

Servicios de Urgencias de la “Puerta” al Servicio

Pascual Piñera Salmerón

Jefe de Servicio de Urgencias

Hospital General Universitario Reina Sofía

Vicepresidente de SEMES

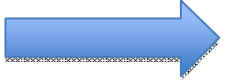


- La dependencia orgánica y funcional de los hospitales era múltiple:
 - Seguridad Social.
 - Clínicos Universitarios
 - Diputaciones Provinciales
 - Fundaciones.
 - Cruz Roja
- **“medico de puerta/urgencias” era el MIR**
- **Médicos Adjuntos eran solo consultores.**

- 1979 Creación INSALUD 
- La Urgencia se convierte en el **tercer escalón** de la asistencia ante las demoras en las consultas de Primaria, Especializada o pruebas diagnósticas.
- Masificación de los Servicios de Urgencia.



Años 80

- Aumento de la presión en SUH  Adjuntos pasan a hacer guardia de “puerta” en los hospitales.
- Su modo de trabajar (no es hospitalización), no es el adecuado para resolver la continua llegada de pacientes.
- Se cancelan cirugías y aplazan consultas por su mayor dedicación a las urgencias o su libranza de guardia al día siguiente.
- La ausencia de camas para la hospitalización.
- Los SUH siguen sin descongestionarse
- Empeora el resto del sistema.

Problemas

- Priorización de asistencia.
- Valoración de patologías.
- Toma de Decisiones Trascendentes.
- Dificultad en determinar el Médico Responsable.
- Deficiencias en el Informe Clínico.
- Deficiencias en la Información al paciente y familiar, tanto por retraso en el tiempo, como en contenido.
- Demora en la asistencia.

Finales de los 80

- Se crea la figura del Coordinador de Urgencias.
- Se inicia la contratación de personal específico para las “puertas urgencias”. MIR que terminan.
- El paro médico aumenta sobre todo en la especialidad de MI/MFyC.
 - Las plantillas son jóvenes
 - Número de camas hospitalarias es el mismo
 - No se precisan más adjuntos en las Unidades de Hospitalización.

- Las “Puertas de Urgencias” de los Hospitales puerta de entrada en el sistema para los médicos.
- La masificación en los espacios destinados para la atención, habilitados diez o más años antes y sin que hubiesen sido adecuados a la nueva situación, las hacen insostenibles.
- El recambio en las plantillas es continuo. Médicos jóvenes e inexpertos.
- La “Puertas de Urgencias” es “Zona de paso”.

Informes del Congreso y del Defensor del Pueblo en 1988.

SÁBADO, 31 de diciembre de 1988

El Defensor del Pueblo denuncia deficiencias urgencias de 10 grandes hospitales

FRANCISCO MERCADO | Madrid | 31 DIC 1988

Informe Defensor Pueblo 1988

- La "**desproporcionada demanda**" que soportan se debe a:
 - "deficiente asistencia en los ambulatorios “.
 - "la carencia de camas en hospitales, que genera listas de espera que el ciudadano busca saltarse a través del ingreso por urgencias".
 - "la atención en urgencias a veces no es acorde con la dignidad de la persona".

Los siguientes 10 años

- Abandonando las urgencias por las duras condiciones de trabajo.
- Se continua **sin**:
 - Definir las plantillas, cantidad de eventuales.
 - Equiparar su jornada laboral con el resto de facultativos del hospital.
 - Jerarquizar los servicios.
 - Decidir qué se pretende que sean los servicios de urgencias hospitalarios.

- Dificultad para conseguir una coordinación del Servicio con organización de sesiones, cursos, protocolos, etc.
- Dificultad para conseguir un trabajo en equipo entre el personal médico y de enfermería.
- Retrasos en obtención de muestras.
- Retrasos en ciertas exploraciones (radiología)
- Deficiencias en la Información al paciente y familiar, para lo que es fundamental la coordinación entre médicos y enfermería.

