responsabilidad de los médicos adjuntos, al tratarse de un hospital docente, de su supervisión y docencia. En estos momentos como tutora de los residentes en el Servicio de Urgencias me encargo de todo lo relacionado con los residentes, como apoyo existe un grupo de docencia dentro del servicio que ayuda en su formación y participan en su evaluación.

Las competencias y responsabilidades que asumen los residentes las irán adquiriendo de manera progresiva a lo largo de los años de residencia. Recientemente, hemos introducido en el Servicio un Plan de Formación de MIR (del que soy co-autora), este documento es de uso interno del servicio y hasta este momento no está publicado en ningún sitio, ha sido presentado al Jefe de la Unidad Docente de Medicina de Familia y a la subdirección médica del Hospital; en él se destacan los objetivos docentes para cada año. De entre todo que contiene podemos destacar según año de residencia:

RESIDENTES DE PRIMER AÑO

Su misión es aprender a HISTORiar

Dentro de los objetivos de aprendizaje están:

- *Aprendizaje de las normas de funcionamiento del servicio y del programa informático (SELENE®, Ágora Plus®)*
- *Historia clínica: anamnesis, exploración e indicación de pruebas.*

- Diferenciar emergencia médica, patología urgente y no urgente.
- RCP básica
- Radiología básica: tórax, abdomen y extremidades. Interpretación de un hemograma, bioquímica, coagulación, orina, gasometría y otros.
- Fluidoterapia básica. Farmacoterapia básica: dolor, psicotrópicos, conocimiento de fármacos para HTA, DM y DLP.
- ECG básico y patológico.
- Dominio de los grandes síndromes: dolor torácico, dolor abdominal, EPOC e ictus.
- ROTACION CON ENFERMERIA DE URGENCIAS: una guardia de cada 5, de 15:00h a 20:00h (en su guardia ordinaria: durante ese tiempo el residente aprenderá todo tipo de técnicas de enfermería).

Además, está establecido la asignación de pacientes progresivamente a lo largo de este primer año, según nivel de gravedad y/o complejidad del paciente. Durante su primer año y según la normativa vigente no podrán firmar historias clínicas solos y estas deben ser revisadas y firmadas por un adjunto del servicio

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

Su objetivo es aprender a **DIAGNOSTICAR**

Además de ello aprender:

- Conocer las indicaciones de ingreso / observación / alta.
- Conocer la fluidoterapia y fármacos más usados en el Servicio de Urgencias
- Adquirir conocimientos de la lectura del ECG avanzado.
- Radiología avanzada y sus diagnósticos diferenciales en función de la clínica.

- Realizar Interconsultas a otros especialistas

Dentro de patologías concretas:

- DERMATOLOGIA DE URGENCIAS: diagnóstico de rash cutáneos, dermatofibromas, micosis etc.
- CIRUGIA MENOR: valoración de heridas y su tratamiento, drenaje de abscesos, tratamiento hemorroidal. Reducción de hernias.

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

RESIDENTES DE TERCER AÑO

Su misión es aprender a TRATAR

Para ello deben adquirir:

- *Dominio del seguimiento de un paciente en camas (tratamiento, diagnóstico, evolución, indicación del alta / ingreso)*
- *Rotación electiva en el Servicio de Anestesiología: manejo de vía aérea en la intubación orotraqueal, canalización de vías centrales, respiradores.*
- *ELECTROMEDICINA: cardioversión, desfibrilación, VMNI, respirador artificial.*
- *RCP AVANZADA.*
- *PEDIATRIA: manejo de la fiebre, bronquiolitis, diarrea, indicación de estudio radiológico, analítica, asertividad con la familia. Convulsiones, situaciones de emergencias, dosificación de fármacos.*

- *Aprender las indicaciones de derivación de pacientes a un Servicio de Urgencias y protocolos de derivación al HUVA.*
- *FARMACOLOGIA, conocer la mayoría de los fármacos existentes y de más común manejo por los pacientes, interacciones ante una patología aguda y sus efectos secundarios. Sobredosificación, antídotos.*
- *RELACION CON EL ENTORNO FAMILIAR: asertividad, claridad en la información.*

