

## SERVICIO DE URGENCIAS

- A. PRESENTACION**
- B. EQUIPO DE PROFESIONALES**
- C. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES**
- D. UBICACIÓN DEL HOSPITALIZACION**
- E. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO**
- F. INFORMACION A LOS PACIENTES**
- G. MEMORIA**

### **A. PRESENTACION**

El Servicio de Urgencias comienza a funcionar con personal específico en 1984, ubicado en la planta baja junto a la puerta de acceso del Hospital. En 1989 tras la reforma del Centro, se inaugura el actual Servicio situado en la planta baja del edificio anexo, construido para albergar Quirófanos, Cuidados Intensivos y Urgencias. Actualmente se mantiene la misma estructura arquitectónica con pequeñas modificaciones en la sala de espera y de clasificación de Pacientes, y un ligero aumento en la dotación de la plantilla inicial. Actualmente los recursos humanos constan de 8 Facultativos ( 1 Jefe de Unidad y 7 F.E.A.), 14 enfermeras (1 Supervisora y 13 DUE), 9 Auxiliares de enfermería, 5 Auxiliares administrativos responsables de Admisión y 8 celadores. La creciente evolución de la demanda asistencia, el desarrollo social y tecnológico, nos obliga a plantear nuevas modificaciones para así acomodar los recursos a los requerimientos actuales.

Durante estos años, el trabajo y el esfuerzo de todos, ha hecho posible la actual autonomía de nuestro servicio, hechos como el inicio de la Docencia MIR en 1991, marcaron un hito y un resurgir de aspectos técnicos y de la actividad científica de nuestro Servicio y por ende de todo el Hospital.

Seguimos trabajando ilusionados por conseguir esa excelencia en la asistencia, objetivo perseguido por el Servicio Aragonés de Salud, con la complicidad y compromiso de los miembros del Servicio y de la Dirección del Centro.

### **B. EQUIPO DE PROFESIONALES**

La plantilla del Servicio de Urgencias se compone actualmente de:

-Personal Facultativos-----	9
-Jefe de Servicio -----	1
-Personal de Enfermería:	
-Enfermeras/os -----	20
-Supervisora de Enfermería -----	1
-AE/TCAE-----	13

*Fotos del personal de Urgencias*





## C. CARTERA DE SERVICIOS ASISTENCIALES

### PRESTACIÓN ASISTENCIAL

#### 0 DATOS COMUNES

- 0.1 Hospitalización
  - 0.1.1 N° de puestos de observación
  - 0.1.2 N° de camas de unidad de hospitalización limitada
- 0.2 Existencia de proyectos de investigación
- 0.3 Participación Institucional
- 0.4 Participación Comunitaria

#### 1 Exploraciones básicas

- 1.1 Temperatura corporal
- 1.2 Presión arterial
- 1.3 Fondo de ojo
- 1.4 Otoscopia
- 1.5 Electrocardiografía

#### 2 Análisis de gases respiratorios

- 2.1 Pulsioximetría
- 2.2 Capnografía

#### 3 Determinaciones analíticas básicas in situ

- 3.1 Glucemia capilar
- 3.2 Orina (glucosa, proteínas, sangre, etc.)
- 3.3 Hemorragias ocultas en heces
- 3.4 Drogas de abuso
  - 3.4.1 Benzodiacepinas
  - 3.4.2 Opiáceos
  - 3.4.3 Drogas de síntesis
  - 3.4.4 Cocaína
  - 3.4.5 Barbitúricos
  - 3.4.6 Anfetaminas

#### 4 Monitorización continua

- 4.1 Monitorización continua de presión no invasiva
- 4.2 Monitorización continua ECG
- 4.3 Pulsioximetría continua
- 4.4 Medición de presión venosa central

#### 5 Accesos vasculares

- 5.1 Canalización de vías venosas centrales
- 5.2 Canalización de vías venosas periféricas
- 5.3 Canalización de vías arteriales

#### 6 Técnicas respiratorias

- 6.1 Oxigenoterapia
- 6.2 Aerosolterapia
- 6.3 Mascarilla laríngea
- 6.4 Intubación oro-naso-traqueal
- 6.5 Cricotiroidectomía
- 6.6 Traqueostomía
- 6.7 Ventilación
  - 6.7.1 Con bolsa AMBU
  - 6.7.2 Con ventilador mecánico

## 7 Técnicas cardiovasculares

- 7.1 Masaje cardíaco
- 7.2 Desfibrilación eléctrica
- 7.3 Colocación de marcapasos transitorios externos

## 8 Punciones y drenajes

- 8.1 Drenaje de abscesos
- 8.2 Drenaje pericárdico
- 8.3 Punción articular
- 8.4 Paracentesis
- 8.5 Punción-lavado peritoneal
- 8.6 Punción lumbar
- 8.7 Punción suprapúbica
- 8.8 Toracocentesis
- 8.9 Inserción de tubos pleurales para drenaje hemoneumotórax

## 9 Sondajes

- 9.1 Colocación de sondas nasogástricas
- 9.2 Colocación de sondas vesicales
- 9.3 Colocación de sondas rectales

## 10 Lavados gástricos

## 11 Sutura de heridas

## 12 Taponamientos nasales

## 13 Extracción de cuerpos extraños

- 13.1 De oído externo
- 13.2 Oculares no penetrantes
- 13.3 Faríngeos accesibles por laringoscopia indirecta

## 14 Transfusiones de hemoderivados

## 15 Atención inicial al politraumatizado

## 16 Atención inicial al quemado

## 17 Transporte interhospitalario asistido

### **D. UBICACIÓN DEL HOSPITALIZACIÓN**

#### **El sector de Teruel**

El Sector de Teruel constituye la estructura territorial organizativa dentro del Área de Salud IV para la provisión de los servicios sanitarios en la provincia de Teruel junto con el Sector de Alcañiz. Los Servicios Sanitarios que ofrece abarcan las cuatro líneas asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Socio-Sanitaria y Salud Mental.

#### **Población de referencia:**

El Sector de Teruel tiene una población asignada de 81.083 habitantes. De ellos el 66,6% (26.720) son pensionistas y el 32,9% (54.021) corresponde a población activa. La distribución por edad es:

- Menores de 1 año: 0,7%
- De 1 a 14 años: 11,2%
- De 15 a 64 años: 61,6%
- De 65 a 79 años: 17,3%
- Mayores de 79 años: 9,1%

De ellos el 9,3 % (7.558) corresponde a extranjeros.

Hay que mencionar que el Hospital Obispo Polanco, centro de Atención Especializada del Sector, desde hace años atiende la población del Rincón de Ademuz perteneciente a la Comunidad Valenciana y la población de los pueblos de la provincia de Guadalajara colindantes con la Comarca de Albarracín, actuando en ambos casos como Hospital de referencia.

El servicio de urgencias está ubicado en la planta baja del edificio anexo al de Hospitalización, común a las Áreas Quirúrgicas y de Cuidados intensivos.

El acceso es a través de una rampa para vehículos con aceras para los peatones, cubierta en las zonas de puertas de recepción-entrada de pacientes y de otra puerta de entrada independiente con acceso a hospitalización, consultas externas y acceso posterior al servicio de urgencias.