La Urgencia Hospitalaria nunca fue una prioridad.
Era un área/unidad.....la puerta

SIGLO XXI

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

15347 *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.*

En los últimos años, se observa un notable incremento del número de urgencias atendidas, que **hace preciso dotar a los hospitales del Instituto Nacional de la Salud de unos servicios de urgencia con personal médico específico cuya actividad se desarrolle únicamente en ese ámbito.**

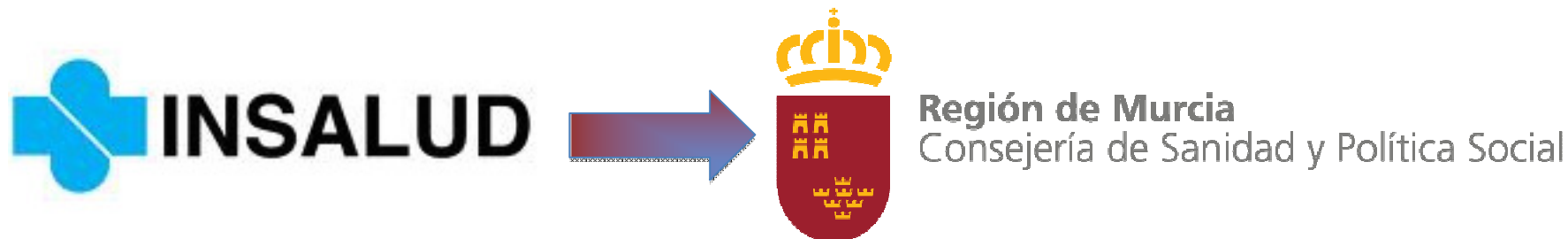
- La mayor complejidad de los procesos asistenciales, la necesidad de gestionar un sistema de información homogéneo, fiable y suficiente que posibilite los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos así como la utilización del control de calidad asistencial, precisa de una estructura eficaz y eficiente de los servicios de Admisión y Documentación Clínica y la creación de una única categoría y modalidad de Médicos de Admisión y Documentación Clínica, que podrá coexistir con otras categorías de personal sanitario o no sanitario.

21784 *LEY 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.*

23223 *ORDEN de 4 de diciembre de 2001 por la que se convoca proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de Médico de Urgencia Hospitalaria en las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.*

Transferencias

- 1 enero 2002



- Las CC.AA. aceptan que el INSALUD siga funcionando durante una etapa de transición de tres meses, ampliables a seis, para evitar vacíos en el traspaso.
- Murcia es la única Región que renunció a este periodo.

Los Servicios de Urgencias en Murcia
empiezan a trabajar por
nuestros Servicios.

Problemas

- Dificultad para la correcta clasificación de los pacientes realizado en un entorno, en ocasiones, inadecuado que no garantiza intimidad.



Clasificación MTS

ESTADO	Crítico	Emergencia	Urgencia	Estándar	No urgente
	0 minutos	10 minutos	60 minutos	120 minutos	240 minutos
TIEMPO MÁXIMO	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

- Salas de espera inadecuadas, tanto para pacientes como familiares.
- Demora en la atención a los pacientes por escasez de consultas.



- Ausencia de salas adecuadas para tratamiento dotadas de sillones, por lo que se realiza en sillas situadas en los pasillos.



- Escasez de box para pacientes que precisan estar encamados ya sea mientras esperan pruebas o tratamientos o bien estén pendientes de alta o ingreso.



Urgencias y complejidad

- Necesidad de intervención: Se asocia al grado de deterioro que produciría la carencia o falta de cuidados inmediatos o continuos;
- Sufrimiento: Grado de alteración producida por el dolor y/o grado de intolerancia psicológica a la espera para ser visitado;
- Expectativas: Conjunto de condiciones esperadas por el paciente y su entorno en relación a la atención a recibir;
- Consumo de recursos: Volumen y tipos de recursos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y atención del enfermo;
- Dificultad del tratamiento: Nivel de problemática en el manejo terapéutico
- Pronóstico: Es la probabilidad de mejoría o empeoramiento, recidiva y expectativa de vida.

Jerarquización



I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

2. AUTORIDADES Y PERSONAL

Consejería de Sanidad y Consumo

Servicio Murciano de Salud

15291 Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se resuelve la convocatoria para la provisión mediante el procedimiento de libre designación de nueve puestos de Jefe de Servicio de Urgencia Hospitalaria de los distintos hospitales del citado organismo, que tuvo lugar por medio de la Resolución 12 de marzo de 2009 (BORM 02.04.09).

- El Servicio de Urgencias empieza a dejar de ser un área.
- Disminuyen las deserciones. Estabilidad.
- Coordinador de Urgencias a Jefe de Servicio.
- Se da estructura jerárquica a los Servicios de Urgencias.
- Se convoca un OPE de Médicos de Urgencias Hospitalaria.