RESIDENTES DE CUARTO AÑO

Su misión es adquirir AUTONOMÍA

- *Un residente de 4º año, debe actuar como un facultativo adjunto (siempre puede consultar lo que haga falta). Llevará el busca para atender los pacientes que vengan en camilla realizando correctamente la transferencia con los compañeros de la asistencia extrahospitalaria, y tomara parte en el proceso de una emergencia o PCR. Además, puede optar si así lo desea a realizar una de sus guardias en el área de observación con pacientes asignados a su cargo en la misma*

Aparte de esto hemos creado unas normas de ubicación y supervisión del residente en las guardias que hemos tenido que establecer para que la instauración del triaje no interfiera en la actividad docente y que vean a lo largo de su formación tanto pacientes localizados en el área de verdes, como de amarillos. Estas normas aún no se han implantado y la idea es hacerlo con la incorporación de los nuevos R. Dicha distribución quedará de la siguiente manera:

R1:

Durante los primeros 4 meses correspondientes a junio, julio, agosto y septiembre. El R1 irá con el adjuntó correspondiente al Amarillo4.

A partir de octubre a enero de las 4 guardias que realiza se distribuirán de la siguiente manera: 2 de verdes y 2 amarillos. La asignación estará en el cuadrante de los residentes y se realiza de manera alternativa. Si es verde irá con Verde1 y si es amarillo con el amarillo 4.

Febrero-Marzo: Asignación de numero propio en verdes, buscando que vayan asumiendo responsabilidad, el R1 a la entrada a la guardia asumirá el Verde2 y

será supervisado por el verde1. A partir de las 20:00 en función de las necesidades del servicio podrá ser reasignado a otras tareas de acuerdo con los dos adjuntos de guardia.

Abril-Mayo (hasta que pase a R2): Asignación de numero en Amarillo 6. Será supervisado por el amarillo 4 y amarillo5 de manera indistinta.

Un R1 NUNCA podrá firmar un alta solo, ésta debe ir refrendado siempre por la firma de un adjunto.

R2

Realizaran todas sus guardias como Amarillo6.

R3 (realizan en el Servicio 3 guardias)

De inicio de R3 a enero incluido realizaran sus guardias como Amarillo6.

De Enero a Mayo (Hasta inicio de R4) la asignación será la siguiente: 1 Guardia de Verdes (Verde2), 1 de Amarillo (Amarillo6) y 1 en el Area de Observación, donde el adjunto podrá ir asignándole pacientes que estarán a su cargo. Esa distribución se asignará en el cuadrante cada mes. A partir de las 20:00 en función de las necesidades del servicio podrá ser reasignado a otras tareas de acuerdo con los dos adjuntos de guardia

R4 (Realizan en el servicio 2 guardias)

El residente en este periodo puede realizar una guardia extra en el Servicio dicha guardia será el Area de Observación de Urgencia, será asignada en el cuadrante de manera extra después de que este ya éste diseñado. Las otras 2 guardias que realiza se asignaran según cuadrante 1 de amarillos (Amarillo 6) y 1 verde (Verde2) (ese día se le asignará el busca de recepción de camillas) A partir de las 20:00 en función de las necesidades del servicio podrá ser reasignado a otras tareas de acuerdo con los dos adjuntos de guardia

4.10 Plan de Formación de los Profesionales

En nuestro servicio no solo debemos de preocuparnos de la formación de nuestros residentes, sino que debemos de buscar la forma de ayudar en la formación continua de los profesionales que la forman. Una de las mayores carencias actuales es la falta de sesiones clínicas que ayudan a la actualización y repaso de las patologías más prevalentes en nuestra actividad clínica diaria. Si bien se han ideado una serie de sesiones clínicas realizadas por los residentes y los adjuntos para ayudar en su formación, la idea es que las mismas se usen como “Curso de Introducción a Urgencias” para los R1 por lo que se planea que dichas sesiones se den en Junio pero en horario de tarde lo que puede limitar la asistencia del resto de facultativos de la unidad.

Es necesario instaurar un plan de sesiones, bien sobre artículos de revistas o últimas Guías Clínicas actualizadas, o a partir de casos clínicos que se hayan presentado en nuestro servicio y de los que podamos sacar una enseñanza. Lo ideal sería seleccionar un día de la semana: miércoles o Jueves por ser los de menor presión asistencial y dar estas sesiones en horario de mañana tras el relevo de la guardia, sesiones que no duren más de 10-15 minutos con conceptos claros y concisos, Se podría crear un calendario de sesiones y al personal que lo desee facilitarle previa a la sesión bibliografía sobre el tema a tratar.