La puerta de acceso de pacientes desemboca en la sala de espera recepción donde se ubican el habitáculo de Admisión y el puesto de celadores, en breve los celadores, se van a reubicar en la zona más próxima a la puerta de entrada para mejor distribución de los espacios y operatividad.

Debemos hacer diferenciación entre los pacientes que llegan en Ambulancia, que siempre lo harán a través de la rampa de acceso a la puerta principal de urgencias y los que llegan por sus propios medios y que en este caso podrían acceder por cualquiera de las variantes planteadas y dentro de éstas, habría que contemplar la posibilidad de que accedan en camilla-silla provenientes de otros Servicios del propio Hospital o caminando, accediendo finalmente al hall de entrada.

## **E. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO**

La **RECEPCIÓN** la realiza el celador, que en función de las necesidades, decidirá y dispondrá del medio necesario para el traslado del paciente (silla, camilla o sus propios medios) y del cual también será responsable, así como de dar la información inicial al paciente con un trato correcto y personalizado. Si el estado del paciente lo permite se le acompañara al área de admisión donde se recogerán los datos necesarios para abrir la hoja de asistencia. Si no pudiera, se acompañara al paciente al área de clasificación, siendo el acompañante quien facilitara los datos a admisión. Si no hubiera acompañantes el personal de admisión recogerá los datos donde este el paciente o de la documentación que lleve. El celador debe evitar que el personal que ha traído un paciente con bajo nivel de conciencia abandone el hospital sin transmitir toda la información.

La función de los Celadores en este proceso es primordial por lo que definiremos sus funciones :

- Recibirán a los pacientes que accedan al Servicio de Urgencias y orientarán hacia las áreas de atención. Asegurarán el traslado de los pacientes que precisen silla de ruedas o se encuentren en camilla.
- Realizarán apoyo para las actividades de cuidados del paciente desde el acceso al Servicio de Urgencias hasta el alta o ingreso.
- Trasladarán a los pacientes a las dependencias que sean indicadas por el equipo asistencial.
- Colaborarán en el acomodo y movilización de pacientes.
- Velarán por el cumplimiento de las normas de permanencia y acceso de acompañantes.

Los acompañantes permanecerán en la sala de espera de Familiares, hasta que sean requeridos por el personal sanitario.

La **ADMISIÓN** corre a cargo del personal administrativo. Se especifican sus funciones:

- Realizarán las tareas administrativas de admisión de enfermos, cumplimentación de datos de filiación, documentación y registro.
- Registro de las variaciones de ubicación del paciente dentro del Servicio de Urgencias.
- Elaboración de listas y estadísticas de actividad.
- Apoyo administrativo para la gestión de recursos del Servicio de Urgencias y del proceso asistencial del paciente.
- Localizarán e informarán a los familiares de los pacientes sobre el lugar o momento de la asistencia en el Servicio de Urgencias.
- Tramitarán las solicitudes de transporte sanitario.

Entendemos tres **ÁREAS** bien diferenciados en el Servicio de Urgencias: el área de triaje, el área de consultas y el área de observación.

### **ÁREA DE TRIAJE**

Todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencia Hospitalario accederán a la asistencia previo triaje.

#### **Concepto de Triage:**

Neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad: el grado de urgencia. Entendemos por triaje el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros.

#### **Triage estructurado:**

El triaje estructurado aporta la disponibilidad de una escala de triaje fiable, relevante, útil y válida, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permiten realizar el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

#### **Funciones y objetivos del triaje:**

El triaje valora síntomas y signos, no hace diagnósticos médicos. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado es un indicador de calidad de riesgo eficiencia, mejorando la calidad y la eficiencia del servicio.

Las funciones y objetivos generales del triaje son:

- Proteger a los pacientes más urgentes y graves.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios
- Optimizar los recursos.

#### **Objetivos del triaje estructurado:**

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida mediante un sistema de clasificación, válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada para los pacientes atendidos.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento
- Permitir la evaluación continua de los pacientes.
- Permitir una información fluida a pacientes y familiares sobre tratamiento y tiempos de espera

- Proporcionar que permita conocer y comparar la casuística, mejorando los recursos y mejora su gestión
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales.

### **Área de Triage:**

Tanto desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triaje es la puerta de entrada del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Desde el punto de vista asistencial, hablamos de “**Área de Triage**”, a la zona constituida la sala de triaje y una sala de espera de pacientes. Desde Admisión el paciente pasa a la Sala espera de pacientes y de aquí será llamado por el clasificador para que pase a la Sala de clasificación o triaje. También podrá extenderse a cualquier otra área siempre en dependencia de las necesidades y características de los pacientes. Como ya hemos indicado el triaje en sí, es un proceso no un espacio.

### **Justificación**

Hasta ahora los Servicios de Urgencia Hospitalaria se han venido organizando de distinta manera y con distintos sistemas de clasificación. La organización es vital en la atención médica de la urgencia y los pacientes que acuden en demanda de asistencia ni tienen la misma gravedad ni la misma necesidad de cuidados inmediatos. Ante esta situación se ha optado en nuestra Comunidad Autónoma por un sistema de clasificación o triaje en cinco niveles, que priorice la atención a los pacientes de acuerdo a su gravedad.

El interés principal que tiene la implantación de un sistema de triaje de urgencias y emergencias normalizado de ámbito autonómico reside en la homogeneización y estandarización del triaje de los pacientes, tanto en los Servicios de Urgencias Hospitalarios como en los sistemas y servicios de emergencias y en todos aquellos centros sanitarios donde se atiendan urgencias y emergencias. Esta homogeneización y estandarización del triaje es un punto crítico para la gestión de la calidad en las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros donde se atiendan.

Para realizar esta función se utilizará el Sistema Español de Triage (S.E.T.), recomendado por la SEMES y que contempla 5 niveles de gravedad:

La organización de la asistencia se basará en las necesidades establecidas en los niveles de triaje.

Desde el punto de vista conceptual el SET se estructura en base a siete aspectos fundamentales:

- El Set es un modelo de triaje de 5 niveles de priorización
- El Set es un modelo de triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias
- Se integra en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería estandarizada y acorde con los estándares de calidad que permite un total control de la gestión clínica y administrativa del servicio de urgencias, dentro de un modelo de mejora continua de calidad
- Es un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y válido, con ayuda continua y con registro anamnesico del triaje
- Es un modelo de integración en un sistema de mejora continua de la calidad.
- Propone adaptaciones estructurales y de personal acordes con las necesidades del triaje.



- Modelo de triaje estructurado aplicable tanto a adultos como a niños e independiente del tipo de hospital.