Problemas actuales de los Servicios de Urgencias

- Aumento de la demanda:
 - Aumento de esperanza de vida por disminución de la mortalidad;
 - Disminución del soporte familiar.
 - Estacionalidad.
 - Mayores expectativas de la población sobre su salud.
 - Aparición de las listas de espera.

- Mayor volumen de ingresos:
 - Pluripatología médica crónica reagudizada.
 - Hiperfrecuentadores,
 - Aumento del volumen y complejidad de los procedimientos.

- Servicios de Urgencias pasan a ser organizaciones complejas con adaptación propia a la demanda pero:
 - Baja protocolización de su actividad.
 - Escasa evaluación de las intervenciones
 - Estructuras del sistema obsoletas y frágiles.
 - Escasa respuesta del Sistema a esta demanda.

- La consecuencia de todo lo anterior es la:
 - Pérdida de la calidad técnica.
 - Aumento de reclamaciones y denuncias.
 - Falta de adaptación del Sistema a la demanda creciente.
 - Desmotivación profesional.

- Pérdida de calidad técnica.
- Insatisfacción de los pacientes.
- Desmotivación profesional.
- Falta de adaptación a la demanda creciente.
- Baja protocolización de la actividad.
- Escasa evaluación de las intervenciones y
- Escasa evaluación de resultados.

Necesidades del Servicio de Urgencias

- Disponer de Indicadores de Calidad.

Indicadores de 1997

- Tiempo de valoración inicial
- Tiempo total de permanencia
- Pacientes con analítica
- Pacientes con radiología
- Correlación diagnóstica ingreso/alta
- Retornos en 72 horas
- Pacientes que marchan sin visita
- Reclamaciones escritas

Indicadores de 1999

SEMES-INSALUD

- Tiempo de primera asistencia facultativa
- Tiempo medio de permanencia en urgencias
- Cumplimentación de la historia clínica
- Información a pacientes y familiares
- Codificación diagnóstico
- Porcentaje de ingresos
- Tasa de retornos en 72 horas
- Tasa de mortalidad

Indicadores de 2009



SET DE INDICADORES RECOMENDADO

Dimensión	Indicador
Accesibilidad	Tiempo hasta primera asistencia facultativa
Seguridad	Revisión del carro de paradas / box de reanimación
	Registro de efectos adversos
	Evaluación de efectos adversos
Eficacia-Efectividad	Retornos a las 72 horas
Eficiencia	Existencia de triaje
	Estancia media en el área de observación
	Permanencia en urgencias
Adecuación	Sesiones clínicas
	Protocolos de riesgo vital
	Evaluación de la mortalidad
Continuidad	Cumplimentación del Informe de asistencia
Satisfacción	Tasa de reclamaciones
	Satisfacción de pacientes
	Enfermos no visitados

INDICADORES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Marzo de 2012

¿Qué se sabe sobre el tema?

La información de la opinión de los usuarios en España es relativamente escasa sobre el área de urgencias. La gran mayoría de los instrumentos utilizados para medir la calidad percibida por el paciente en las urgencias hospitalarias no han sido sometidos a análisis de validez y fiabilidad.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Permite identificar aquellas variables de calidad percibida más relacionadas con el grado de satisfacción expresado y que, por tanto, deben ser priorizadas en los programas de gestión de la calidad. Identifica, para el entorno del estudio, las variables sociodemográficas que influyen sobre la satisfacción del paciente respecto a las urgencias hospitalarias.

Necesidades de los Servicio de Urgencias

- Disponer de Indicadores de Calidad.
- Disponibilidad de drenaje adecuado del Servicio.