4.11 Actividad investigadora:

Hasta hace 2-3 años la actividad investigadora en el servicio había sido escasa, ya que éramos pocos los que teníamos ansias por realizarla y la mayoría de las comunicaciones enviadas a los congresos partían de los residentes, siendo en su mayoría casos clínicos.

El año pasado, con la llegada de nuevos facultativos al servicio, esto ha ido cambiando y se han comenzado a realizar diferentes estudios en un inicio observacionales, retrospectivos de revisión de historias clínicas que fueron enviados al Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias(SEMES) en Burgos y al congreso de la European Society for Emergency Medicine (EUSEM) en Viena. En este año esta actividad se continua y ya se han presentado diferentes Estudios y Casos Clínicos en el

Congreso SEMES regional y tenemos varios aceptados en el Congreso Nacional de SEMES que tendrá lugar en Alicante en junio.

A su vez con la entrada del Triage estamos a la espera de los primeros datos que se han recogido desde su implantación, para poder hacer un estudio sobre ello. Y estamos realizando otro sobre la transferencia del paciente que acude en las unidades de urgencias extrahospitalarias de nuestra área.

4.12 Monitorización del plan de gestión: cuadro de mando

El cuadro de mando integral (CMI), es el conjunto de indicadores que nos va a informar acerca de la actividad y calidad de la actividad desarrollada en una empresa (En este caso un servicio de Urgencias Hospitalario), y constituye un elemento estratégico de planificación orientado a objetivos. Tenemos que pensar en 4 perspectivas básicas dentro de Nuestro cuadro de mando que serán: perspectiva financiera, perspectiva del paciente, perspectiva de procesos Internos (los procesos asistenciales), perspectiva de aprendizaje: Es la manera de mantener el conocimiento y asegurar la buena evolución hacia la mejor práctica clínica posible en nuestro servicio pese a las limitaciones que se nos puedan presentar.

Así pues, atendiendo a estas diferentes perspectivas, podemos seleccionar los siguientes indicadores;

Perspectiva financiera

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en Radiología por paciente asistido en el Servicio de Urgencias y dado de alta.	Valoración de la evolución en el tiempo (ejemplo trimestral)	Tras determinar el gasto trimestral implantar medidas para una posible reducción del mismo (protocolos, determinar adecuación de las pruebas)
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en Laboratorio por paciente asistido en el Servicio de Urgencias y dado de alta.	Valoración de la evolución en el tiempo (ejemplo trimestral)	Tras determinar el gasto trimestral implantar medidas para una posible reducción del mismo (protocolos, determinar adecuación de las pruebas)
Control del gasto derivado de la actividad del Servicio	Gasto en pruebas de Microbiología (cultivos) por paciente asistido en el Servicio de Urgencias	Valoración de la evolución en el tiempo (ejemplo semestral)	Tras determinar el gasto trimestral implantar medidas para una posible reducción del mismo (protocolos, adecuación de solicitud de pruebas (probable ingreso, paciente séptico, o riesgo de resistencias)

Perspectiva clientes.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Satisfacción de usuarios	Encuesta de Satisfacción de pacientes	Alcanzar los niveles recomendados de satisfacción Mayor o igual al 90%	Encuesta de Satisfacción EMCA.
Satisfacción de usuario	Tasa de reclamaciones por desinformación pacientes y familiares	Alcanzar niveles de satisfacción Mayor o igual al 90%R	Apartado de la encuesta EMCA de satisfacción de los usuarios en la información facilitada
Seguridad	Registro de efectos adversos	Existencia del registro	Uso de un registro automatizado de efectos adversos
Seguridad	Registro de Caídas y/o traumatismos	Existencia del registro	Uso de un registro automatizado de efectos adversos (Establecer protocolos de movilidad y traslado de los pacientes)
Accesibilidad	Tiempo de espera hasta el primer contacto con el personal sanitario (triaje)	100% de pacientes atendidos antes de los 10 minutos desde su llegada	Mejora y consolidación del sistema de triaje en Nuestro Servicio (Puesta marcha enero 2017)

Perspectiva interna.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Proceso de Urgencias	Tiempo en el triaje	Mayor o igual al 95% pacientes que están menos de 5 minutos en el triaje	Mejora y consolidación del sistema de triaje en Nuestro Servicio (Puesta marcha enero 2017)
Proceso de Urgencias	Clasificación correcta en triaje	Mayor o igual al 90% pacientes correctamente clasificados	Mejora y consolidación del sistema de triaje en Nuestro Servicio (Puesta marcha enero 2017). Pacientes retriados desde área de verdes
Subproceso Cardiopatía isquémica	Administración de AAS y clopidrogel en pacientes con síndrome coronario agudo	100% de pacientes con sospecha de Cardiopatía isquémica	Implantación de un protocolo de cardiopatía isquémica

Perspectiva aprendizaje-crecimiento.