#### NIVELES DE CLASIFICACIÓN

NIVEL	COLOR	CATEGORÍA	T°DE ATENCIÓN
I	AZUL	RESUCITACION	INMEDIATO
II	ROJO	EMERGENCIA	INMEDIATO ENFERMERIA/ 15 MIN MÉDICOS
III	NARANJA	URGENTE	30 MIN
IV	VERDE	MENOS URGENTE	60 MIN
V	NEGRO	NO URGENTE	120 MIN

#### Niveles de triaje, categorías de urgencia y tiempos de atención

- **Nivel I:** Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo inmediato. Figura 2: circuito para pacientes de Nivel 1
- **Nivel II:** Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo, son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo en 15 minutos. Figura 3: circuito para pacientes de nivel 2,3 y 4 complicado.
- **Nivel III:** Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales). Tiempo de atención de enfermería en 30 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 30 minutos. Figura 3: circuito para pacientes de nivel 2,3 y 4 complicado.
- **Nivel IV:** Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 60 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 60 minutos Figura 4: circuito para pacientes de nivel 4 y 5
- **Nivel V:** Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 120 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 120 minutos. Figura 4: circuito para pacientes de nivel 4 y 5

#### Circuito de triaje para pacientes nivel I

El paciente será recogido por el celador de urgencias y trasladado directamente el box de críticos. El personal de triaje se desplaza y realiza la clasificación de estos casos.

La administrativa se encargará de la recogida de datos del paciente. El celador de urgencias impedirá que se vayan los acompañantes hasta que hallan entregado toda la información del paciente que posean.

#### Circuito de triaje para pacientes nivel II, III, IV complejo.

El celador acompañará al paciente para la entrega de datos administrativos y lo trasladará a la sala de triaje.

La enfermera de triaje con ayuda del facultativo responsable valorará el paso del paciente a Box o a sala de espera de pacientes.

La enfermera de triaje realizará nueva valoración de los pacientes de la sala de espera de pacientes si el tiempo de espera es alto.

El paciente será atendido posteriormente por el facultativo de urgencias en los boxes.

### **Circuito de triaje para pacientes nivel IV y V**

El celador de urgencias acompañará al paciente para la entrega de datos administrativos y lo trasladará a la sala de triaje.

La enfermera de triaje realizará la evaluación de nivel.

El paciente será remitido a la sala de espera de familiares.

El paciente será atendido por el facultativo de urgencias correspondiente al box de consulta rápida (box 1).

### **El triaje del paciente encamado.**

La llegada de pacientes en camilla al triaje será siempre previo al registro administrativo.

El personal administrativo recogerá a cabecera de paciente los datos de filiación. El triaje de estos pacientes será realizado por el personal de la sala de triaje, que priorizará, en general, este sobre el de los pacientes que lleguen por sus propios medios.

Con la implantación del Set dispondremos además de múltiples indicadores de calidad.

### *Estructura física área de triaje*

El Área de Triage comprenderá las siguientes dependencias:

**Sala de Triage**, ubicada a la derecha de la puerta de entrada comunicada con el hall, con la sala de espera de familiares y con Admisión y puesto de celadores, dispone de otra puerta de entrada para camillas, con acceso a través del pasillo que comunica con la puerta de acceso a zona de Boxes del Servicio. Tendrá así mismo buena visibilidad de la puerta de acceso al Servicio.

Tendrá unas dimensiones de 9 m<sup>2</sup>.

Dotada de material informático del SET y manuales de consulta de Triage.

Estará dotada de una columna de monitorización de Tensión arterial, pulsioximetría y temperatura.

**Sala de Espera de pacientes**, anexa, para control de la evolución hasta su asistencia en boxes, donde se ubicarán preferentemente los pacientes con nivel de triaje II-III o aquellos que precisen camilla, el resto esperarán en la sala de espera e familiares y pacientes menos complejos. La enfermera de Triage será la encargada del control de estos pacientes.

**Sala de espera de pacientes menos complejos y de familiares**, ubicada en el hall de entrada, con buena visibilidad desde la sala de triaje.

### **ÁREA DE CONSULTAS**

Existen diferenciadamente las siguientes áreas de asistencia:

- **El área de atención a pacientes críticos o cuartos de vitales** se encuentra ubicada próxima a la puerta de entrada y es de fácil acceso en camilla desde el transporte sanitario. En esta zona se atenderán todos los niveles I y alguno de los niveles II que requieran soporte vital avanzado. En nuestro hospital son el box número 3 y si es necesario también el número 2. Ambos están dotados con Monitorización, Respiradores, Desfibriladores con Marcapasos externo, fungibles y medicación específica.

La sala de críticos debe tener fácil acceso desde el exterior, área de consultas y clasificación de pacientes.

Estará dotada con medios de soporte vital avanzado:

- Monitorización con sistema de alarma (SpO<sub>2</sub>, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria).

- BIPAP
  - Monitor – Desfibrilador.
  - Electrocardiógrafo.
  - Marcapasos externo.
  - Fuente de O2.
  - Aire medicinal.
  - Vacío y sistema de aspiración de vacío.
  - Aparato de ventilación mecánica.
  - Material para RCP y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería).
  - Balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio.
  - Caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O2 de 15 l/min.
  - Equipo de intubación (laringoscopio de adulto con juego de palas curvas y rectas de distintos tamaños), juego de bombillas de repuesto, pinzas Maggil (adulto y pediátrica) fijadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños.
  - Botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte.
  - Equipo de drenaje pleural.
  - Equipo de cricotirotomía.
  - Abrebocas.
  - Fonendoscopio adulto y pediátrico
  - Esfingomanómetro con manguitos de distintos tamaños.
  - Manguitos presurizadores (2).
  - Bombas de perfusión continua con capacidad para dos perfusiones simultáneas.
  - Medidor de glucemia capilar.
  - Set de curas.
  - Negatoscopio
  - Camilla de palas
  - Collarines cervicales de distintos tamaños.
  - Recomendable Ecógrafo portátil
- También debería disponer de capnografía.

• **El área de boxes** es la zona donde se atenderán los pacientes con niveles II y III, se presta atención en menos de 30 minutos y es preciso que disponga de una sala de espera específica, tanto para esperar a ser visitado (y poder ser reevaluado por enfermería en caso de no poder ser atendidos en el estándar establecido) como para esperar los resultados. Existe un grupo de pacientes con nivel IV de urgencia que serían subsidiarios de ser asistidos en esta zona, se trata de enfermos que, si bien su nivel de urgencia no es elevado, van a ser complejos en su diagnóstico y toma de decisiones (es lo que podríamos denominar *nivel IV complejo*). Son:

- Boxes 1, 2, y 4: dotada como una consulta general con Oxígeno-vacío, Otoscopio, y monitor de constantes.
- Box 5: Box pediátrico.
- Box de Trauma. Dispone de una zona con sillón de exploración de ORL.
- Box de Curas: dispone de fuente de O2, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfingomanómetro, otoscopio otoscopio, monitorización de constante y material de curas y yesos. Ambas pueden ser utilizadas como aislamiento al disponer de accesos independientes y cerrados

Cumplimos el ratio de 1 box/consulta por cada 10.000 visitas /año.

A pesar de que no llegar al ratio de 50.000 urgencias/ año, que fija el Manual vamos a destinar un Box general (box 1) preferentemente para box de consulta rápida:

• **Las consultas rápidas y/o PAC** atienden niveles IV (*no complejos*) y V dispondrán de un área común con sala de espera propia próxima a triaje. Para una mejor gestión de los pacientes es importante que estos pacientes sigan un circuito específico y no coincidan en el espacio con pacientes con mayor nivel de urgencia. El objetivo es la rápida resolución protocolizada de pacientes de nivel IV y V. Como criterio general, el tiempo de estancia en urgencias de un paciente atendido en una sala rápida ha de ser menor a 120 minutos.