Alternativas a la hospitalización convencional

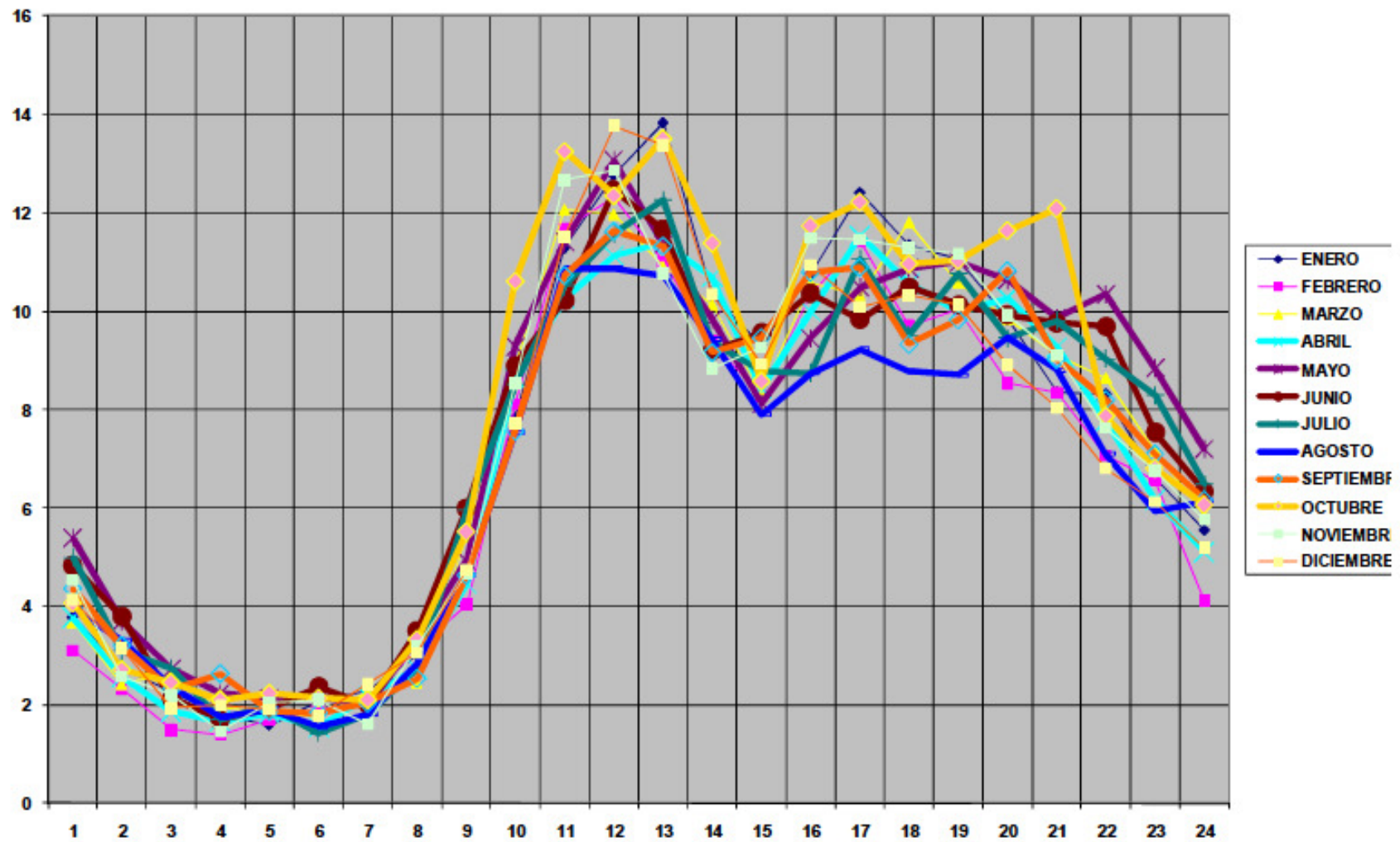
- Unidad de Corta Estancia.
- Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Necesidades de un Servicio de Urgencias