Objetivo estratégico	Indicador	Metas	Iniciativas
Sesiones clínicas	Numero de sesiones clínicas	Alcanzar el estándar de 4 sesiones clínicas al mes con la asistencia de al menos el 80% del personal facultativo y residentes	Establecer calendario de sesiones clínicas y asignación de las cada una de ellas a un responsable
Comunicaciones científicas	Número de comunicaciones a Congreso anuales	Al menos 1 comunicaciones científicas anuales a congresos por miembros del Servicio	Incentivar la asistencia a reuniones científicas y participación activa en las mismas
Publicaciones científicas	Numero de publicaciones anuales	Estándar: 2 publicaciones en revistas nacionales, o 1 en revista internacional	Incentivar la investigación entre los miembros del servicio

5. Currículum del candidato/a

DATOS PERSONALES

Daniela Rosillo Castro

DNI: 48477797-F

Fecha Nacimiento 09/05/1977

Correo electrónico: danielarosillo@hotmail.com

Teléfono: 675147366

ESTUDIOS

Licenciada en Medicina y Cirugía Universidad de Murcia 2005

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria 2011

Master Universitario en Urgencia, Emergencias y Catástrofes (Universidad CEU-Madrid) 2011-2012

Monitor SEMES-AHA-RCP desde Mayo 2014

Master en Cuidados Paliativos- Universidad de Valladolid 2015-2016

Master Universitario en Dirección y Gestión Universitaria UNIR 2016-2017
(Cursándolo actualmente)

Programas PROSEMES (Cursando en la actualidad el primer módulo)

Realizados al menos unos 200 cursos

EXPERIENCIA LABORAL

Médico Mutua UMI-Mubesa Marzo-Junio 2006

Médico Servicio Urgencias Atención Primaria de Algezares junio-Septiembre 2006

Médico Punto Atención Continuada de Beniel: Mayo 2006-Enero 2007

Médico Servicio Urgencias Atención Primaria de Molina de Segura Febrero-Marzo 2007

Médico MIR Medicina Familiar y Comunitaria Mayo 2007- Mayo 2011

Médico Adjunto Servicio de Urgencias Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia Junio 2011-Diciembre 2012

Médico SUAP Archena Diciembre 2012-Enero 2014

Médico SUE Totana Enero 2014-hasta Mayo 2015

Médico Servicio de Urgencias Hospital Comarcal de Caravaca de la Cruz
Mayo 2015 hasta la actualidad

PUBLICACIONES

En Congreso:

154 comunicaciones a congresos de las cuales 63 como primer autor.

Congresos:

- XV Congreso de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lorca, Octubre 2007
- XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Salamanca, Junio 2008
- XVI Congreso de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria Molina de Segura, Marzo 2009
- XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Benidorm, Junio 2009
- V Mediterranean Emergency Medicine Congress (MEMC V), Valencia, Septiembre 2009
- III Congreso semFYC en Cardiovascular Bilbao, Febrero 2010
- XIX WONCA World Conference, Cancún, mayo 2011
- VI Jornadas Interhospitalarias de Urgencias de la Región de Murcia Yecla, Mayo 2010
- International conference on Emergency Medicine (ICEM 2010), Singapore, Junio 2010
- XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Pamplona, Junio 2010
- XXXII Congreso Nacional SEMERGEN, Gran Canaria Octubre 2010
- VI European Congress on Emergency Medicine & XII Annual Meeting of SweSEM, Stockholm, Octubre 2010
- X Jornada de residentes de Medicina Familia y Comunitaria de la Región de Murcia, Murcia, Febrero 2011
- XXVI Reunión Nacional de SEH-LEHLA Barcelona, Marzo 2011
- XXIII Congreso Nacional SEMES, Murcia, Junio 2011
- VI Mediterranean Emergency Medicine Congress (MEMC VI), Kos (Greece), Septiembre 2011