Es importante protocolizar el tipo de pacientes que deben atenderse en sala rápida, en función del motivo de consulta y especialmente el tipo de pacientes que es preferible no visitar en estas salas a pesar de su baja o nula urgencia (dolores abdominales, exploración y drenaje de abscesos, exámenes pelvianos, epistaxis activas, vómitos y/o diarreas, niños con fiebre, quemados, fracturas y suturas).

El proceso del triaje es dinámico y por ello estos circuitos no deben ser estancos y permitir el flujo de pacientes horizontalmente si el nivel de urgencia cambia durante la reevaluación.

Una vez clasificado el paciente, y si este no es susceptible de ser atendido en el PAC y/o consulta rápida, se le asignará un medico adjunto de urgencias que será el responsable del mismo hasta la resolución del problema: Alta, derivación a otro hospital o indicación de ingreso en el mismo centro.

En las salas destinadas para consulta rápida, boxes generales y de especialidades se realizará la historia y exploración clínica del paciente, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos acordes con las características de estas salas, así como el plan terapéutico y alta del paciente que no haya precisado atención en otras áreas. Estas salas no estarán destinadas para la vigilancia y el seguimiento de la evolución clínica de los enfermos y decisión terapéutica.

### **ÁREA DE OBSERVACIÓN**

Es un área donde habitualmente son ingresados aquellos pacientes en los que tras esa primera asistencia:

- Persiste una incertidumbre diagnóstica o evolutiva
- Se prevea que el proceso agudo del sujeto puede resolverse completamente con una breve estancia de no más de 24 horas
- El paciente sólo requiera la realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas tras cuya realización es dado de alta.
- Patologías semicríticas hasta su estabilización
- Patología crítica si no existen camas de UCI

El número de puestos de observación necesarios suele ser el 15 % de la media diaria de pacientes.

Es un área de alta dinámica asistencial y los responsables de esta área debe ser personal del Servicio de Urgencia (médico y ATS) dedicado exclusivamente a esta labor.

Está destinada para resolver incertidumbres diagnosticas o evolutivas, tratar o estabilizar enfermedades agudas y valorar la indicación de ingreso hospitalario o alta.

Como sólo disponemos de una unidad estará dotada de camas y de sillones con el fin de atender diferentes necesidades asistenciales de los pacientes. Los criterios de utilización de cada recurso serán distintos siempre en correspondencia con la patología del paciente.

La sala dispone de 7 camas, con buen acceso y visibilidad desde el control al menos 2 de ellas y con espacio suficiente para la atención de pacientes con riesgo de inestabilidad hemodinámica o que precisen monitorización y no son susceptibles de manejo en área de

soporte vital o ingreso en UCI. El espacio para cada cama es suficiente para garantizar la intimidad del paciente y permite el trabajo de los profesionales. La estructura permite que el paciente pueda estar acompañado por un familiar.

En la sala se garantiza la asistencia médica y cuidados de enfermería apropiados a los enfermos atendidos.

Disponemos de 7 camas, lo que sobrepasa la tasa mínima de 1/584. El número de ingresos en la sala, es el 10% de las urgencias atendidas

La sala cumple los criterios de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias sobre la capacidad para atender el 10 % de la demanda urgente diaria.

La sala dispone del siguiente equipamiento:

- Negatoscopio
- Monitorización con sistemas de alarma (SpO<sub>2</sub>, TA, frecuencia cardiaca y respiratoria)
- Sistema de administración de oxígeno
- Aire medicinal
- Vacío y aspiración de vacío
- Electrocardiógrafo
- Monitor-desfibrilador
- Carro de parada
- Dispositivos de ventilación mecánica
- Bombas de perfusión continua
- Marcapasos externo.

También dispone de monitor con posibilidad de capnografía.

El tiempo máximo de permanencia en esta unidad deberá ser de 24 horas y una estancia media de 12 horas. Los requisitos y condiciones para acceso adecuado a la unidad son:

- Indicación por el adjunto del SUH
- Valoración clínica previa en área de consultas
- Solicitud previa de pruebas complementarias en área de consultas
- Que esté identificado el motivo del acceso a la unidad

Criterios de acceso inadecuado a la unidad:

- Pacientes pendientes de ingreso
- Pacientes derivados al SUH para ingreso en el hospital
- Pacientes con criterios de permanencia en UCI
- Acceso por problemas sociales
- Acceso para realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos no urgentes y que no precisan asistencia urgente.
- Traslado de pacientes desde plantas de hospitalización por agravamiento o requerimientos diagnóstico-terapéuticos especiales

Se considerarán criterios de permanencia inadecuada en esta sala:

- Permanencia mayor de 24 horas en la unidad
- Permanencia en la unidad más de 3 horas desde indicación de ingreso, alta o traslado a otro hospital

Criterios de salida de la unidad:

- Alta por mejoría clínica
- Traslado a otra unidad de Urgencias
- Ingreso hospitalario en planta o en UCI

- Traslado a otro hospital
- Exitus
- Alta voluntaria

Requisitos mínimos durante la asistencia prestada en la unidad:

- Identificación del paciente
- Asignación de un médico y de una enfermera al paciente
- Documentación clínica en la que se incluirá:

Historia clínica

Hoja de evolución clínica

Hoja de tratamiento

Registro de petición y recepción de pruebas complementarias

Hojas de interconsultas

Pruebas complementarias

Hoja de enfermería

### **Normas de utilización unidad de observación**

1°.- El ingreso de un paciente en esta Unidad será potestad del Facultativo responsable de dicho paciente, ajustándose en lo posible a las normas generales.

2°.- Si el ingreso se produce durante la jornada laboral, será el propio Facultativo el responsable de la evolución y seguimiento del paciente, informando en su momento al Facultativo de guardia de su presencia y objetivos a seguir.

3°.- En cualquier caso será preceptivo constatar por escrito la finalidad del ingreso, el plan a seguir así como el tratamiento del paciente y las pruebas complementarias que se requieran.

4°.- El Facultativo de Guardia vigilará la evolución del proceso, determinando el alta domiciliaria o en su defecto su ingreso Hospitalario en el momento que considere oportuno a lo largo de las 24 horas del día. Si el paciente continua en Observación, se relizará nueva valoración en el pase de visita durante la jornada de mañana y se decidirá si es posible su destino antes de que transcurran más de 24 horas de estancia, con el fin de ajustar las estancias y evitar acúmulos de pacientes y sobrecargas innecesarias para el personal responsable de dicha Unidad.

5°.- Siempre que sea posible el encargado de evolucionar y decidir el destino del paciente, será el mismo Facultativo que ordenó el ingreso en la Unidad de Observación, con el fin de personalizar la atención y evitar reevaluaciones por otros Facultativos.

6°.- El pase de visita matutino se realizará de forma rutinaria por el Facultativo responsable de esa actividad o en su defecto por el de Guardia, que se encargará de las pacientes que hayan ingresado durante la Guardia del día anterior.