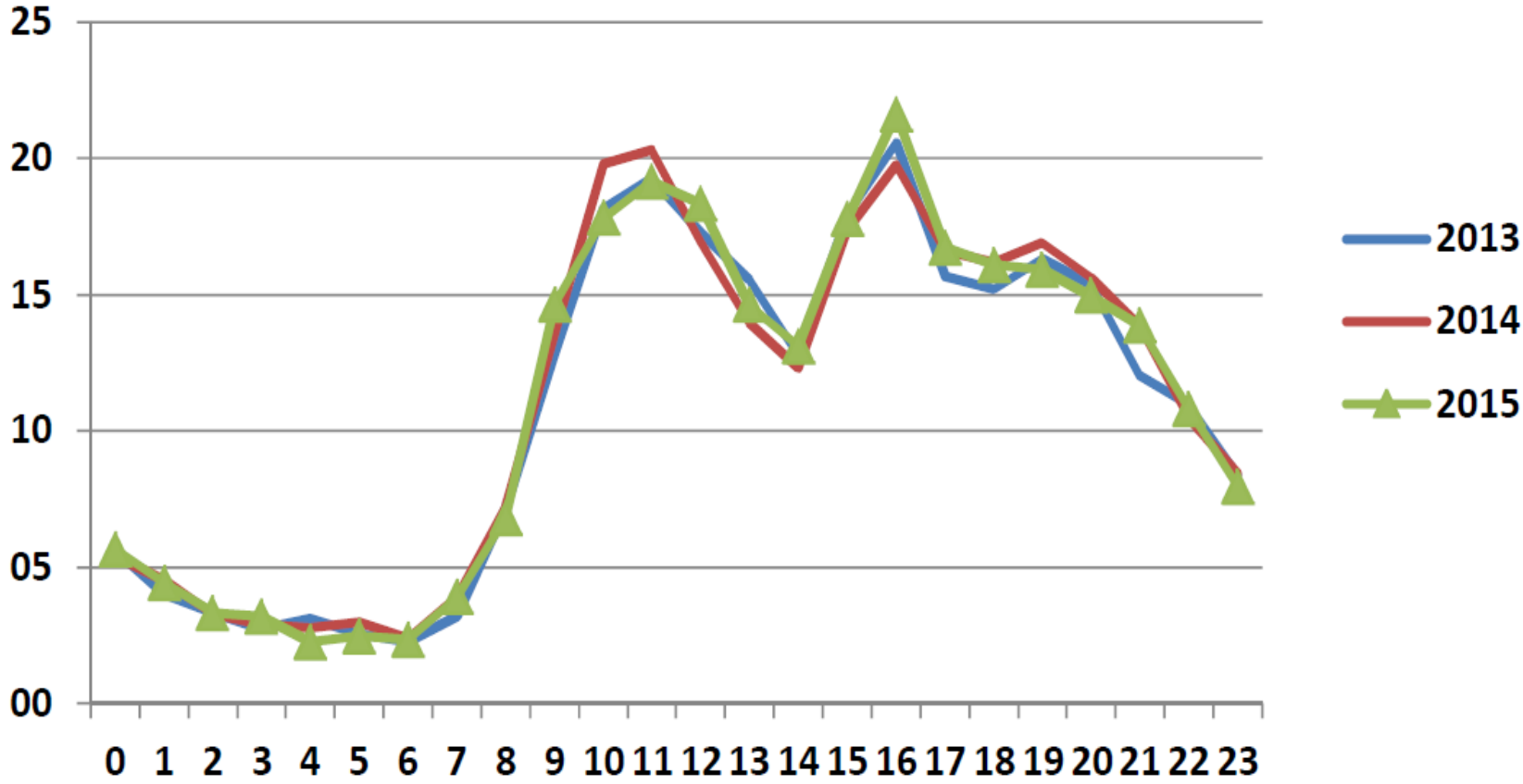
- Disponer de Indicadores de Calidad.
- Disponibilidad de drenaje adecuado del Servicio.
- Plantillas dotadas y suficientes.

- El Servicio de Urgencias no puede depender de los MIR.
- Los sistemas de trabajo del Servicio y de los Servicios de drenaje deben adaptarse a las necesidades asistenciales de cada momento.
- Es un Servicio previsible independientemente del nivel del hospital, localización y fecha del año.

PROMEDIO VISITAS / HORA



PROMEDIO VISITAS / HORA



Necesidades de un Servicio de Urgencias

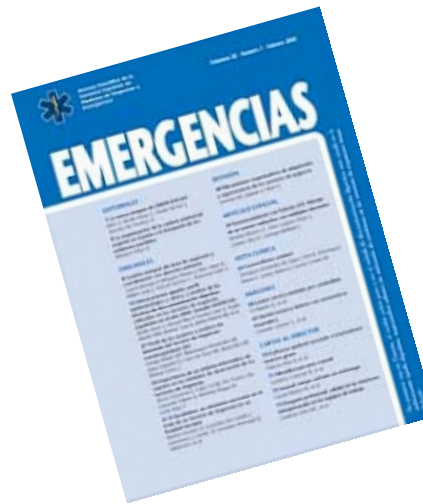
- Disponer de Indicadores de Calidad.
- Disponibilidad de drenaje adecuado del Servicio.
- Plantillas dotadas y suficientes.
- **Docencia e Investigación.**

La docencia y la investigación requiere un Servicio dotado y personal motivado.