- 33 Congreso Nacional Semergen, Oviedo, Noviembre 2011
- XVII Congreso Regional de Medicina Familiar y Comunitaria Murcia, Noviembre 2011
- 2º Jornadas Gerencia de Emergencias 061 Murcia, Lorca, Noviembre 2011
- I Reunión Conjunta semFyC-SEC/ IV Congreso Clínico semFyC Cardiovascular, Alicante, Diciembre 2011
- III Congreso Regional de medicina familiar WONCA- X Seminario internacional de Atención primaria de salud, Cuba, Marzo 2012
- XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Oviedo Junio 2012
- Internacional Conference on Emergency Department, Dublin, Junio 2012
- 34 Congreso Nacional SEMERGEN, Málaga, Septiembre 2012
- XXV Congreso Nacional SEMES, Santiago Compostela, Junio 2013
- VII Mediterranean Emergency Medicine Congress Marsella, Septiembre 2013
- 35 Congreso Nacional SEMERGEN, Barcelona, Octubre 2013
- XXVI Congreso Nacional SEMES, Malaga, Junio 2014
- XXVIII Congreso Nacional, Burgos, Junio 2016
- IX Congreso Regional SEMES Murcia, Murcia, Marzo 2017

LIBROS

1) URGENCIAS EN EL PACIENTE MAYOR

Cap 44 “Pérdida brusca de audición”

Carrasco Gómez M, Redondo Manuel A, Rosillo Castro D, Piñera Salmerón P.

Cap 46 “Anemia”

Cinesi Gómez C, Moreno Sánchez JF, Rosillo Castro D, Piñera Salmerón P.

ISBN 978-84-92652-10-5

2) GUÍA RÁPIDA DE ACTUACIÓN. URGENCIAS EN EL PACIENTE MAYOR.

Cap. 44 “Pérdida brusca de audición”

Carrasco Gómez M, Redondo Manuel A, Rosillo Castro D, Piñera Salmerón P.

Cap. 46 “Anemia”.

Cinesi Gómez C, Moreno Sánchez JF, Rosillo Castro D, Piñera Salmerón P.

ISBN 978-84-92652-61-7

3) APUNTES SOBRE INFECCION EN URGENCIAS

Capítulos de libro

Cap. 9: “Agudización Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”

Rosillo Castro D; Piñera Salmerón P Capítulo

ISBN 978-84-693-4760-7

4) MANUAL DE URGENCIAS

Cap. 63 “Infecciones vías respiratorias altas y ORL”

Piñera Salmerón, P.; Rosillo Castro, D.; Gil Rosa, I

ISBN: 978-8487450-46-4

5) GUIA DE FARMACOS Y ANTIBIOTICOS INTRAVENOSOS FRECUENTES EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

ISBN 978-84-4-15134-27-5

ARTICULOS REVISTAS

1) “DE HIPERFRECIENTADORA A ABUELA ESCLAVA. Estudio de un caso de sobrecarga del cuidador desde el Síndrome de la Abuela Esclava de Guijarro Morales”

Revista “Enfermería global” , Vol 10 –Nº 21 (Enero 2011)

García González. J.; Rosillo Castro,D.; Rosa Salazar, I.; Raygal Fernandez, P.J.; Lazaro Meca, R.S.; Canovas Gaspar, J.P.

2) “ESTUDIO DE LAS CONSULTAS REPETIDAS POR CÓLICOS NEFRÍTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS”

Revista Emergencias, Volumen 23 –Numero 2 (Abril 2011)

Bauset Navarro, J.L.; Cinesi Gómez, C.; Izquierdo Barnes, R.; Pérez López, M.V.; Rosillo Castro, D.; González Valverde, F.

3) “LAS 20 MEJORES COMUNICACIONES AL XXII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMES”

Cardioversión de la Fibrilación Auricular ¿Qué estamos haciendo?”

Rosillo Castro, D.; Pérez López, M.V.; Martín Casquero, T.; García Palacios, M.; Carrasco Gómez, M.; López Alegría, C.
Revista Emergencias, Volumen 23- Número 3 (Junio 2011)

6.- Funciones del jefe/a clínico

Un buen jefe/a de un Servicio Clínico debe:

- Ser el responsable de la dirección clínica del Servicio
- Proponer un modelo organizativo del mismo
- Demostrar liderazgo
- Impulsar la creación de Guías clínicas y protocolos
- Procurar una adecuada dotación de recursos materiales y de personal del servicio
- Hacer que los miembros del servicio participen en la gestión del mismo
- Elabora la memoria y el plan de necesidades anual de la Unidad.
- Participar el plan de formación de la Unidad.
- Velar por la calidad científica de la investigación y promover la misma.