7°.- En el caso de que el paciente sea ingresado en observación por orden de Facultativos de otras Especialidades, la evolución se realizará conjuntamente, solicitando su colaboración siempre que sea necesario hasta su alta de la Unidad. En estos casos se dejará constancia en la Historia Clínica de la evaluación por el Facultativo Especialista correspondiente, así como de las diferentes incidencias o llamadas que se generen a otras Especialidades.

### **Criterios generales de ingreso en la unidad de observación:**

1°.- En todos los casos el paciente no podrá permanecer mas de 24 horas.

2°.- Deberán ser pacientes estables que no precisen ingreso en UCI.

3°.- Siempre deberá existir un Facultativo, Servicio Y/o Especialidad responsable.

4°.- En todos los casos se pondrá en conocimiento del Facultativo de guardia responsable de Urgencias.

**Sala de espera de Resultados:** Con la actual estructura física no disponemos de sala específica, se están realizando obras para adecuar una sala de espera de pacientes pendientes de resultados en la que se calcula podrán ubicarse 7 sillones, lo que representa una proporción mayor al 10% de las urgencias atendidas. Es una sala destinada a pacientes que no precisan estar encamados y que están pendientes del resultado de pruebas complementarias y/o precisan algún tipo de cuidado de corta duración. El personal responsable del paciente en este periodo, será el mismo equipo que le haya atendido en Boxes.

### **ÁREA DE INFORMACIÓN A FAMILIARES**

La información a pacientes y familiares se compartirá entre el personal sanitario y el personal de Admisión. Este personal será también responsable, de la atención a los pacientes y familiares, y de informar directamente en aquellos aspectos para los que dispongan de suficiente capacitación y para asegurar la información que debe proporcionar el médico responsable del paciente. Igualmente acompañarán y facilitarán a los paciente y familiares en circunstancias y acciones que así lo requieran: traslados internos dentro del Hospital, gestión de quejas y reclamaciones, solicitud de información sobre otros servicios (cafetería, transporte sanitario, procedimientos administrativos...)

El equipo responsable de la asistencia velará por que el paciente y los familiares dispongan de información al menos en las siguientes situaciones:

- Una vez explorado y establecido un planteamiento del paciente
- Cuando se decida la asistencia en otra área asistencial.
- Cuando haya sido valorado por especialista
- Cuando se produzca un cambio evolutivo significativo, o se valore el resultado del tratamiento establecido.
- Cuando se indiquen procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieran consentimiento informado.
- Cuando se reciban los resultados de las pruebas complementarias que permita confirmar o descartar un diagnóstico de presunción, u orientar hacia otros diagnósticos.
- Cada turno de profesionales, como mínimo, si el paciente permanece en la Unidad de Observación, y no haya sido informado por alguna de las otras circunstancias

La información al paciente y familiares se realizará de forma personalizada y en espacios o situaciones que preserven la confidencialidad.

Esta actividad así como el resumen de su contenido será sistemáticamente registrada en documentos específicos, quedando registrado tanto el profesional como el paciente o familiar al que se le suministra.

### **Otras áreas**

- Rampa-tunel de admisión ambulancias y coches con aceras para peatones.
- Sala de espera para pacientes menos complejos y familiares
- Cuarto de Celadores
- Zona-ventanilla de admisión
- Sala de espera de pacientes triados pero no evaluados
- Sala de espera de pacientes pendientes de resultados (Sala de Sillones) con toma de Oxígeno
- Despacho de facultativos

- Despacho Jefe del servicio
- Despacho supervisora
- Almacenes de Sueros y de medicación
- Almacén de material
- Cuarto de sucio
- Lencería
- Office cocina
- Aseo de pacientes
- Control de Enfermería
- Zona de descanso de Facultativos y Residentes con baño.
- Sala de estar del personal
- Servicios de apoyo al diagnóstico:
  - Laboratorio de análisis clínicos; transporte de las muestras y resultados
  - Radiología de Urgencias, sala de espera, ecógrafo, TAC y RNM

## **CIRCUITOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

### **Los circuitos, las áreas, y las decisiones asistenciales del servicio de urgencias**

Los **CIRCUITOS** los establecemos con los 5 niveles establecidos en el área de triaje, que son tres. Un circuito para pacientes del nivel I, otro para pacientes del Nivel II y III y otro circuito para los pacientes del Nivel IV y V.

Finalmente podemos decir que hay tres etapas o momentos clave en los que se toman **decisiones** importantes o esenciales: una primera etapa, en el área de triaje, cuando se decide el nivel o prioridad, una segunda etapa, en el área de asistencia (decisión de interconsulta o pruebas complementarias) y finalmente una etapa final en la que se decide 4 posibles destinos: área de observación, ingreso en el mismo centro, traslado a otro hospital o alta a domicilio.

Las decisiones de los pacientes en nivel I, las realizarán adjuntos. En los pacientes de nivel II y III adjuntos y MIR a partir del tercer año, y en los pacientes de nivel IV y V adjuntos y MIR con experiencia demostrada.

### **Los circuitos asistenciales en el servicio de urgencias: actividades por niveles**

Aquí describimos los pasos que siguen los pacientes dentro de servicio de Urgencias, según el nivel de gravedad o estratificación realizado en el área de triaje.

#### Pacientes de Nivel I:

La atención se realiza de forma inmediata a la llegada al Servicio de Urgencias, demorando la filiación que se realiza simultáneamente o posteriormente.

Se realizan todas las actividades necesarias para la correcta atención y la colaboración con el resto de especialistas del centro con la menor demora posible.

Los pacientes de Nivel I son de asistencia directa por adjunto de Urgencias y adjuntos del resto de especialidades y responsabilidad del FEA de Urgencias. Los MIR podrán asistir como Médicos en docencia o como apoyo a la asistencia pero no con asistencia directa.

La asistencia se realiza EN EL BOX DE CRÍTICOS

La decisión de ingreso en UCI y/o traslado a otro centro requiere conformidad con el especialista.

Si el paciente pasa a sala de observación, el seguimiento y controles recae sobre el facultativo adjunto de urgencias que prestó la asistencia



### Pacientes de Nivel II

Los pacientes de nivel II que acceden a urgencias sea en ambulancia o por medios propios o procedentes del hospital, deberán ser clasificados por el personal de triaje (la clasificación es más una función que un lugar concreto) pasando posteriormente a la sala de espera de enfermos ( en nuestro hospital es el área de pasillo hasta que quede estructurada), entendiéndose que estos pacientes no pueden permanecer en la sala de espera de familiares. Si hay box libre pasa para realizar la asistencia. En cualquier momento puede ser reevaluado y considerado como paciente de nivel I pasando al circuito de pacientes críticos. Se utilizan los boxes con distintivo amarillo y rojo (boxes números 2, 3, 4, 5)

La asistencia de enfermería debe realizarse en un tiempo inferior a 15 minutos y médica en tiempo entre 10 y 20 minutos. La Responsabilidad de la asistencia para este nivel es del Médico adjunto y la asistencia la pueden realizar médico adjunto de urgencias y MIR de tercer año.