- Implicación en la formación MIR.

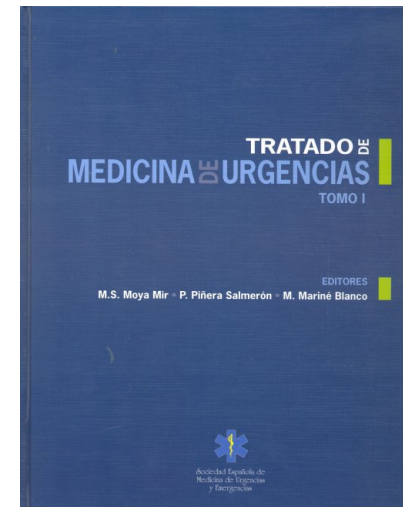
- EMERGENCIAS

- FI 2.58.
- 1er Cuartil.
- 3 Revista España.
- 4 Revista del Mundo de Urgencias.



- TRATADO

- Escrito por Médicos de Urgencias.



Necesidades de un Servicio de Urgencias

- Disponer de Indicadores de Calidad.
- Disponibilidad de drenaje adecuado del Servicio.
- Plantillas dotadas y suficientes.
- Docencia e Investigación.
- Implicación en la Seguridad del Paciente

Programa de Seguridad del Paciente en Urgencias



— Estudio EVADUR

EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

SANTIAGO TOMÁS¹, MANEL CHANOVAS², FERMÍ ROQUETA³, JULIÁN ALCARAZ⁴, TOMÁS TORANZO⁵ Y GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES

¹Servicio Integral de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona-Badalona Serveis Assistencials (BSA). Barcelona, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa. Tarragona, España. ³Servicio de Urgencias. Fundació Althaia. Manresa. Barcelona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Morales Messeguer. Murcia, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Concha. Zamora, España.

— Proyecto ERIDA

**Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención
En los Servicios de Urgencias**

Conclusiones

- Escenario de constante presión asistencial.
- Antes ingreso para diagnosticar ahora es necesario un diagnóstico para ingresar.
- Las perspectivas demográficas sobre envejecimiento de la población y el paulatino aumento de las patologías crónicas, apuntan a que la demanda no se moderará de forma sustancial en el futuro si no se adoptan medidas estructurales.
- Los servicios de urgencias han experimentado en las últimas décadas profundos cambios, aunque estos no han ido acompañados de una reconsideración del modelo asistencial que mejore la coherencia global del sistema.
- La ciudadanía considera SU como una garantía muy relevante para la efectividad de su derecho a la salud.
- La urgencia es el principal vía de ingreso hospitalario, alrededor del 61 por ciento de los casos.
- La celeridad e incluso el entorno físico en que ha de producirse la atención de urgencia facilita que los derechos de los pacientes puedan verse socavados.
- Cuando las urgencias se colapsan se colapsa el Sistema.

Conclusiones

- Punto de partida de Murcia.
 - Servicios de Urgencias comparables con indicadores comunes.
 - Servicios de Urgencias Jerarquizados.
 - Registro documental único.
 - Clasificación estructurada con 5 niveles.
 - Investigación.
 - Docencia.

- Es importante recalcar la excelente valoración que, encuesta tras encuesta, tienen los ciudadanos de los SUH, a pesar de la falta de espacio, medios y personal, que en nuestra opinión secularmente padecemos.
- El trabajo en equipo de todos los profesionales implicados en la atención urgente contribuye a ello.

Unidad de urgencias hospitalaria

Unidad de urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Febrero 2015

	DEFENSOR DEL PUEBLO
	DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ
	SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA
	VALEDOR DO POBO
	DIPUTADO DEL COMÚN
	ARARTEKO
	EL JUSTICIA DE ARAGÓN
	SÍNDIC DE GREUGES COMUNITAT VALENCIANA
	PROCURADOR DEL COMÚN CASTILLA Y LEÓN
	DEFENSOR DEL PUEBLO DE NAVARRA

LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES

ESTUDIO CONJUNTO DE
LOS DEFENSORES DEL PUEBLO





Muchas Gracias