Bibliografía.

1. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico Montero Pérez FJ, Calderon de la Barca Gázquez JM Jiménez Murillo L, Quero Espinosa FB, Gracia García F, Roig Garcia JJ. Emergencias 2012; 24: 476-484
2. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 1 abril 2017]. Constitución Española. Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.
3. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [última modificación 13 jun 2015; citado 4 marzo 2017]. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
4. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 5 marzo 2017]. REAL DECRETO 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/12/29/pdfs/A50269-50273.pdf>.
5. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [última modificación 15 ago 2016; citado 9 marzo 2017]. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>.
6. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 9 marzo 2017]. REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/08/06/pdfs/A29020-29023.pdf>.
7. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 9 marzo 2017]. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística (Internet) Madrid: Instituto Nacional de estadística (citado 9 marzo 2017) Estadística del Padrón continuo a 1 de Enero de 2016. Datos por Municipios. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2016>

9. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [citado 9 marzo 2017]. Area de Salud IV (Noroeste). Disponible en:
http://www.murciasalud.es/salud_mental.php?a=buscador
10. Murcia+salud (Internet) Murcia; El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=379699&idsec=260>
11. Instituto Murciano de Acción Social [Internet]. Murcia: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Instituto Murciano de Acción Social. [citado 15 dic 2016]. Disponible en:
[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m22660](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=156&IDTIPO=140&RASTRO=c$m22660).
12. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [citado 9 marzo 2017]. Directorio de asociaciones s y federaciones de enfermos. Disponible en:
<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136629-directorio.pdf>
13. Hospital Caravaca+murciasalud (internet) Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. (citado 9 marzo 2017) Servicio Murciano de Salud. Hospital comarcal del Noroeste Disponible en
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7832&idsec=982>
14. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [citado 9 marzo 2017]. Area de Salud IV (Noroeste). Disponible en:
http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=4&idsec=6.
15. Murcia+salud. [Internet]. Murcia: El portal sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud;2010 [citado 9 marzo 2017]. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Disponible en:
https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf.
16. Area IV Noroeste [Internet]. Murcia: Intranet Area IV;2013 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en:
http://www.noroeste.sms.carm.es/index.php?option=com_remository&Itemid=31&func=select&id=9.
17. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias; Soler, W, M. Gómez Muñoz, M; E. Bragulat, E, Álvarez, A Anales Sis San Navarra vol.33 supl.1 Pamplona 2010

18. .La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Tomás, S, Gimena, I
Anales Sis San Navarra vol.33 supl.1 Pamplona 2010
19. Encuesta EMCA+Urgencias (internet); Indicadores de calidad percibida y satisfacción: Urgencias Hospitalarias. Servicio Murciano Salud. Datos 2013 Comparativo 2008-2009 Disponible en:
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/302421-urgencias_2013.pdf
20. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa Vol. 16, Nº 2, 2010, pp. 27-41, ISSN: 1135-2523
21. Calidad y satisfacción en el servicio de Urgencias hospitalarias: Analisis de un hospital de la zona centro de Portugal Correia Loureiro, S. M. Universidade de Aveiro Miranda González, F. J. Disponible en
<http://www.redaedem.org/articulos/iedee/v16/162027.pdf>
22. Calidad percibida por los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital General de Medellín. Ruiz Parra, E; González Bohórquez S J Trabajo de investigación para optar por el título de Administración en Salud: Gestión de Servicios de Salud Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Universidad de Antioquia Medellín, Agosto 2010 Disponible en
<http://www.hgm.gov.co/images/PDF/gestion-conocimiento/2011-investigaciones/calidad-percibida-por-usuarios-del-servicio-de-urgencias.pdf>
23. Organización, coordinación y marco legal en los Servicios de Urgencias. T1 Organización de los servicios de Urgencias. Modelos organizativos Fundación IL IL3-UB, 2010
24. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
25. Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica clínica. Lobón, LF. Anderson, P. Emergencias 2017; 29:61-64