Se realizan todas las pruebas diagnósticas de urgencias y/o concertadas necesarias para la correcta asistencia estipuladas en la cartera de Servicios. Las Decisiones recaen sobre el adjunto de Urgencias y el médico que presta la asistencia.

Las decisiones esenciales que debe tomar el médico responsable (adjunto de Urgencias) son:

- Ingreso (pacientes de MI)
- Traslado a otro centro
- Interconsulta
- Alta
- Paso a Observación

El ingreso en otros servicios distintos de Medicina Interna se realiza en colaboración con otros facultativos responsables(especialistas) tras interconsulta.

Si se decide ubicación temporal en Sala de Observación, el seguimiento y decisiones de tratamiento en la sala son responsabilidad del Facultativo de Urgencias.

El traslado a otros centros se realiza de acuerdo con el procedimiento normalizado de traslados interhospitalarios.

La información es del médico adjunto responsable y/o médico que presta asistencia directa, pudiendo participar en la información administrada el médico colaborador de otro servicio (interconsulta)

### Pacientes de Nivel III:

Una vez clasificados se inicia la asistencia en 15 minutos y un máximo de 40 minutos para enfermería y para médico de 20-45 minutos.

Los pacientes clasificados esperan en la sala de enfermos, siendo responsables hasta la asistencia el equipo de triaje.

El médico responsable es el adjunto de Urgencias, y el médico que presta asistencia médico adjunto o MIR con experiencia demostrada.

Los tratamientos corresponden al médico que presta asistencia y las decisiones esenciales (al igual que en el nivel II) son tomadas por el médico responsable.

### Pacientes nivel IV y V

Una vez clasificado, el paciente espera a ser atendido en la sala de espera de familiares. Durante la espera debe ser reevaluado por el personal de triaje pasando a otro circuito de mayor complejidad si modifica su situación.

La asistencia se realiza en la sala de consulta rápida (BOX nº 1) por personal del Servicio de urgencias, adjunto o MIR con experiencia demostrada. Si durante la asistencia o reevaluación posterior se considera de otro nivel se reintegrará al correspondiente circuito. La asistencia podrá demorarse un máximo de 60 minutos

Las decisiones esenciales (alta, petición de RX, cuidados de enfermería) son realizados por el médico que presta asistencia.

Para acceder a otros recursos (interconsultas, pruebas complejas) el paciente debe pasar a otros circuitos. No se realizaran interconsultas complejas desde este circuito.

Las pruebas complementarias que se realizan en este nivel son:

- Rx Torax y osteoarticular
- ECG
- Diagnóstico y tratamientos básicos por vía oral, IM.

La espera de resultados de estos pacientes se realiza en la sala de espera de familiares.

Básicamente se trata de no introducir pacientes de una complejidad o nivel inferior en los circuitos propiamente hospitalarios, para evitar retrasos y demoras de los pacientes de mayor complejidad

Dentro de los motivos de consulta que pueden incluirse tenemos:

- Traumatismos aislados y heridas: Contusiones menores, esguinces y pequeñas fisuras, fracturas periféricas, no desplazadas (dedos, carpo, tarso, muñeca), heridas mínimas, erosiones y abrasiones.
- Dolores musculares.
- Síntomas catarrales (dolor de garganta, otalgias, etc.), síntomas urinarios, prurito genital, síntomas producidos por enfermedades de transmisión sexual.
- Alergias y reacciones cutáneas: Picaduras, urticarias y otras lesiones cutáneas sin fiebre.
- Síntomas oculares producidos por cuerpos extraños.
- Problemas de extremidades.
- Revisitas.
- Consultas jóvenes (demanda de contracepción).
- Visitas concertadas.
- Preoperatorios.
- Consultas odontológicas.
- Visitas administrativas.
- Pacientes de difícil catalogación.

Los PAC y/o consultas rápidas prestaran servicio al menos en jornada de mañana y Tarde.

### **Actividad del proceso asistencial (general)**

En todo el proceso asistencial e itinerario del paciente se velará por asegurar:

- La confidencialidad respecto a sus datos clínicos
- La confortabilidad
- La intimidad
- La información respecto a sus procesos a él y sus familiares

Para asegurar la confortabilidad e intimidad se procurará en todo momento que los cuidados, exploraciones y actuaciones clínicas se realicen en espacios que garanticen la seguridad e intimidad respecto a otros pacientes o profesionales y faciliten la presencia y contacto con sus familiares. En este sentido las consultas, boxes y especialmente las camas de la unidad de diagnóstico y tratamiento están adaptadas, para mantener la intimidad del paciente y la funcionalidad y seguridad de los cuidados.

Las actividades realizadas en **orden secuencial** son:

- Acogida y recepción de pacientes. Existe un documento específico con normas al respecto, funciones y responsabilidades del personal encargado de dicha tarea, celadores.
- Triage: En esta fase se realiza la clasificación y estratificación de pacientes en 5 niveles. Es una de las Decisiones Esenciales siendo responsable el equipo designado para triaje, adjunto de urgencias y enfermera. Puede realizarse antes que la admisión de enfermos pero funcionalmente resulta más práctica la admisión primero y el triaje después a excepción de los pacientes críticos.
- Admisión: la función de filiación y registro realizada por el personal de admisión, personal administrativo
- Reevaluación previa a asistencia: esta función la realiza el personal de triaje durante la espera de pacientes a ser atendidos. Los pacientes de Nivel II y III y IV complejos en la sala de espera de enfermos (en nuestro servicio está pendiente de definir y actualmente se utiliza el pasillo de acceso (entre boxes y sala de espera de familiares. Para los pacientes de Nivel IV y V se realiza en la sala de espera de familiares.
- Acogida en BOX: la realiza el personal de enfermería y auxiliar
- Toma de constantes: personal de enfermería.
- Historia clínica: registro de antecedentes, enfermedad actual y exploración: función que pueden realizar médico adjunto, médico asistencia, medico de apoyo asistencia y médico en docencia, en función de la gravedad.
- Información a paciente y familiares. Médico asistencia directa.
- Extracción de muestras, toma de constantes, ECG por personal de enfermería
- Solicitud e indicación de analíticas, pruebas complementarias(RX y otras): médico adjunto y médico de asistencia (decisión esencial).
- Solicitud de ECO y TAC: médico adjunto y médico de asistencia.(decisión esencial)
- Solicitud de interconsultas: medico asistencia y médico adjunto (decisión esencial)
- Establecimiento de un diagnóstico. Médico adjunto y médico de asistencia
- Reevaluación durante espera a resultados o tratamiento y evolución: médico responsable asistencia.
- Destino: decisión esencial La realiza el médico adjunto, en colaboración si es necesario con otros especialistas del centro que participan en la interconsulta,
- Información a familiares.
- Elaboración del informe de Alta: medico de asistencia
- Elaboración de partes judiciales, recetas y otros documentos: médico de asistencia

## **F. INFORMACION A LOS PACIENTES**

### **NORMAS DE ACCESO**

#### **“NO UTILICE EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO CONSULTORIO”**

Consulte antes con su Medico de cabecera en su Centro de Slud o en su defecto con los Servicios de Urgencias de Atención Primaria distribuidos estratégicamente por toda el Area Sanitaria.

Si su problema es muy grave o no admite demora, puede usted acudir por su propia iniciativa a nuestro Servicio.

Racionalice su uso, una mala utilización de los Servicios de Urgencia Hospitalarios, provoca sobrecarga asistencial con tiempos de espera prolongados, en perjuicio de todos los que precisas de este Servicio, pero sobre todo de aquellos pacientes graves que requieren una mayour atención y más rápida asistencia.

En Teruel dispone de los siguientes puntos de asistencia Urgente:

- Sercicio de Urgencias Centro de Salud:

Ubicado en c/ Miguel Vallés, 1, donde puede consultar directamente o a través de llamada a domicilio.

Tel. :978 602 345

- Servicio de Urgencias Salud Rural:

Atiende llamadas de pueblos limítrofes a Teruel, ubicado en el Centro de Salud de Teruel, entrada po c/ Dean Buj 1

Tel.; 978 607 664

En el resto del Area Sanitaria existen Puntos de Atención Continuada en los diferentes Centros de Salud, donde se atienden urgencias Médicas las 24 horas del día.

### **A SU LLEGADA:**

Deberá facilitar la documentación del Paciente en la ventanilla de Admisión, aportando:

- . Cartilla o Tarjeta Sanitaria.
- . Datos personales (D.N.I. domicilio, teléfono)
- . Informes médicos

**RECUERDE:** ES IMPORTARANTE *que traiga sus Informes Médico anteriores así como los medicamenteos que esté tomando o haya tomado recientemente.*

Un facultativo del Servicio de Urgencias realizará una primera valoración de su cuadro clínico en la Sala de Clasificación de Pacientes que priorizar su atención según criterios de gravedad de la enfermedad por la que consulta y no por el orden de llegada.

Posteriormente será atendido en la Sala de Exploración pudiendo ser acompañado, si la situación lo permite, por un familiar u otro acompañante, permaneciendo el resto en la sala de espera.

Le recomendamos que antes de pasar a la Sala de Exploración entregue los objetos personales o de valor a sus familiares. En caso de emergencia le serán retirados por el personal auxiliar quién los entregará a los familiares o , en su ausencia, al servicio de Atención al Paciente, anotando los objetos que se retiren en una hoja de registro. El Hospital no se hace responsables de los objetos extraviados durante su estancia en el mismo.

### **INFORMACIÓN A FAMILIARES**

Una vez explorado el Paciente y planteada la estrategia a seguir, el Médico informará a los familiares sobre la impresión inicial y el tipo de prueba complementarias que se van a realizar al paciente.

El tiempo de espera orientativo para las pruebas complementarias (radiografías, análisis...) e habitualmente de una hora, pudiendo variar en pruebas especiales (ecografía, TAC, etc) y en cualquier situación pletórica.

Una vez disponibles todas las pruebas diagnósticas, se informará a los familiares sobre la impresión final y el destino del paciente:

- . Domicilio y control Ambulatorio.
- . Ingreso en Planta de Hospitalización.
- . Ingreso en Unidad de Observación.

A su alta del Servicio de Urgencias se le entregará su Informe Médico de Urgencia con las recomendaciones y tratamiento a seguir.

## **SALA DE OBSERVACIÓN**

En esta sala se ubicarán los Pacientes que requieran un seguimiento o vigilancia de su evolución en las primeras horas, hasta que pueda definirse el proceso y se decida su ingreso en Planta o su alta a domicilio. Los Facultativos del Servicio de Urgencia informarán periódicamente a los familiares de la evolución y resultados de las pruebas complementarias, dependiendo siempre su disponibilidad de las necesidades o prioridades que se generen dentro del Servicio.

## **G. MEMORIA**

### **FUNCIONES DEL MÉDICO DE URGENCIAS**

#### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DOCENTE**

Las Funciones del médico de urgencias con carácter general como para cualquier otro facultativo, están reguladas en el estatuto del Personal Facultativo de la Seguridad Social (3160/1966) y la Ley 330/1999 de Selección y Provisión de Plazas del Personal Estatutario.

Las Funciones con carácter específico se establecen en el R.D. 860/2001 y son:

- 1.- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias colaborando con el resto de servicios
- 2.- Decidir el ingreso de pacientes
- 3.- Dar el alta del paciente con el informe clínico correspondiente
- 4.- Informar al paciente y/o familiares del proceso, tratamiento y actividades previstas
- 5.- Decidir y organizar en condiciones idóneas el traslado de pacientes desde Urgencias hasta otros hospitales
- 6.- Realizar los informes establecidos por normativa
- 7.- Supervisar la formación del personal a su cargo
- 8.- Gestionar adecuadamente los recursos
- 9.- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los Sistemas de Información del Centro

- 10.- Participar en el Programa de Investigación y de Formación
- 11.- Cooperar y coordinar con otros dispositivos de atención Sanitaria urgente

### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Es la actividad esencial del médico de urgencias y comprende:

- .- La Priorización o clasificación de pacientes a su llegada
- .- El Proceso diagnóstico dirigido a confirmar y excluir los casos urgentes. Comprende la realización de una H<sup>a</sup> clínica dirigida, exploración física y solicitud o realización de pruebas complementarias y/o instrumentales
- .- El proceso terapéutico comprende desde la instauración de medidas
  - .- Emergentes: cuando existe compromiso vital (vía aérea, circulación, ventilación)
  - .- Urgentes vitales: como sucede en el caso de la C.I.
  - .- Urgentes no vitales: como sucede en el cólico renal
- .- Toma de decisiones en cuanto a destino del paciente en virtud de los conocimientos o limitaciones sin necesidad de realizar interconsulta con otros especialistas
- .- Vigilar la evolución de aquellos pacientes durante las primeras 24 horas que permanecen en el área de observación.
- .- Administrar información a pacientes o familiares de forma continuada que les permita hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud.

### **ACTIVIDAD DOCENTE**

El médico de urgencias es el más capacitado para impartir docencia relacionada con la MU a facultativos en cualquiera de sus fases de formación y a personal sanitario y no sanitario. Así mismo colabora con la universidad en la Docencia Pregrado de medicina y enfermería.

A través de los programas de formación MIR se imparte docencia Postgrado. Los profesionales sanitarios en periodo MIR que realizan su tarea asistencial en el SUH pertenecen a diferentes especialidades y a diferentes etapas lo que dificulta la tarea de supervisión. Existe un responsable en el SUH que organiza cursos y tutorías.

El médico de urgencias participa en la formación continuada dirigida por la comisión de Docencia, impartiendo cursos tutoriales de Urgencias, cursos de RCP y de inmovilización y movilización de enfermos

Participación en organización de Sesiones generales, congresos y/o ponencias relacionadas con la MU, desarrollo de programas, sesiones clínicas del SU o conjuntas, sesiones bibliográficas, sesiones de actualización clínica y comisiones de seguimiento de catástrofes.

### **ACTIVIDAD DE INVESTIGACION**

El Médico de Urgencias debe conocer las bases del método científico y de búsqueda de conocimientos aplicándolas en su trabajo diario mejorando la calidad asistencial.

El SUH participa en los programas de investigación del centro y en colaboración con otros Servicios de Urgencias (multicéntricos).

### **ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA DE GESTION, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD**

Las funciones anteriormente descritas deben someterse a una autoevaluación por el propio equipo con la finalidad de introducir mejoras.

El conocimiento de la MU como disciplina(cuerpo doctrinal), la creación de guías clínicas, la aplicación de pruebas basadas en la evidencia y la consecución de

objetivos (contrato de gestión harán de los SUH unidades clínicas, efectivas y eficientes.

El SUH debe colaborar con la dirección del centro en el Análisis de situación utilizando para ello los Indicadores de Calidad. El conjunto mínimo de estos indicadores según el grupo de trabajo de SEMES:

- a) Indicadores de Demanda o Actividad:
  - .- Frecuentación anual
  - .- Frecuentación diaria
  - .- N° de consultas urgentes.
- b) Indicadores de Calidad (de proceso y de resultado):
  - .- T° medio de primera asistencia.
  - .- T° medio de permanencia
  - .- Grado de cumplimentación de la Hª clínica
  - .- información a pacientes y/o familiares
  - .- Codificación diagnóstica al alta
  - .- Proporción de ingresos
  - .- Tasa de retorno a urgencias
  - .- Tasa de mortalidad en urgencias

### **OTRAS ACTIVIDADES**

El médico de Urgencias tiene una posición privilegiada para la detección de brotes epidémicos en la comunidad así como para la intervención precoz en cooperación con las autoridades sanitarias.

Del mismo modo la participación en la organización y planificación de la respuesta hospitalaria en situación de múltiples víctimas en masa o catástrofe es también una función ineludible del Servicio de Urgencias.

### **ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS**

<b>AÑO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Urgencias</b>	<b>25007</b>	<b>26122</b>	<b>26691</b>	<b>28906</b>	<b>29519</b>	<b>31160</b>	<b>30538</b>	<b>30671</b>
<b>Ingresos urgentes</b>	<b>4167</b>	<b>4053</b>	<b>4060</b>	<b>4321</b>	<b>4387</b>	<b>5185</b>	<b>4816</b>	<b>4924</b>
<b>Ingresos Hospital</b>	<b>7663</b>	<b>7543</b>	<b>7654</b>	<b>8060</b>	<b>8301</b>	<b>8680</b>	<b>8420</b>	<b>8439</b>
<b>Presión Urgencias</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>53,6</b>	<b>52,9</b>	<b>59</b>	<b>57</b>	<b>58</b>
<b>Sala Observación</b>		<b>2389</b>	<b>2478</b>	<b>2946</b>	<b>3003</b>	<b>3246</b>	<b>3287</b>	<b>3325</b>

#### **Otros**

<b>Tasa de reingresos</b>		<b>2,07</b>	<b>2,28</b>	<b>2,8</b>	<b>2,93</b>	<b>3,09</b>	<b>2,6</b>	
<b>Calidad Historias</b>							<b>97,5</b>	

#### **Tiempos**

<b>Mes</b>	<b>Abril</b>		<b>Mayo</b>	<b>Mayo</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Oct</b>	
<b>N° de pacientes</b>	<b>200</b>		<b>209</b>	<b>179</b>	<b>167</b>	<b>200</b>	<b>140</b>	
<b>T asistencia (min)</b>	<b>37</b>		<b>32</b>	<b>31,1</b>	<b>32</b>	<b>36,87</b>	<b>30</b>	
<b>T estancia (min)</b>	<b>124</b>		<b>112</b>	<b>102</b>	<b>112</b>	<b>114,31</b>	<b>90</b>	
<b>Estancia &gt; 180 min</b>	<b>18%</b>		<b>13,8</b>	<b>8,9</b>	<b>12,5%</b>	<b>13,5%</b>	<b>5%</b>	
<b>Estancia &gt; 360 min</b>	<b>1%</b>		<b>0,9</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,42%</b>	

## TÉCNICAS REALIZADAS EN URGENCIAS. AÑO 2008.

Procedimientos	Enero	Febrero	Marzo
-Suturas	9	17	20
-Punción articular	2	1	6
-Drenaje de abscesos	4	2	3
-Infiltración articular	2	1	3
-Extracción de cuerpo extraño corneal	5	6	7
-Taponamiento anterior de epistaxis	2	3	4
-Intubación orotraqueal	1	1	
-Ventilación mecánica invasiva	1	5	1
-Ventilación no invasiva (BIPAP)	1	5	4
-Masaje cardíaco	2	3	1
-Desfibrilación eléctrica			1
-Punción lumbar	1	2	5
-Toracocentesis	1		1
-Paracentesis abdominal		3	1
-Canalización vías venosas centrales	3		1
-Mascarilla laríngea	1		
-Combitube			
-Airtraq		3	1
-Cardioversión sincronizada			
-Colocación de MPS transitorio externo			
-Drenaje torácico (tubo de tórax)			
-Tratamiento fibrinolítico en IAM			
-Tratamiento fibrinolítico en ACV			
-Drenaje pericárdico		1	
-Extracción CE cavidad orofaríngea	3		2
-Extracción CE fosa nasal	1		1
-Extracción CE conducto auditivo	1	2	1
-Fastrack		1	
-Partos			1
-Abortos			1
-Extracción cuerpo extraño p. Blandas			1

## LIBROS RECOMENDADOS:

- Manual 12 de octubre: 5ª Edición. Manual de diagnóstico y de terapéutica médica.
- Medicina de Urgencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. L. Jimenez Murillo. FJ Montero Pérez. Editorial Harcourt . 3ª Edición
- Procedimientos Técnicos en Urgencias y Emergencias. Editorial A. Quesada, JM Rabanal (Vol. I; Vol. II)
- Manual 2005 de Atención Cardiovascular de Urgencias, para el Equipo de Salud. American Heart Association.
- Medimecum. Guía de Terapia Farmacológica
- Guía de Terapéutica Antimicrobiana. 2007. J. Mensa.
- Atención primaria. Conceptos y Organización y práctica clínica. A Martín Zurro , JF Cano Pérez. Editorial harcourt Brace



- Manual de Urgencias (CD-ROM) Actitud ante un paciente en los Servicios de Urgencias. Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Recomendaciones Asistenciales en Trauma Grave. Grupo de Trabajo de Asistencia Inicial al Paciente Traumático. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

**PLANO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.**  
**HOSPITAL “OBISPO POLANCO” DE TERUEL**

- 1.- ENTRADA
- 2.- CELADORES
- 3.- SALA DE ESPERA DE FAMILIARES
- 4.- TRIAJE
- 5.- ADMISIÓN
- 6.- SALA DE ESPERA DE PACIENTES
- 7.- SALA DE ESPERA DE RESULTADOS
- 8.- SALA DE CONSULTA RÁPIDA E INFORMACIÓN A PACIENTES
- 9.- CONTROL
- 10.- BOX 1
- 11.- BOX 2
- 12.- BOX 3
- 13.- BOX 4
- 14.- BOX 5
- 15.- SALA DE CURAS
- 16.- SALA DE TRAUMA
- 17.- HOSPITAL DE DÍA
- A.- ASEOS

